



OSSERVATORIO NAZIONALE
SULLA SALUTE COME BENE COMUNE

Rapporto Osservasalute

2025

Stato di salute e qualità dell'assistenza
nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore



VITA E PENSIERO

Rapporto Osservasalute 2025

Stato di salute e qualità dell'assistenza
nelle regioni italiane



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore



VITA E PENSIERO

Edizione italiana

© 2025 Vita e Pensiero – Largo Gemelli 1 – 20123 Milano

www.vitaepensiero.it

ISBN edizione cartacea: 978-88-343-6178-8

ISBN edizione digitale (formato PDF): 978-88-343-6174-0

INDICE

Premessa.....	V
Organigramma.....	VII
Elenco delle abbreviazioni	XI

PARTE PRIMA *Salute e bisogni della popolazione*

Contesto demografico

Popolazione	3

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fumo, alcol, alimentazione ed eccesso ponderale	23
Incidenti.....	65
Ambiente	89

Condizioni di salute

Sopravvivenza e mortalità per causa.....	105
Cronicità	149
Malattie metaboliche	167
Antimicrobico-Resistenza	177
Disabilità	197
Salute mentale	213
Salute materno-infantile	241
Salute della popolazione straniera.....	285

PARTE SECONDA
Servizi Sanitari Regionali e qualità dei servizi

Servizi Sanitari Regionali: spesa, attività e qualità dei servizi

Assetto economico-finanziario.....	341
Assetto istituzionale-organizzativo	363
Assistenza territoriale.....	381
Prevenzione	411
Assistenza farmaceutica territoriale	445
Assistenza ospedaliera	455
Vigilanza sui dispositivi medici	485
Sanità digitale.....	497
Popolazione anziana: dinamiche e prospettive	517
Elenco Tabelle (www.osservatoriosullasalute.it)	527
Autori	535
Indice Generale	541

Premessa

La sanità è uno dei terreni su cui si confrontano gli schieramenti politici, i punti principali sui quali si snoda la dialettica politica sono le risorse finanziarie e l'accessibilità delle cure. Nel corso degli anni i governi hanno scaricato sui predecessori la responsabilità dei malfunzionamenti, senza incidere sulla sostanza dei problemi. Una verità inconfutabile è che la sanità è stato sempre uno dei settori più penalizzati in nome dei vincoli di bilancio imposti dai *deficit* crescenti della spesa pubblica.

Il finanziamento ordinario del SSN, pur sperimentando, in valori nominali, un incremento continuo nel corso degli anni, è cresciuto mediamente più lentamente del PIL¹. La spesa sanitaria pubblica corrente ha fatto registrare una dinamica leggermente più sostenuta del finanziamento, ma sempre al di sotto della crescita del PIL, e comunque ha generato disavanzi regionali crescenti. I dati della banca europea Eurostat, elaborati per il Conto della protezione sociale, mettono in luce che la spesa reale sostenuta per la funzione *Sickness/health care*, cioè la spesa dipendente dai volumi di prestazioni erogate e non dai prezzi (fissati al 2015), ha un andamento diverso da quello osservato in valore nominale. Infatti, in termini reali, dal 2014 al 2019 la spesa sanitaria pubblica è rimasta sostanzialmente stabile; nel periodo 2020 e 2021, quello della crisi sanitaria causata dal COVID-19, la spesa è aumentata per le risorse aggiuntive impegnate per fronteggiare la crisi; tra il 2021 e il 2023 la spesa reale è diminuita sensibilmente², con una perdita di valore superiore a quella imputabile all'inflazione.

L'accessibilità dell'assistenza sanitaria è l'altro tema importante che anima il dibattito, i dati pubblicati dall'Istat³ testimoniano come sia elevata la quota di persone che rinuncia alle visite mediche o ad accertamenti diagnostici. Nel 2024 ha rinunciato a prestazioni sanitarie una quota significativa della popolazione, a causa delle lunghe liste di attesa. Inoltre, l'accessibilità alle prestazioni sanitarie ha una forte connotazione economica, alimentando i divari sociali che caratterizzano il settore della sanità. Infatti, l'impossibilità di pagare le prestazioni sanitarie è la seconda motivazione delle rinunce dopo le liste di attesa. Non meno rilevante il tema delle attese per interventi chirurgici in elezione. Dai dati pubblicati in questo Rapporto Osservasalute emerge un aumento dei tempi di attesa per alcuni interventi e la sostanziale invarianza per altri, segno che alcune situazioni si sono aggravate, altre non accennano a migliorare.

Un tema ancora molto sottovalutato è quello legato agli anziani che nei prossimi 10 anni aumenteranno di 1 milione e 600 mila e gli anziani multi-cronici di oltre 1 milione. Tale scenario è discretamente preoccupante, in particolare quello legato alla capacità del sistema di *welfare* di sostenere l'incremento delle fragilità delle persone anziane, dovute ai bisogni crescenti di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Il quadro preoccupante si aggrava osservando la dinamica delle strutture familiari italiane che in futuro saranno composte da nuclei con età media elevata e pochi componenti, con conseguenze rilevanti sulle reti di cura informale. Come noto, infatti, le famiglie hanno sempre svolto un ruolo di secondo pilastro dell'assistenza agli anziani, ma il progressivo mutamento delle loro strutture farà perdere o indebolirà fortemente questo ruolo.

In conclusione, emerge un quadro preoccupante per il futuro, sia per l'impegno insufficiente di risorse, testimoniato anche dal nuovo incremento dei *deficit* regionali, sia per l'aumento dei bisogni sanitari e socio-sanitari connaturati all'invecchiamento della popolazione. La Sanità Pubblica ha bisogno di maggiori risorse, non solo per l'aumento della domanda di assistenza, ma anche per l'elevato contenuto tecnologico e l'innovazione scientifica che caratterizza il settore. Tale circostanza comporta una dinamica dei costi più sostenuta di quella osservabile in altri settori.

Il Rapporto risulta così strutturato:

- **92 Core indicators**, con cui vengono descritti gli aspetti essenziali della salute degli italiani e dei servizi sanitari di tutte le regioni del nostro Paese, anche con l'ausilio di grafici, tabelle e cartogrammi;
- **20 Box**, focalizzati su esperienze innovative sperimentate in alcune singole realtà;
- **138 Autori**, esperti di Sanità Pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici ed economisti;
- **184 Tabelle**, scaricabili in formato excel sul sito www.osservatoriosullasalute.it.

¹Mef-RGS, Il monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto n. 11 - Anno 2024.

²Eurostat - Data extracted on 10 ottobre 2025 09:43:53 from (ESTAT).

³Istat - Rapporto Bes 2024: il benessere equo e sostenibile in Italia.

Raccomandazioni

I dati del Rapporto evidenziano che il disavanzo delle regioni torna a crescere; questo dimostra che la sfida nell'immediato futuro sarà ricercare un nuovo equilibrio tra proventi e costi dei singoli SSR, nonché tra finanziamento del SSN e vincoli di finanza pubblica. A tal fine, sarà necessario trovare una combinazione politicamente accettabile e tecnicamente efficace tra molteplici leve di intervento: incremento del finanziamento, probabilmente a scapito di altre componenti della spesa pubblica; governo della domanda e contenimento dell'inefficienza; razionamento dell'offerta, anche tramite una definizione più esplicita ed efficace delle priorità; ridisegno della rete dei servizi, anche completando al meglio le riforme e gli investimenti delineati nel PNRR, nonché cogliendo le opportunità offerte dalla digitalizzazione; interventi puntuali di recupero dell'efficienza, specificamente in quei contesti aziendali che presentano ancora importanti margini di miglioramento.

La grande emergenza che si dovrà fronteggiare nei prossimi anni è il problema dell'assistenza agli anziani. Il quadro sull'invecchiamento evidenzia come in futuro ci saranno sempre più anziani con una rete di aiuto debole, per i quali dovranno essere le Istituzioni a farsi carico della loro assistenza, senza il sostegno da parte delle loro famiglie. Lo scenario prospettico suggerisce la necessità di porre l'anziano come soggetto privilegiato delle politiche di *welfare*, promuovendo da un lato la sua dignità nell'ambito della società, dall'altro rivedendo il sistema di presa in carico, ricorrendo a forme di assistenza a geometria variabile, per soluzioni personalizzate a seconda delle sue esigenze e della struttura familiare in cui si colloca l'anziano. Il D. Lgs. n. 29 del 15 marzo 2024 si pone nella giusta prospettiva, perché si prefigge l'obiettivo di promuovere la dignità delle persone anziane, mettendo in campo processi di presa in carico e strumenti idonei a migliorare la qualità della vita della loro vita, consentendo che queste mantengano l'opportunità di vivere in ambienti confortevoli e dignitosi, evitando l'isolamento sociale.

Dott. Alessandro Solipaca
Direttore Scientifico
Osservatorio Nazionale sulla Salute
come Bene Comune

Prof. Walter Ricciardi
Direttore
Osservatorio Nazionale sulla Salute
come Bene Comune

Organigramma

Coordinatori scientifici

Prof. Walter Ricciardi, Direttore, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott. Alessandro Solipaca, Direttore Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Coordinamento redazionale, videoimpaginazione e web content editor (www.osservatoriosulla-salute.it)

Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Data Manager e responsabile revisione dati

Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Collaboratori

Leonardo Villani, Responsabile Coordinamento Collaboratori, UniCamillus-Saint Camillus International University of Health Sciences, Roma

Dott. Michele Bonacquisti, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott. Emanuele Capogna, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Felicia Cuoco, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott. Giuseppe Greco, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Alessandra Maio, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott. Fabio Panariello, Coordinamento Collaboratori, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Chiara Scarfagna, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Tindara Scirocco, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Scientific Executive Board

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano - Direttore Centro Studi e Ricerche in Management Sanitario, Milano

Dott.ssa Alessandra Battisti, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Alessandra Burgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Prof.ssa Flavia Carle, Centro di Epidemiologia Biostatistica e Informatica Medica, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Prof. Americo Cicchetti, Facoltà di Economia. Alta Scuola di Economia e Management dei Servizi Sanitari, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott. Claudio Cricelli, Health Search, Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie, Firenze

Prof. Gianfranco Damiani, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Prof.ssa Viviana Egidi, "Sapienza" Università di Roma

Dott.ssa Lucia Lispi, Ministero della Salute, Roma

Dott.ssa Marzia Loghi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott. Aldo Rosano, Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche, Roma

Dott. Alessandro Solipaca, Direttore Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Peer review committee

Dott. Giovanni Baglio, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma

Dott.ssa Silvia Bruzzone, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Alessandra Burgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Prof. Marcantonio Caltabiano, Facoltà di Scienze Politiche, Università degli Studi di Messina

Dott.ssa Roberta Cialesi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Prof. Corrado De Vito, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma

Prof.ssa Viviana Egidi, "Sapienza" Università di Roma

Dott. Roberto Gnani, Servizio Sovrazonale di Epidemiologia, ASL 3, Regione Piemonte, Gruglasco

Prof.ssa Paola Mancini, Demografia, Facoltà di Economia, Università degli Studi del Sannio, Benevento

Dott.ssa Marta Marino, Unità Operativa Complessa Analisi dei bisogni, Programmazione e Committenza, Distretto 14, ASL 1 Roma

Dott. Gianni Pieroni, Institute Montecatone Rehabilitation Hospital, Imola

Dott. Alessandro Solipaca, Direttore Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Prof. Leonardo Villani, UniCamillus-Saint Camillus International University of Health Sciences, Roma

Coordinatori Capitoli

Popolazione: *Dott.ssa Ginevra Di Giorgio*, *Dott.ssa Francesca Rinesi*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione: *Dott.ssa Emanuela Bologna*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Incidenti: *Dott.ssa Silvia Bruzzone*, *Dott.ssa Nadia Mignolli*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Ambiente: *Prof. Antonio Azara*, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Sperimentali, Università degli Studi di Sassari; *Prof. Umberto Moscato*, Sezione di Medicina del Lavoro, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Sopravvivenza e mortalità per causa: *Dott. Gennaro Di Fraia*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Cronicità: *Dott.ssa Laura Iannucci*, *Dott.ssa Lidia Gargiulo*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Malattie metaboliche: *Prof. Giorgio Liguori*, Dipartimento di Scienze Motorie e del Benessere, Università degli Studi "Parthenope", Napoli

Antimicrobico-Resistenza: *Prof. Leonardo Villani*, UniCamillus-Saint Camillus International University of Health Sciences, Roma

Disabilità: *Dott.ssa Alessandra Battisti*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma; *Dott. Aldo Rosano*, Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche, Roma

Salute mentale: *Dott. Fabio Panariello*, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; *Prof. Leonardo Villani*, UniCamillus-Saint Camillus International University of Health Sciences, Roma

Salute materno-infantile: *Dott.ssa Marzia Loghi*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Salute della popolazione straniera: *Dott.ssa Silvia Bruzzone*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma; *Dott. Salvatore Geraci* Caritas e Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma; *Dott.ssa Nadia Mignolli*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma; *Dott.ssa Roberta Pace*, Università degli Studi di Bari

Aspetto economico-finanziario: *Prof. Eugenio Anessi Pessina*, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano - Direttore Centro Studi e Ricerche in Management Sanitario, Milano; *Prof.ssa Maria Michela Gianino*, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

Aspetto istituzionale-organizzativo: *Prof. Americo Cicchetti*, Facoltà di Economia. Alta Scuola di Economia e Management dei Servizi Sanitari, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Assistenza territoriale: *Prof. Gianfranco Damiani*, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Prevenzione: *Prof. Paolo Villari*, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma

Assistenza farmaceutica territoriale: *Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune*, Dipartimento

Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Assistenza ospedaliera: Dott.ssa Carla Ceccolini, Dott.ssa Tiziana De Vito, Dott.ssa Lucia Lispi, Dott.ssa Maria Miceli, Dott.ssa Alessandra Rossi, Ministero della Salute, Roma

Vigilanza sui dispositivi medici: Dott.ssa Antonella Campanale, Ministero della Salute, Roma

Sanità digitale: Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Popolazione anziana: dinamiche e prospettive: Dott. Alessandro Solipaca, Direttore Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Referenti Regionali dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Piemonte: Prof.ssa Roberta Siliquini, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste: Dott.ssa Miriana Detti, Dipartimento Sanità e Salute, Regione Autonoma Valle d'Aosta, Aosta; Dott.ssa Patrizia Vittori, Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali, Aosta

Lombardia: Prof. Francesco Auxilia, Prof. Antonio Pagano, Dipartimento di Sanità Pubblica-Microbiologia-Virologia, Università degli Studi di Milano

Bolzano-Bozen: Dott.ssa Carla Melani, Osservatorio Epidemiologico Provinciale, Provincia Autonoma di Bolzano

Trento: Dott. Silvano Piffer, Dott. Robertovito Rizzello, Agenzia Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento

Veneto: Prof. Albino Poli, Prof. Gabriele Romano, Dott. Stefano Tardivo, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona

Friuli-Venezia Giulia: Dott. Carlo Francescutti, Dott.ssa Antonella Franzo, Dott. Giorgio Simon, Agenzia Regionale di Sanità, Friuli Venezia Giulia, Pordenone

Liguria: Prof. Pietro Crovari, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova

Emilia-Romagna: Prof. Carlo Signorelli, Istituto di Igiene, Università degli Studi di Parma; Prof.ssa Maria Pia Fantini, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna

Toscana: Dott. Gabriele Messina, Prof. Nicola Nante, Dipartimento di Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Siena

Umbria: Dott. Marsilio Francucci, Azienda Ospedaliera "Santa Maria", Terni; Dott.ssa Margherita Tockner, Osservatorio Epidemiologico, Distretto 1, Terni

Marche: Prof.ssa Flavia Carle, Centro di Epidemiologia Biostatistica e Informatica Medica, Università Politecnica delle Marche, Ancona; Prof. Marcello Maria D'Errico, Cattedra di Igiene, Università Politecnica delle Marche, Ancona;

Lazio: Prof. Guido Citoni, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia, "Sapienza" Università di Roma; Prof. Paolo Villari, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma

Abruzzo: Prof. Tommaso Staniscia, Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università degli Studi "G. D'Annunzio", Chieti-Pescara

Molise: Prof. Guido Maria Grasso, Dipartimento di Scienze per la Salute, Università degli Studi del Molise

Campania: Prof. Giorgio Liguori, Dipartimento di Scienze Motorie e del Benessere, Università degli Studi "Parthenope", Napoli; Prof. Paolo Marinelli, Dipartimento di Medicina Pubblica, Clinica e Preventiva, Seconda Università degli Studi di Napoli

Puglia: Prof. Salvatore Barbuti, Prof.ssa Cinzia Germinario, Istituto di Igiene, Università degli Studi di Bari; Dott. Michele Conversano, ASL 1, Taranto

Basilicata: Dott. Rocco Galasso, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Ospedale Oncologico Regionale di Rionero in Vulture, Potenza

Calabria: Prof.ssa Maria Pavia, Cattedra di Igiene, Università della Magna Græcia, Catanzaro

Sicilia: Dott. Walter Mazzucco, Prof. Francesco Vitale, Dipartimento di Scienze per la Promozione della Salute e Materno Infantile, Università degli Studi di Palermo

Sardegna: Prof. Antonio Azara, Prof.ssa Ida Mura, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Sperimentali, Università degli Studi di Sassari

Segreteria Scientifica dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Professore Ordinario, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano - Direttore Centro Studi e Ricerche in Management Sanitario, Milano

Prof. Americo Cicchetti, Professore Ordinario, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Prof. Gianfranco Damiani, Professore Associato, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott. Antonio Giulio de Belvis, Direttore, Unità Operativa Complessa Percorsi e Valutazione degli Outcome Clinici, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli-IRCCS, Roma

Prof. Walter Ricciardi, Direttore, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Prof.ssa Roberta Siliquini, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

Dott. Alessandro Solipaca, Direttore Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Grafica GIS

Dott. Pasquale Cacciatore, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; GlaxoSmithKline, Wavre, Belgio

Prof. Leonardo Villani, UniCamillus-Saint Camillus International University of Health Sciences, Roma

Dott. Emanuele Capogna, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott. Giuseppe Greco, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Chiara Scarfagna, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Tindara Scirocco, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Si ringraziano: Ministero della Salute-Direzione generale della programmazione sanitaria e Istituto Nazionale di Statistica-Servizio Sistema integrato salute, assistenza, previdenza e giustizia per il loro contributo senza il quale questo Rapporto non sarebbe stato possibile

Elenco delle abbreviazioni

ADI = Assistenza Domiciliare Integrata
Agenas = Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
AIFA = Agenzia Italiana del Farmaco
ASL = Azienda Sanitaria Locale
AO = Azienda Ospedaliera
AOU = Azienda Ospedaliera Universitaria
CCM = Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie
CE = Commissione Europea
CedAP = Certificato di Assistenza al Parto
COVID-19 = *Coronavirus Disease-19*
DDD = *Defined Daily Dose*
DH = *Day Hospital*
DL = Decreto Legge
D. Lgs. = Decreto Legislativo
DM = Decreto Ministeriale
DPCM = Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DRG = *Diagnosis Related Groups*
ECDC = *European Centre for Disease Prevention and Control*
GU = Gazzetta Ufficiale
HIV/AIDS = *Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immune Deficiency Syndrome*
HPV = Human Papilloma Virus
ICD-9-CM = *International Classification of Diseases-9th Revision-Clinical Modification*
IMC/BMI = Indice di Massa Corporea/*Body Mass Index*
INAIL = Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
ISS = Istituto Superiore di Sanità
Istat = Istituto Nazionale di Statistica
IRCCS = Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
IVG = Interruzione Volontaria di Gravidanza
LEA = Livelli Essenziali di Assistenza
MMG = Medico di Medicina Generale
NSIS = Nuovo Sistema Informativo Sanitario
OCSE/OECD = Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico/*Organisation for Economic Cooperation and Development*
OMS/WHO = Organizzazione Mondiale della Sanità/*World Health Organization*
PA = Provincia Autonoma
PASSI = Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia
PET = Tomografia a Emissione di Positroni
PIL = Prodotto Interno Lordo
PLS = Pediatri di Libera Scelta
PMA = Procreazione Medicalmente Assistita
PNE = Programma Nazionale Esiti
PNP = Piano Nazionale della Prevenzione
PNPV = Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale
PNRR = Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
p.p. = punti percentuali
PS = Pronto Soccorso
RMN = Risonanza Magnetica Nucleare
RO = Ricovero Ordinario
SARS-CoV-2 = *Severe Acute Respiratory Syndrome-Corona Virus-2*
SDO = Scheda di Dimissione Ospedaliera
SSN = Servizio Sanitario Nazionale

SSR = Servizio Sanitario Regionale

TAC = Tomografia Assiale Computerizzata

TC = Taglio Cesareo

Tasso std = Tasso standardizzato

UE = Unione Europea

UOTIN = Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale

PARTE PRIMA

Salute e bisogni della popolazione

Popolazione

Nel Rapporto Osservasalute 2025 si analizzano i dati dell'Istat di fonte anagrafica che consentono di calcolare i principali indicatori demografici della popolazione residente in Italia nel suo complesso e, ove possibile e di interesse, distinguendo tra cittadini italiani e cittadini stranieri. Le analisi sono effettuate a livello regionale (tabelle e grafici) e provinciale (cartogrammi).

Il Capitolo si apre con l'analisi della struttura demografica della popolazione per età, genere e cittadinanza seguita da indicatori che evidenziano l'evoluzione del processo di invecchiamento. Viene, poi, analizzata la tendenza della popolazione ultracentenaria e l'andamento del comportamento riproduttivo della popolazione residente.

I valori degli indicatori demografici sono, per loro natura, piuttosto stabili nel tempo.

Nel complesso:

- si confermano gli effetti del processo di invecchiamento della popolazione, che appaiono evidenti sia dalla lettura della piramide della popolazione per età, genere e cittadinanza, sia quando si analizzano i diversi contingenti che compongono la popolazione anziana nel suo complesso (“giovani anziani”, “anziani” e “grandi vecchi”);
- si registra l'aumento della popolazione ultracentenaria, dovuta al fatto che entrano in questa fascia di età i sopravvissuti dei nati dopo la Prima Guerra Mondiale, coorti assai più numerose rispetto a quelle che le hanno precedute. Tra gli ultracentenari le donne sono estremamente più numerose;
- continua la contrazione del numero medio di figli per donna per il totale delle residenti. Si conferma anche la tendenza alla posticipazione delle nascite, così come testimoniato dall'aumento dell'età media al parto delle residenti, e l'importante contributo dei nati da madri con cittadinanza straniera, specie in alcune aree del Paese.

Ogni anno si mette in risalto l'importanza di analizzare, a livello nazionale, regionale e provinciale la popolazione anziana non come un unico segmento, ma suddividendo il contingente per fasce di età prefissate cercando di cogliere le peculiarità di questa parte di popolazione. In questi anni più che mai, infatti, si è visto come l'impatto della pandemia sia diverso tra gli anziani, sia per le differenti condizioni patologiche pregresse della popolazione *over 65* anni, sia per la grande eterogeneità per età della popolazione anziana (per un'analisi dettagliata si rimanda al Capitolo “Sopravvivenza e mortalità per causa”).

Struttura demografica

Significato. La conoscenza della struttura demografica della popolazione per età e genere rappresenta il punto di partenza per la comprensione dei principali bisogni di salute di un Paese, che si differenziano a seconda delle diverse fasi di vita delle persone. La piramide per età e genere che viene qui proposta utilizzando i dati anagrafici dei residenti in Italia al 1° gennaio 2024 è una efficace rappresentazione grafica della struttura della popolazione. La forma della piramide fornisce un quadro accurato, ed al tempo stesso sintetico, della struttura demografica della popolazione e permette di delineare con buona approssimazione quale sarà la struttura della popolazione nel prossimo futuro. La piramide per età e genere è stata costruita in modo da evidenziare il contributo della popolazione straniera residente in Italia. Oltre alla piramide, in cui vengono riportati i dati a livello nazionale per ciascuna fascia di età considerata, sono state elaborate anche le piramidi della Liguria, in quanto regione con la struttura per età più invecchiata, e della Campania, regione che, insieme alla PA di Bolzano, ha la struttura per età meno invecchiata.

Validità e limiti. I dati utilizzati nelle analisi che seguono sono di fonte anagrafica e vengono forniti annualmente dall'Istat per singola età, genere e con dettaglio territoriale che giunge fino al singolo Comune. Le analisi qui proposte scendono fino ad un dettaglio regionale. I dati, inoltre, consentono la distinzione tra i residenti con cittadinanza italiana e i residenti stranieri. Essi, però, non consentono di effettuare analisi nelle quali si rende necessario tener conto, contemporaneamente, della struttura per età e della singola cittadinanza degli stranieri.

Descrizione dei risultati

Il Grafico 1 rappresenta la composizione della popolazione per età, genere e cittadinanza al 1° gennaio 2024, attraverso la tradizionale “piramide per età, genere e cittadinanza”. La rappresentazione grafica della struttura della popolazione residente, riferita all'Italia nel suo complesso, è affiancata da quella relativa a due situazioni regionali tra loro storicamente contrapposte, che forniscono un chiaro quadro delle diverse strutture demografiche associate alle due realtà regionali: da un lato troviamo la Liguria, regione che ormai da tempo detiene il record di regione “più vecchia” d'Italia, dall'altro la Campania, dove il processo di invecchiamento della popolazione si trova in uno stadio relativamente meno avanzato grazie all'alta natalità che ha caratterizzato questa regione fino a pochi anni fa.

Dall'analisi del grafico risulta evidente come in Italia la quota dei giovani sul totale della popolazione sia

molto contenuta, mentre il peso relativo della popolazione anziana resta consistente anche se si considerano solo le età più avanzate (vedere Indicatore “Invecchiamento”). Si noti anche la consistente presenza dei residenti stranieri nelle età giovani e adulte (parte grigio scura delle barre). Per quanto riguarda la composizione per genere (ossia il rapporto tra il numero di uomini e quello di donne) si evidenzia come, nelle età più avanzate, questo sia fortemente sbilanciato a favore delle donne che godono di una sopravvivenza più elevata.

In effetti, la struttura di oggi è fortemente condizionata dalla dinamica demografica degli anni passati e, ovviamente, è la base di quella che si manifesterà negli anni futuri. Quindi, è facilmente prevedibile che nei prossimi decenni si assisterà ad un ulteriore aumento del numero di anziani e del loro peso relativo dovuto sia all'aumento della speranza di vita alle età avanzate sia anche allo “slittamento verso l'alto” (ossia all'invecchiamento) delle coorti del *baby boom*, assai numerose, che oggi si trovano nelle classi di età centrali. L'età media della popolazione, che è pari a 46,6 anni nel 2024 (1) si stima raggiungerà i 50,8 anni nel 2050 (2). Inoltre, nei prossimi decenni si prevede il proseguire del calo della popolazione residente dovuto al protrarsi del regime di bassa fecondità e alla graduale diminuzione dei flussi migratori dall'estero. Si prevede, infatti, che la popolazione residente passerà dai circa 59 milioni di abitanti attuali ai 54,8 milioni di abitanti residenti nel 2050 (2).

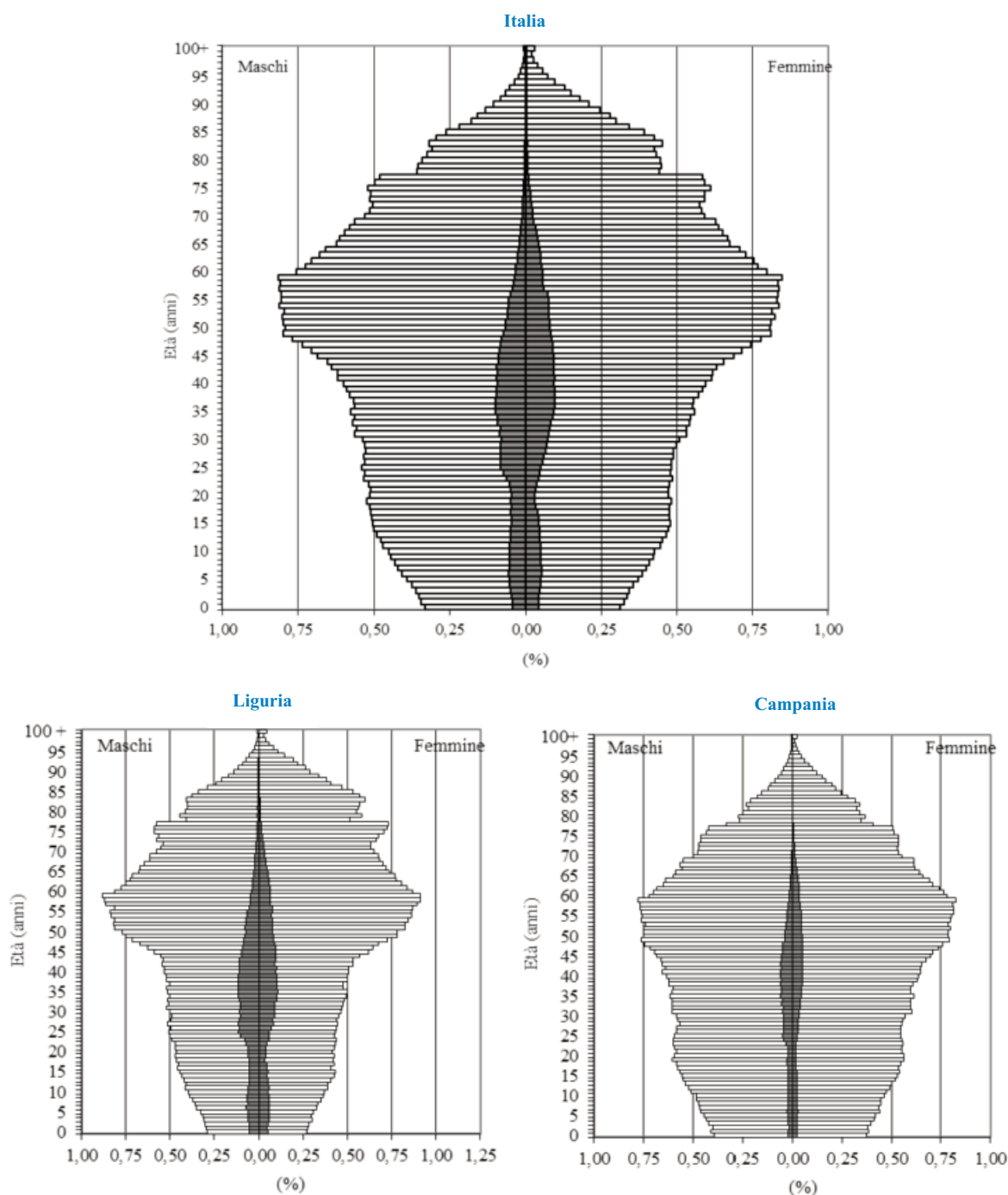
Il confronto tra le piramidi per età e genere della popolazione residente in Liguria e in Campania evidenzia la persistenza di una forte difformità delle strutture demografiche regionali alle quali i servizi socio-sanitari locali sono chiamati a rispondere. La struttura della popolazione della Liguria è, ormai da tempo e definitivamente, caratterizzata da una elevata presenza di anziani. Al contrario, il processo di invecchiamento in Campania è in una fase meno avanzata. Anche il peso della popolazione straniera residente sul totale dei residenti è assai diverso nelle 2 regioni: in Liguria l'incidenza degli stranieri residenti è più simile a quella registrata per l'Italia nel suo complesso, mentre in Campania la presenza regolare degli stranieri è assai più contenuta.

Dalle previsioni di popolazione (scenario mediano) emerge come il processo di invecchiamento caratterizzerà tutte le regioni, ma sarà mediamente più marcato nelle regioni che attualmente presentano un profilo per età più giovane, tanto da capovolgere in alcuni casi la graduatoria che oggi osserviamo. Nelle regioni meridionali, infatti, l'età media aumenterà di 6 anni passando da 45,5 anni nel 2023 a 51,5 anni nel 2050, mentre nelle regioni del Nord questa aumenterà di

oltre 3 anni passando da 46,8 anni attuali a 50,2 anni. In particolare (Grafico 2), si prevede che l'età media dei residenti in Campania passerà da 43,9 a 50,5 anni, mentre quella in Liguria passerà da 49,5 a 51,3 anni,

con aumento di soli 1,8 anni nel lungo periodo considerato, aumento minimo tra quelli registrati nelle regioni.

Grafico 1 - Piramide dell'età della popolazione residente per genere e cittadinanza (valori per 100): italiani e stranieri in Italia, Liguria e Campania - Situazione al 1° gennaio 2024



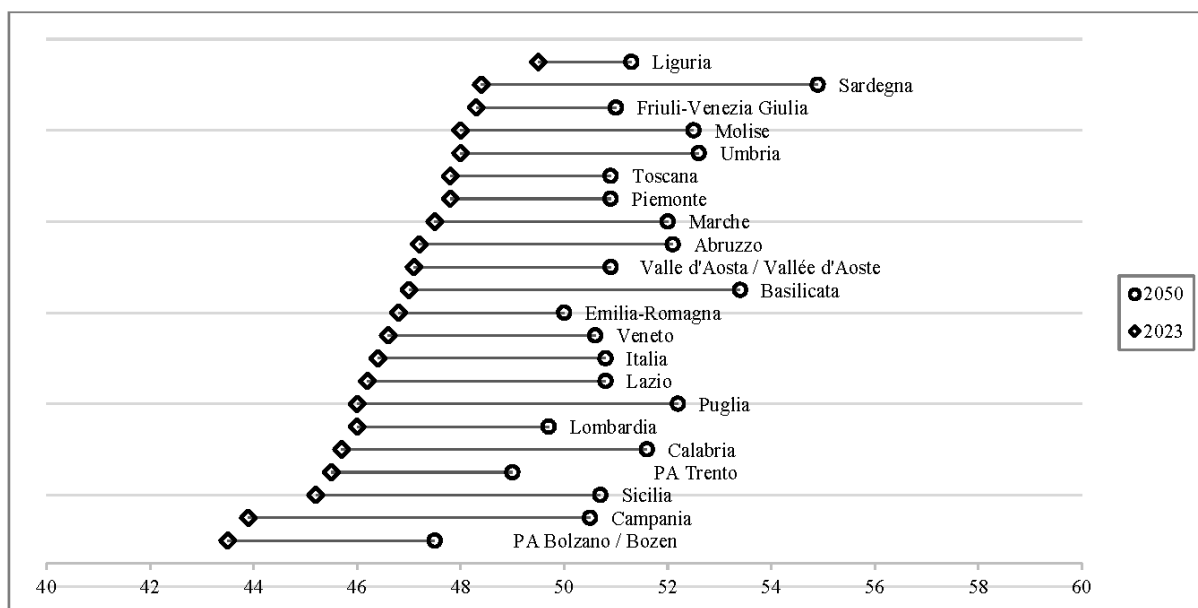
Legenda:

Italiani = barre di colore bianco.

Stranieri = barre di colore grigio scuro.

Fonte dei dati: Rilevazione "Popolazione residente per sesso, età e stato civile" e Rilevazione "Popolazione straniera residente per sesso, età e stato civile". Disponibile sul sito: <https://demo.istat.it>. Anno 2025.

Grafico 2 - Età (valori in anni) media della popolazione residente per regione - Situazione al 1° gennaio 2023 e al 1° gennaio 2050 (previsioni, scenario mediano)



Fonte dei dati: Previsioni della popolazione residente. Disponibile sul sito: dati.istat.it. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Ancora una volta è importante sottolineare l'utilità di monitorare con attenzione la struttura per età, genere e cittadinanza della popolazione residente, struttura che in buona parte determina quella che sarà la struttura di domani. La popolazione residente, infatti, è composta da tante sottopopolazioni che esprimono bisogni sanitari differenti che dovrebbero trovare risposte nei servizi socio-sanitari regionali e provinciali. In particolare, gli stranieri, componente ormai stabile del tessuto socio-demografico italiano con un peso crescente nel tempo sul totale della popolazione,

presentano una struttura per età che ben si differenzia da quella che caratterizza i residenti italiani con evidenti conseguenze sui bisogni e sulla domanda di servizi sanitari.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Indicatori demografici. Anno 2023. Statistiche Report. 2024. Disponibile sul sito: www.istat.it/comunicato-stampa/indicatori-demografici-anno-2024.
- (2) Istat. Previsioni della popolazione residente e delle famiglie (base 1.1.23). Statistiche Report. 2024. Disponibile sul sito: www.istat.it/comunicato-stampa/previsioni-della-popolazione-residente-e-delle-famiglie-base-1-1-2023.

Invecchiamento

Significato. Per una programmazione dei servizi socio-sanitari e assistenziali che sia efficace ed efficiente è fondamentale monitorare nel tempo la composizione per età della popolazione. Le condizioni di salute che caratterizzano le varie fasce di età della popolazione fanno sì che l'offerta sanitaria debba

essere diversificata a seconda del *target* di popolazione a cui si rivolge. In questo contributo viene presentata la percentuale di popolazione di tre distinte fasce di età (65-74, 75-84 e 85 anni ed oltre) sul totale dei residenti per regione.

Proporzione di “giovani anziani”

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Popolazione residente di età 65-74 anni}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente}} \times 100$$

Proporzione di “anziani”

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Popolazione residente di età 75-84 anni}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente}} \times 100$$

Proporzione di “grandi vecchi”

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Popolazione residente di età 85 anni ed oltre}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione residente}} \times 100$$

Validità e limiti. Gli indicatori relativi alla struttura della popolazione sono stati ottenuti da elaborazioni di dati raccolti dall'Istat nell'ambito della rilevazione sulla popolazione residente per genere ed età e fanno riferimento ai residenti al 1° gennaio 2024. In questo contributo si scenderà fino ad un dettaglio regionale per tabelle e grafici e ad un dettaglio provinciale per i cartogrammi. Le fasce di popolazione considerate possono essere definite come “fragili” perché maggiormente esposte al rischio di insorgenza di malattie gravi ed invalidanti che possono portare a condizioni di disabilità e di cronicità che richiedono assistenza ed impegni mirati da parte delle strutture sanitarie. Tuttavia, considerare la popolazione di età 65 anni ed oltre come un unico gruppo di popolazione appare riduttivo in quanto i bisogni sanitari differiscono significativamente al suo interno e, in particolare, aumentano al crescere dell'età. Pertanto, si è scelto di distinguere tra i “giovani anziani” (65-74 anni), gli “anziani” (75-84 anni) e i “grandi vecchi” (85 anni ed oltre).

Tuttavia, va tenuto presente che i limiti di età utilizzati nel definire tali sottogruppi sono, esclusivamente, di natura anagrafica; anche all'interno di queste classi, infatti, esiste un'accentuata variabilità in termini di condizioni di salute fisica e mentale degli individui che le compongono. Ne consegue che la domanda di assistenza socio-sanitaria di individui appartenenti ad una stessa classe di età può essere eterogenea.

Verranno, inoltre, proposti due cartogrammi con dettaglio provinciale: nel primo viene rappresentata la quota di popolazione di età 65 anni ed oltre e nel secondo la quota di popolazione di età 85 anni ed oltre. La scala della campitura è, così come per gli altri indicatori dell'intero Capitolo, costruita in modo da garantire l'uguaglianza del numero di province appartenenti a ciascuna classe.

Descrizione dei risultati

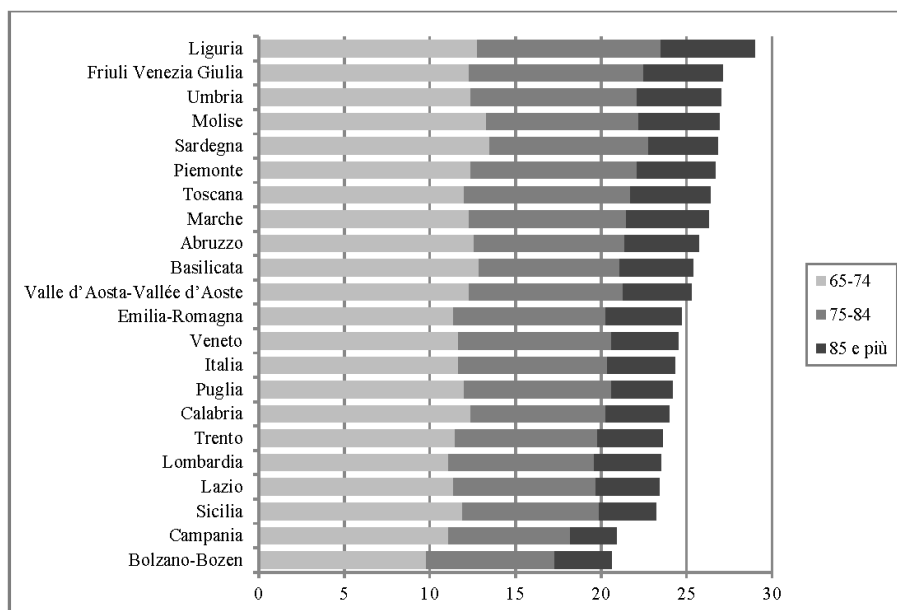
La popolazione di età 65 anni ed oltre rappresenta il 24,3% della popolazione residente ossia quasi una persona su quattro ha 65 anni ed oltre (Grafico 1). I divari territoriali sono evidenti. Come già sottolineato, la Liguria è la regione più invecchiata del Paese (la quota di *over 65* anni è pari al 29,0%) ed al suo opposto troviamo la PA di Bolzano e la Campania (rispettivamente, 20,6% e 20,9%). Più in generale, ad eccezione della PA di Bolzano e, anche se in minor misura la PA di Trento, il processo di invecchiamento finora ha coinvolto maggiormente le regioni del Centro-Nord, con delle differenze territoriali a livello sub-regionale, così come mostrato dai cartogrammi. Tuttavia, come anticipato nel paragrafo precedente, dalle previsioni di popolazione (scenario mediano) emerge come il processo di invecchiamento dal 2023 al 2050 sarà mediamente più marcato nelle regioni che attualmente presentano un profilo per età più giovane.

A livello nazionale prosegue il trend in aumento in valore assoluto dei “giovani anziani” (65-74 anni) che al 1° gennaio 2024 ammontano a circa 6,9 milioni e rappresentano l’11,7% della popolazione residente (Tabella 1): in altri termini, oltre un residente su dieci ha una età compresa tra i 65-74 anni. I valori regionali variano da un minimo della PA di Bolzano (9,8%) ad un massimo di 13,3% e di 13,5%, rispettivamente, in Molise e in Sardegna. Il peso relativo dei 65-74enni sul totale della popolazione varia sensibilmente se si considera la cittadinanza: i 65-74enni rappresentano il 12,4% della popolazione residente con cittadinanza italiana vs il 4,6% registrato per gli stranieri. Tuttavia, occorre notare come il processo d’invecchiamento interessi anche la popolazione straniera: la quota di giovani anziani stranieri è, infatti, ancora contenuta, ma il suo ritmo di crescita è più sostenuto di quello calcolato con riferimento alla popolazione residente con cittadinanza italiana. Gli “anziani” (75-84 anni) sono leggermente superiori ai 5 milioni e rappresentano l’8,7% del totale della popolazione (Tabella 2). Anche in questo caso, è possibile notare delle differenze geografiche: in Liguria, dove, rispetto alle altre regioni, la struttura per età è più sbilanciata verso le classi di età più avanzata, tale contingente rappresenta ben il 10,7% del totale, mentre in Campania è “solo” il 7,1%. Le differenze nella struttura per età della popolazione per cittadinanza si fanno, in questo caso, ancora più marcate: gli “anziani” sono il 9,4% degli italiani vs l’1,2% dei residenti stranieri. La popolazione dei “grandi vecchi” (85 anni ed oltre) (Tabella 3) raggiunge oltre i 2,3 milioni di unità, pari al 3,9% del totale della popolazione residente. Anche tale indica-

tore mostra i valori maggiori in Liguria (5,5%) e i valori inferiori in Campania (2,7%). La quota di popolazione straniera, in questa fascia di età, è ancora irrisoria ed è rappresentata solo dallo 0,3% vs la quota di cittadinanza italiana pari al 4,3%. Si registra, inoltre, l’aumento del peso della componente femminile sul totale dei residenti all’aumentare dell’età: la quota di donne è del 52,7% tra i giovani anziani, sale al 56,0% tra gli anziani ed arriva al 65,2% tra i grandi vecchi. Si noti che, sebbene le donne rappresentino la maggioranza degli anziani in tutte le classi di età considerate (specie al crescere dell’età), tale vantaggio va decrescendo nel tempo in tutte e tre le classi di età. Ciò è dovuto alla riduzione dei differenziali di mortalità per genere (vedere Capitolo “Sopravvivenza e mortalità per causa”).

Le tabelle appena presentate mostrano come, complessivamente, con riferimento all’invecchiamento della popolazione, permanga la dicotomia Nord-Sud ed Isole. Dall’analisi dei cartogrammi è possibile notare, però, delle eccezioni. In particolare, in alcune province della Lombardia, del Veneto, dell’Emilia-Romagna e delle PA di Bolzano e Trento, dove il peso della popolazione anziana è relativamente contenuto. Altra eccezione è costituita da alcune province interne del Sud e della Sardegna, dove la quota di anziani è sensibilmente più elevata di quella che caratterizza il resto del Mezzogiorno. A parte gli effetti strutturali della più alta fecondità nelle PA di Bolzano e Trento, tali eccezioni sono anche imputabili agli spostamenti migratori: soprattutto quello positivo dall’estero nelle aree del Nord e in negativo quello interno in alcune province interne del Mezzogiorno.

Grafico 1 - Proporzione (valori per 100) della popolazione di età 65 anni ed oltre per classe di età sul totale della popolazione. Graduatoria regionale - Situazione al 1° gennaio 2024



Fonte dei dati: Rilevazione “Popolazione residente per sesso, età e stato civile”. Disponibile sul sito: <https://demo.istat.it>. Anno 2025.

Tabella 1 - Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso per 100 sul totale della popolazione) di età 65-74 anni per cittadinanza e popolazione femminile (rapporto di composizione per 100) per regione - Situazione al 1° gennaio 2024

Regioni	Italiani		Stranieri		Totale		Popolazione femminile (rapporto di composizione)
	Valori assoluti	Peso	Valori assoluti	Peso	Valori assoluti	Peso	
Piemonte	508,0	13,3	18,9	4,4	526,9	12,4	52,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	14,6	12,8	0,5	5,6	15,1	12,3	51,9
Lombardia	1.064,8	12,1	47,7	4,0	1.112,5	11,1	52,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>49,9</i>	<i>10,4</i>	<i>2,7</i>	<i>4,8</i>	<i>52,5</i>	<i>9,8</i>	<i>52,2</i>
<i>Trento</i>	<i>60,4</i>	<i>12,1</i>	<i>2,3</i>	<i>4,9</i>	<i>62,7</i>	<i>11,5</i>	<i>51,2</i>
Veneto	544,9	12,5	20,9	4,2	565,7	11,7	52,0
Friuli-Venezia Giulia	140,5	13,1	6,5	5,4	147,0	12,3	52,9
Liguria	185,4	13,7	8,0	5,2	193,4	12,8	52,9
Emilia-Romagna	480,2	12,3	27,6	4,9	507,8	11,4	53,0
Toscana	417,3	12,9	22,8	5,4	440,1	12,0	52,9
Umbria	100,0	13,1	5,6	6,3	105,6	12,4	52,7
Marche	174,8	12,9	7,4	5,6	182,1	12,3	52,5
Lazio	619,1	12,2	30,9	4,8	650,0	11,4	53,5
Abruzzo	155,2	13,1	4,6	5,4	159,9	12,6	52,5
Molise	37,8	13,7	0,6	4,2	38,4	13,3	51,9
Campania	607,5	11,4	11,7	4,4	619,2	11,1	52,7
Puglia	462,9	12,4	5,8	3,9	468,6	12,0	53,0
Basilicata	67,9	13,4	0,8	3,3	68,7	12,9	52,0
Calabria	223,1	12,8	4,3	4,3	227,4	12,4	51,8
Sicilia	563,3	12,2	7,5	3,8	570,9	11,9	53,1
Sardegna	208,6	13,7	3,2	6,2	211,8	13,5	52,3
Italia	6.686,0	12,4	240,2	4,6	6.926,2	11,7	52,7

Fonte dei dati: Rilevazione “Popolazione residente per sesso, età e stato civile” e “Popolazione straniera residente per sesso ed età”. Disponibili sul sito: <https://demo.istat.it>. Anno 2025.

Tabella 2 - Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso per 100 sul totale della popolazione) di età 75-84 anni per cittadinanza e popolazione femminile (rapporto di composizione per 100) per regione - Situazione al 1° gennaio 2024

Regioni	Italiani		Stranieri		Totale		Popolazione femminile (rapporto di composizione)
	Valori assoluti	Peso	Valori assoluti	Peso	Valori assoluti	Peso	
Piemonte	404,8	10,6	5,8	1,3	410,6	9,7	56,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	10,9	9,6	0,2	2,0	11,1	9,0	54,7
Lombardia	842,0	9,6	13,1	1,1	855,1	8,5	56,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>39,5</i>	<i>8,2</i>	<i>0,9</i>	<i>1,6</i>	<i>40,4</i>	<i>7,5</i>	<i>55,9</i>
<i>Trento</i>	<i>44,4</i>	<i>8,9</i>	<i>0,7</i>	<i>1,6</i>	<i>45,2</i>	<i>8,3</i>	<i>55,1</i>
Veneto	424,0	9,7	5,4	1,1	429,5	8,9	55,5
Friuli-Venezia Giulia	120,6	11,2	1,8	1,5	122,3	10,2	56,1
Liguria	159,4	11,8	2,6	1,7	161,9	10,7	57,0
Emilia-Romagna	388,1	10,0	7,4	1,3	395,5	8,9	55,6
Toscana	350,1	10,8	6,8	1,6	356,9	9,7	55,9
Umbria	81,2	10,6	1,8	2,1	83,1	9,7	55,3
Marche	133,5	9,9	2,5	1,9	136,0	9,2	55,6
Lazio	465,8	9,2	8,0	1,2	473,8	8,3	56,9
Abruzzo	110,4	9,3	1,4	1,6	111,8	8,8	55,3
Molise	25,5	9,2	0,1	1,1	25,6	8,9	55,1
Campania	396,0	7,4	1,9	0,7	397,9	7,1	56,3
Puglia	332,1	8,9	1,5	1,0	333,5	8,6	55,6
Basilicata	43,6	8,6	0,2	0,7	43,8	8,2	55,4
Calabria	145,1	8,3	0,9	0,9	146,0	7,9	54,6
Sicilia	382,4	8,3	1,7	0,9	384,1	8,0	56,1
Sardegna	145,8	9,6	0,8	1,5	146,6	9,3	55,8
Italia	5.045,3	9,4	65,4	1,2	5.110,7	8,7	56,0

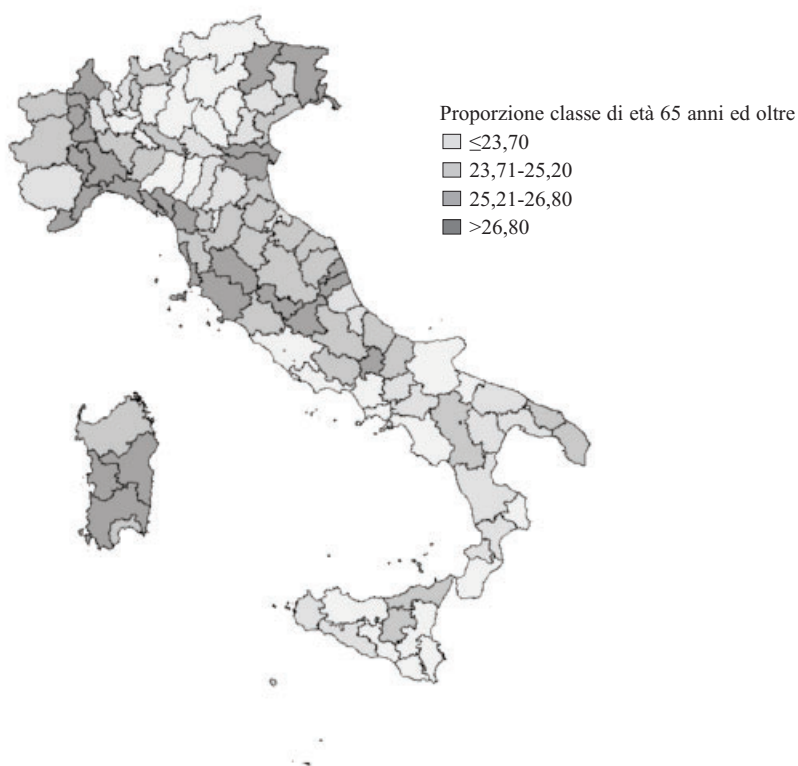
Fonte dei dati: Rilevazione “Popolazione residente per sesso, età e stato civile” e “Popolazione straniera residente per sesso ed età”. Disponibili sul sito: <https://demo.istat.it>. Anno 2025.

Tabella 3 - Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso per 100 sul totale della popolazione) di età 85 anni ed oltre per cittadinanza e popolazione femminile (rapporto di composizione per 100) per regione - Situazione al 1° gennaio 2024

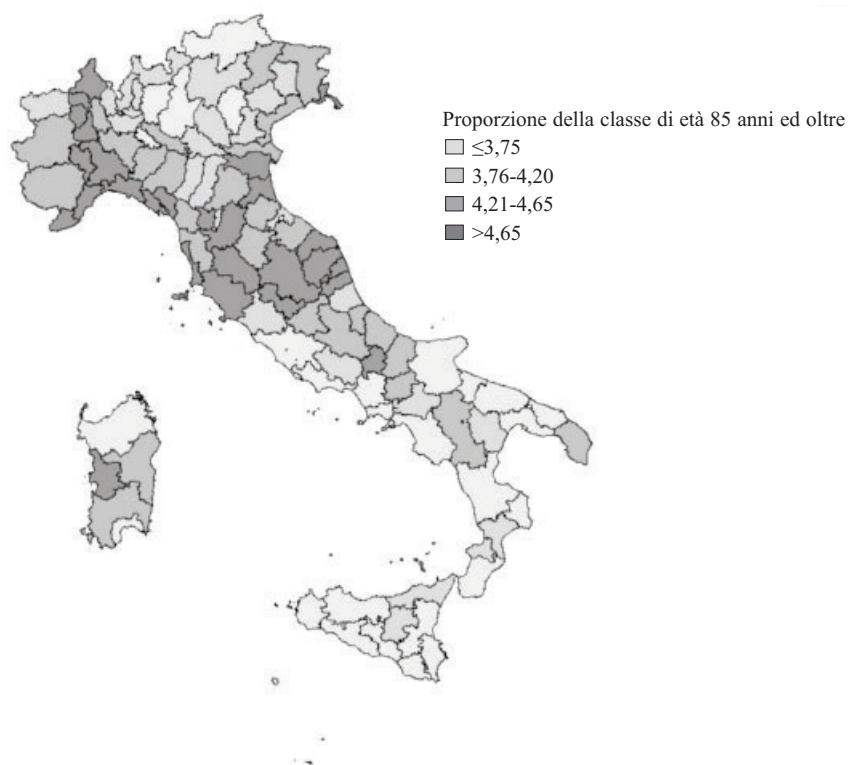
Regioni	Italiani		Stranieri		Totale		Popolazione femminile (rapporto di composizione)
	Valori assoluti	Peso	Valori assoluti	Peso	Valori assoluti	Peso	
Piemonte	192,4	5,0	1,4	0,3	193,8	4,6	65,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,9	4,3	0,0	0,5	5,0	4,0	66,9
Lombardia	385,5	4,4	2,9	0,2	388,4	3,9	66,4
Bolzano-Bozen	17,4	3,6	0,2	0,4	17,7	3,3	63,9
Trento	20,7	4,1	0,2	0,4	20,8	3,8	66,6
Veneto	190,2	4,4	1,3	0,3	191,4	3,9	66,0
Friuli-Venezia Giulia	54,8	5,1	0,4	0,3	55,2	4,6	66,7
Liguria	81,7	6,0	0,6	0,4	82,3	5,5	66,5
Emilia-Romagna	192,8	5,0	1,7	0,3	194,5	4,4	64,2
Toscana	169,8	5,2	1,4	0,3	171,3	4,7	64,5
Umbria	41,7	5,4	0,4	0,5	42,1	4,9	64,8
Marche	70,2	5,2	0,5	0,4	70,7	4,8	64,6
Lazio	211,5	4,2	2,1	0,3	213,6	3,7	65,0
Abruzzo	53,7	4,5	0,3	0,4	54,0	4,3	64,4
Molise	13,5	4,9	0,0	0,3	13,5	4,7	65,1
Campania	151,6	2,8	0,3	0,1	151,9	2,7	65,3
Puglia	140,6	3,8	0,3	0,2	140,9	3,6	63,8
Basilicata	22,9	4,5	0,0	0,2	23,0	4,3	64,0
Calabria	67,2	3,9	0,2	0,2	67,4	3,7	63,2
Sicilia	159,2	3,5	0,4	0,2	159,6	3,3	64,1
Sardegna	62,7	4,1	0,2	0,3	62,8	4,0	64,9
Italia	2.304,9	4,3	14,9	0,3	2.319,8	3,9	65,2

Fonte dei dati: Rilevazione “Popolazione residente per sesso, età e stato civile” e “Popolazione straniera residente per sesso ed età”. Disponibili sul sito: <https://demo.istat.it>. Anno 2025.

Proporzione (valori per 100) della popolazione residente di età 65 anni ed oltre sul totale della popolazione per provincia. Situazione al 1° gennaio 2024



Proporzione (valori per 100) della popolazione residente di età 85 anni ed oltre sul totale della popolazione per provincia. Situazione al 1° gennaio 2024



Raccomandazioni di Osservasalute

I cambiamenti nella struttura per età dovuti agli effetti del progressivo invecchiamento della popolazione comportano una domanda sanitaria specifica e crescente rivolta ai servizi socio-sanitari regionali e sub-regionali.

Il processo di invecchiamento è destinato ad accentuarsi nei prossimi anni, quando le coorti del *baby boom* (1961-1976) passeranno dall'età attiva (39-64 anni) a quella anziana (65 anni ed oltre) e ciò sarà maggiormente accentuato nelle regioni meridionali. Secondo le ultime previsioni demografiche (scenario mediano), la popolazione *over 65* anni potrebbe rappresentare entro il 2050 il 34,5% del totale della popolazione (1).

I "giovani anziani" e gli "anziani" sono dei segmenti di popolazione sui quali si potrebbe agire per limitare gli interventi di assistenza socio-sanitaria, più impegnativi ed onerosi da un punto di vista economico, che si rendono necessari all'aumentare dell'età. In effetti, soprattutto la popolazione di età 65-74 anni, rappresenta un gruppo demografico dalle buone potenzialità che, peraltro, vanno migliorando con il progressivo

subentrare in questa classe di età di generazioni più istruite e più attente alla propria salute. Sono, altresì, auspicabili interventi di promozione della salute (prevenzione e adozione di stili di vita salutari) sui giovani adulti che saranno gli anziani di domani.

Come in ogni Edizione del Rapporto Osservasalute, nelle raccomandazioni a chiusura della Sezione sull'invecchiamento della popolazione poniamo ancora una volta l'attenzione a considerare la popolazione anziana non nel suo complesso, ma come una componente molto articolata. Il diffondersi della pandemia da COVID-19 ha evidenziato l'importanza di tener conto della struttura della popolazione nella misura in cui si assiste ad una mortalità fortemente differenziata per classi di età.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Previsioni della popolazione residente e delle famiglie (base 1.1.23). Statistiche Report. 2024. Disponibile sul sito: www.istat.it/comunicato-stampa/previsioni-della-popolazione-residente-e-delle-famiglie-base-1-1-2023.

(2) Istat. Indicatori demografici. Anno 2023. Statistiche Report. 2024. Disponibile sul sito: www.istat.it/comunicato-stampa/indicatori-demografici-anno-2024.

Ultracentenari

Significato. L'obiettivo di questo contributo è di analizzare l'andamento della popolazione ultracentenaria esaminando la tendenza in termini assoluti e relativi per genere. In analogia a quanto recentemente proposto in letteratura, con riferimento allo studio dei semi-super centenari, condotto dall'Istat, si è scelto di riportare la popolazione ultracentenaria sia al totale della popolazione residente che alla popolazione di età 80 anni ed oltre fornendo il dettaglio regionale. La scelta di studiare la consistenza e l'andamento della popolazione ultracentenaria è dettata dal fatto che il peso di questo segmento di popolazione è andato crescendo significativamente negli ultimi anni ed è frutto

della positiva evoluzione della longevità che riguarda, da diverso tempo, il nostro Paese. Ancora è aperto il dibattito su quale possa essere (se esiste) il limite biologico di vita delle persone, su quanto ancora vedremo aumentare la sopravvivenza delle fasce di età più anziane, su quali possano essere le domande di assistenza e su quali possano essere le risposte più adeguate alle esigenze di un contingente di popolazione così selezionato. Non è nelle nostre intenzioni dare risposte o indicazioni in questa direzione, ma ci è sembrato interessante poter rappresentare il trend della consistenza numerica della componente degli ultracentenari negli ultimi anni.

Quota di popolazione ultracentenaria

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Popolazione residente di età 100 anni ed oltre}}{\text{Popolazione residente}} \times 10.000$$

Quota di popolazione ultracentenaria sulla popolazione di età 80 anni ed oltre

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Popolazione residente di età 100 anni ed oltre}}{\text{Popolazione residente di età 80 anni ed oltre}} \times 10.000$$

Validità e limiti. I dati utilizzati sono quelli della popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2024. Così come per gli altri indicatori del Capitolo, va tenuto presente che la domanda di assistenza socio-sanitaria di individui appartenenti ad una stessa classe di età, anche se dai confini ben limitati, potrebbe essere eterogenea. Gli ultracentenari, pur rappresentando una fascia di popolazione in espansione, sono ancora numericamente contenuti. Si è, quindi, preferito non effettuare analisi a livello sub-nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel Grafico 1 e nel Grafico 2 è riportato l'andamento, in valori assoluti e relativi (per 10.000 residenti), dell'ammontare della popolazione residente di età 100 anni ed oltre per genere. Nel Grafico 1, inoltre, l'ammontare degli ultracentenari è messo in relazione al contingente di nati che nell'anno di analisi compierebbero 100 anni.

Si evidenzia (Grafico 1) come il numero di ultracentenari sia più che triplicato dal 2002 al 2015 passando da poco più di 6.100 unità a oltre 19.000. Negli anni successivi, però, si registra una flessione dell'ammontare degli ultracentenari che raggiunge il valore minimo di 14.456 unità nel 2019.

La diminuzione del numero assoluto di ultracentenari, che ha interessato maggiormente la più longeva componente femminile, può essere ricondotta al fatto che

hanno superato la soglia dei 100 anni di età le generazioni nate durante la Prima Guerra Mondiale, quando si è assistito a un forte calo delle nascite dovuto al periodo bellico. Tali generazioni sono, quindi, meno numerose in partenza di quelle che le hanno precedute o seguite. Al contrario, a partire dal 2020 passano la soglia dei 100 anni le più numerose generazioni nate dopo la fine della Prima Guerra Mondiale. Ciò si riflette anche sul numero di ultracentenari che, infatti, va aumentando.

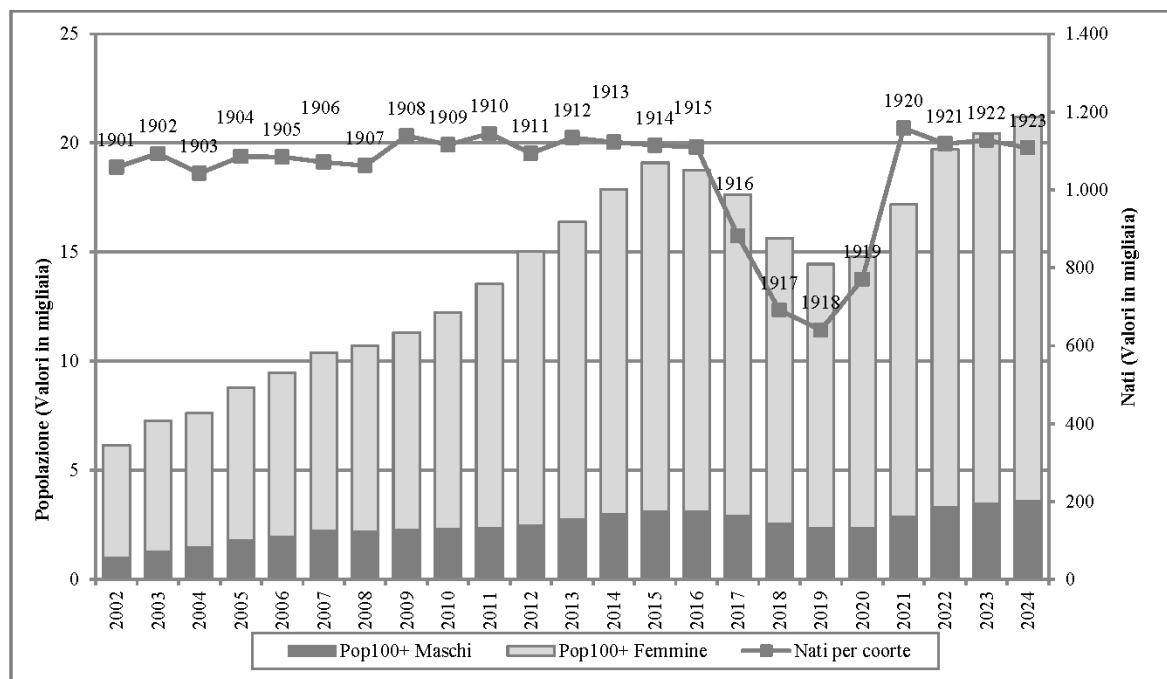
In termini relativi, nel 2002, ogni 10.000 residenti solo 1,1 era ultracentenario, valore che sale a 3,6 al 1° gennaio 2024 (Grafico 2). Se si considera il solo contingente femminile, negli stessi anni si è passati da 1,8 a 5,8 ultracentenarie ogni 10.000 residenti, mentre per gli uomini da 0,4 a 1,2. La componente femminile si conferma, quindi, di gran lunga quella più numerosa: al 1° gennaio 2024, infatti, le donne rappresentano l'83,0% del totale degli ultracentenari.

L'analisi dei dati più recenti a livello regionale (Grafico 3) mostra come la quota di popolazione ultracentenaria sul totale della popolazione varia, al 1° gennaio 2024, dal 6,3 per 10.000 del Molise e 5,5 per 10.000 della Liguria al 2,4 per 10.000 della Campania e al 2,8 per 10.000 della Sicilia. La graduatoria delle regioni per quota di popolazione di età 100 anni ed oltre varia se questi vengono rapportati alla popolazione di età 80 anni ed oltre (i potenziali futuri ultra-

centenari) (Grafico 4) invece che al totale della popolazione residente. In particolare, in ultima posizione si colloca la Valle d'Aosta e non la Campania (che si trova nella metà bassa della classifica) e il Molise mantiene la prima posizione rispetto alla Liguria (sesta nella classifica). D'altra parte, a parità di numero di

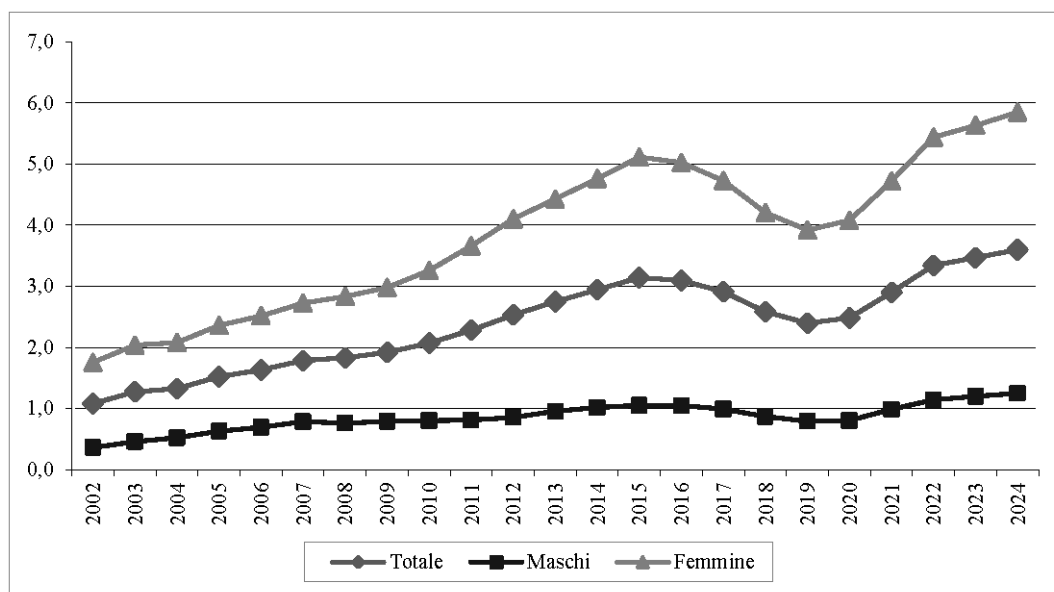
ultracentenari, la loro quota sul totale della popolazione di età 80 anni ed oltre sarà più contenuta nelle regioni caratterizzate da una struttura della popolazione più invecchiata. Al contrario, questo si attesterà su valori più elevati nelle regioni meno invecchiate.

Grafico 1 - Popolazione (valori assoluti in migliaia) ultracentenaria per genere - Anni 2002-2024. Nati (valori assoluti in migliaia) - Anni 1901-1923



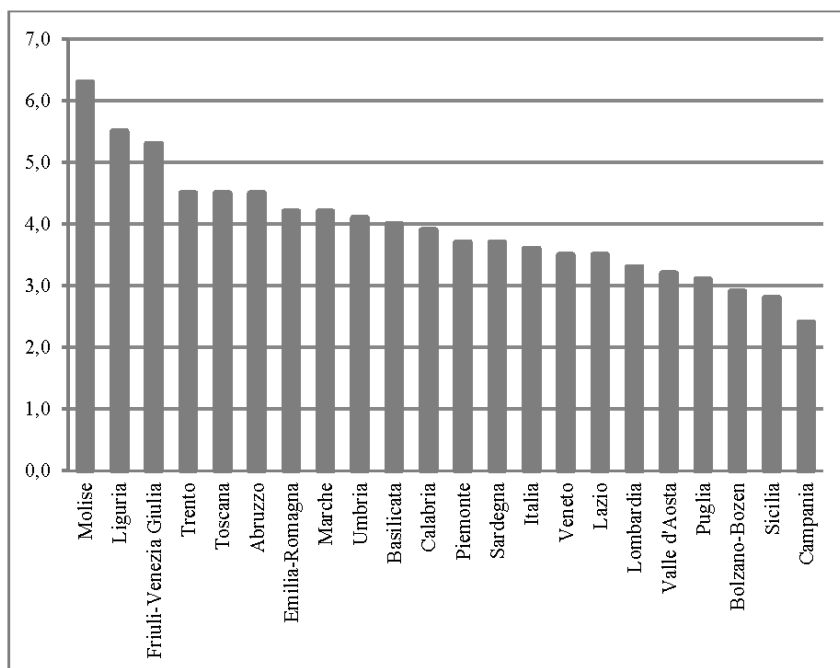
Fonte dei dati: Rilevazione "Popolazione residente per sesso, età e stato civile". Disponibili sul sito: <https://demo.istat.it>. Anno 2025.

Grafico 2 - Quota (valori relativi per 10.000) tra popolazione ultracentenaria e totale popolazione residente per genere - Anni 2002-2024



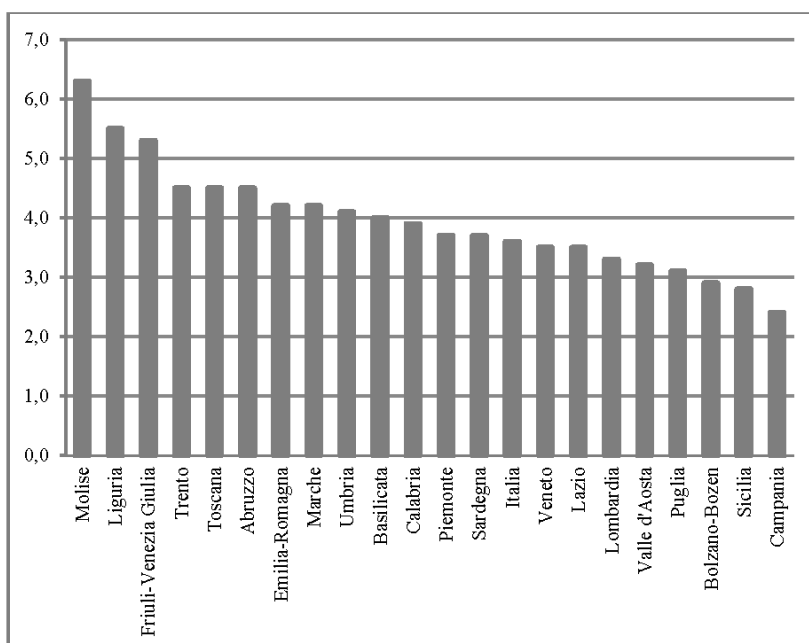
Fonte dei dati: Rilevazione "Popolazione residente per sesso, età e stato civile". Disponibili sul sito: <https://demo.istat.it>. Anno 2025.

Grafico 3 - Rapporto (valori per 100.000) tra popolazione ultracentenaria e totale popolazione residente per regione - Situazione al 1° gennaio 2024



Fonte dei dati: Rilevazione “Popolazione residente per sesso, età e stato civile”. Disponibili sul sito: <https://demo.istat.it>. Anno 2025.

Grafico 4 - Rapporto (valori per 100.000) tra popolazione ultracentenaria e popolazione residente di età 80 anni ed oltre per regione - Situazione al 1° gennaio 2024



Fonte dei dati: Rilevazione “Popolazione residente per sesso, età e stato civile”. Disponibili sul sito: <https://demo.istat.it>. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Lo studio della consistenza della popolazione ultracentenaria, pur quest'ultima rappresentando ancora un seg-

mento di nicchia della popolazione, appare quanto mai interessante in quanto è possibile ipotizzare sia portatrice di bisogni di salute e di richieste di assistenza specifici.

Fecondità

Significato. Il comportamento riproduttivo della popolazione residente in Italia viene descritto attraverso tre diversi indicatori: il Tasso di fecondità totale (Tft) che misura il numero medio di figli per donna, l'età media delle madri al parto e la percentuale dei nati da madre straniera sul totale delle nascite. In particolare, i primi due indicatori sono stati calcolati distintamente per le donne italiane, per le donne straniere e per il totale delle donne residenti. Il monito-

raggio di tali indicatori risulta particolarmente rilevante non soltanto da un punto di vista demografico ma anche in ottica di programmazione, poiché la conoscenza della domanda di servizi specialistici (quali, ad esempio, quelli di monitoraggio delle gravidanze e di assistenza al parto e di neonatologia) permette una più efficace organizzazione delle strutture sanitarie interessate.

Tasso di fecondità totale

$$Tft = \sum_{x=15}^{49} f_x$$

Età media delle madri al parto

$$\bar{x} = \frac{\sum_{x=15}^{49} x f_x}{\sum_{x=15}^{49} f_x}$$

Quota di nati da madre straniera

$$n_s = 100 * \frac{N_s}{N_{tot}}$$

Significato delle variabili: f_x = rapporto tra il numero di nati vivi da donne in età x e la popolazione media femminile in età x ;

N_s = numero di nati vivi da madre straniera;

N_{tot} = numero totale dei nati vivi.

Validità e limiti. Il Tft è un indicatore congiunturale che misura l'intensità finale (numero medio di figli per donna) del comportamento riproduttivo di una generazione fittizia che, in assenza di mortalità, assumerebbe a partire dall'anno di analisi tassi specifici per età (f_x) uguali a quelli osservati nell'anno considerato. L'età media delle donne al parto misura la cadenza della fecondità della medesima coorte fittizia. Infine, la proporzione di nati da madri straniere sul totale delle nascite è un indicatore che consente di valutare quanta parte delle nascite registrate sia imputabile a madri straniere.

Descrizione dei risultati

Nella Tabella 1 sono riportate le stime degli indicatori di intensità e di calendario della fecondità a livello regionale e delle PA, nonché la proporzione di nati da madre straniera sul totale dei nati con riferimento all'anno 2023. Per facilitare la lettura dei risultati così emersi ed evidenziare le dinamiche territoriali, la tabella è accompagnata da tre cartogrammi che mettono in luce gli aspetti più interessanti del comportamento riproduttivo registrato a livello sub-regionale. La scala

della campitura è costruita in modo da garantire l'uguaglianza del numero di province appartenenti a ciascuna classe.

La fecondità, per il Paese nel suo complesso, è frutto del comportamento delle residenti italiane e straniere; un comportamento che si differenzia, significativamente, sia nell'intensità che nel calendario riproduttivo. Considerando il complesso delle residenti in Italia, il Tft è pari a 1,20 figli per donna (Tabella 1). A livello generale è importante sottolineare come il numero medio di figli per donna, calcolato per le donne straniere residenti, si attesti su livelli superiori a quelli che caratterizzano le residenti con cittadinanza italiana. Se si considera il Paese nel suo complesso, il primo è, infatti, pari a 1,82 figli per donna, mentre il secondo è pari a 1,14 figli per donna. A partire dal 1995 si è assistito ad un lento processo di ripresa dei livelli di fecondità imputabile sia al maggior peso della componente straniera che ad un "effetto recupero" delle donne più vicine alla fine dell'età fertile. Tuttavia, a partire dal 2010, in concomitanza del protrarsi della crisi economica che ha riguardato l'Italia, la lenta ripresa dei livelli di fecondità si è arrestata, così come la crescita del

numero dei nati. Il calo della natalità, dovuto sia alla riduzione della propensione ad avere figli che all'invecchiamento della struttura per età della popolazione (escono dalla fase riproduttiva le *baby-boomers*) è proseguito negli anni seguenti. Pur considerando gli effetti negativi legati alla pandemia di COVID-19, il calo della natalità è ormai strutturale: nel 2023 si è raggiunto il nuovo record negativo di 379.890 nascite. I dati provvisori dei primi mesi del 2024 confermano una ulteriore flessione del numero delle nascite: si stima, infatti, un ulteriore calo nel numero dei nati (-2,1%), rispetto allo stesso periodo del 2023 (1).

Nel 2023, i valori più alti del Tft si registrano nella PA di Bolzano (1,57 figli per donna), seguita dalla Sicilia (1,32 figli per donna), dalla Campania (1,29 figli per donna), dalla PA di Trento e dalla Calabria (entrambe 1,28 figli per donna). Sono numerose le regioni dove si registra un Tft particolarmente basso (ossia inferiore o pari a 1,2 figli per donna in età feconda) e si collocano nel Centro-Sud ed Isole. Si segnalano in particolare il Molise, la Basilicata e la Sardegna (rispettivamente, 1,10, 1,09 e 0,91 figli per donna).

A livello nazionale, l'età media delle madri al parto per il totale delle donne residenti (Tabella 1) risulta pressoché stabile e pari a 32,5 anni. Le variazioni regionali appaiono relativamente contenute: Sardegna (33,2 anni), Basilicata (33,1 anni), Lazio (33,0 anni) e Molise (32,9 anni) sono le regioni dove l'età media al parto raggiunge i valori più elevati, mentre la regione in cui l'età al parto raggiunge il suo minimo è la Sicilia (31,7 anni).

Anche in questo caso, è possibile analizzare distintamente gli indicatori presentati per cittadinanza italiana e straniera della madre: l'età media al parto delle straniere è inferiore a quella delle italiane (rispettivamente, 29,6 anni e 33,0 anni).

L'ultimo indicatore qui proposto è la quota di nati da madre straniera sul totale delle nascite: a livello nazionale tale indicatore è pari a 18,8%: in altre parole, poco meno di un nato su cinque ha la madre con cittadinanza straniera. È possibile, inoltre, evidenziare una forte variabilità a livello territoriale: nelle regioni del Mezzogiorno (ad esclusione dell'Abruzzo che, comunque, presenta un valore di oltre 3 p.p. inferiore a quello nazionale) la quota di nati da madri straniere è decisamente più contenuta di quanto non accada nelle regioni del Centro-Nord. Il valore minimo si registra in Sardegna (7,2%) e Campania (7,3%). Al contrario, in Emilia-Romagna la quota di nati da madre straniera raggiunge il suo massimo (29,5%) ovvero poco meno

di un nato ogni tre ha una madre con cittadinanza diversa da quella italiana. Valori elevati ed in lieve crescita si registrano anche in Lombardia dove i nati da madre straniera sono il 27,2%, seguita da Liguria (26,8%) e Veneto (25,6%). Appare evidente, quindi, come i livelli di natalità più alti registrati in molte regioni del Centro-Nord, rispetto al resto del Paese, siano in gran parte imputabili all'apporto fornito dalle donne straniere residenti. La distribuzione territoriale della quota dei nati da madri straniere mostra, infatti, un andamento che, come facilmente intuibile, ricalca sostanzialmente la distribuzione della popolazione straniera residente nel Paese. L'andamento a livello provinciale dei principali indicatori sopra commentati (numero medio di figli per donna, età media delle madri al parto e quota di nati da madre straniera) può essere apprezzato nei cartogrammi che seguono.

La lettura sub regionale mostra alcune tipicità. I Tft più elevati si riscontrano nelle regioni del Centro-Nord ed, in particolare, in parte del Piemonte e nell'area compresa tra la Lombardia, le PA di Trento e di Bolzano, il Veneto e l'Emilia-Romagna. Livelli di fecondità simili si ritrovano anche in alcune aree del Meridione, specie in Sicilia, nella provincia di Napoli e in parte della Calabria. Al contrario, appaiono assai contenuti i tassi stimati nelle aree del delta del Po, nel Piemonte orientale, nella zona del viterbese e del reatino, nelle aree della dorsale appenninica e, soprattutto, in Sardegna.

I fattori che influenzano le differenze territoriali nel calendario della fecondità sono complessi; l'età media delle madri al parto risente sia del livello di fecondità stessa che dei fattori di natura economica, culturale e sociale. Nelle province metropolitane, come per esempio Milano, Firenze, Genova e Roma, l'età media delle madri al parto è più elevata che nel resto del Paese, specie quelle meno urbanizzate. Nell'area interna del Mezzogiorno, dove la fecondità è più bassa, l'età media al parto è più elevata che nelle aree limitrofe. Di particolare interesse è, poi, il comportamento delle residenti nelle due isole maggiori: da un lato, troviamo la Sardegna (dove tale indicatore si attesta su valori particolarmente elevati) ed, al suo opposto, troviamo la Sicilia.

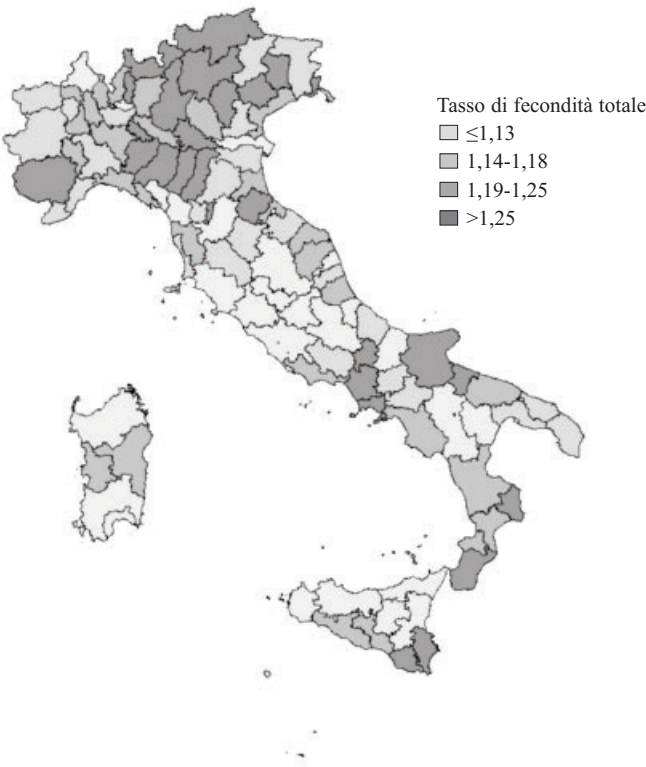
Dall'analisi della distribuzione della quota di iscritti in Anagrafe per nascita da madre straniera, a livello sub-regionale, non emergono particolari tipicità che discostano significativamente l'andamento provinciale di questo indicatore da quello regionale, già commentato nelle tavole precedenti.

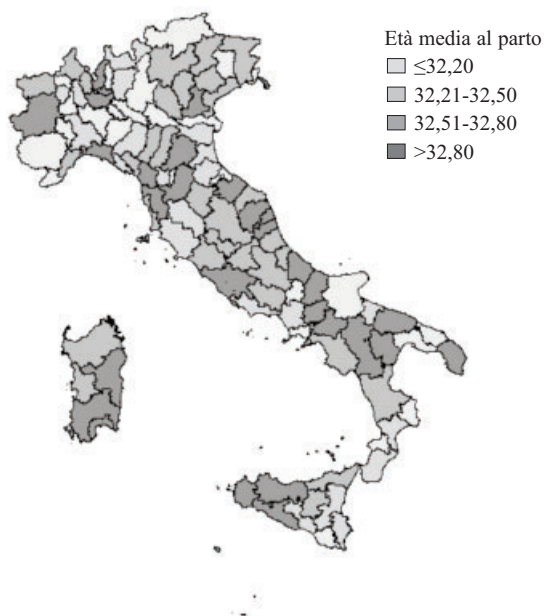
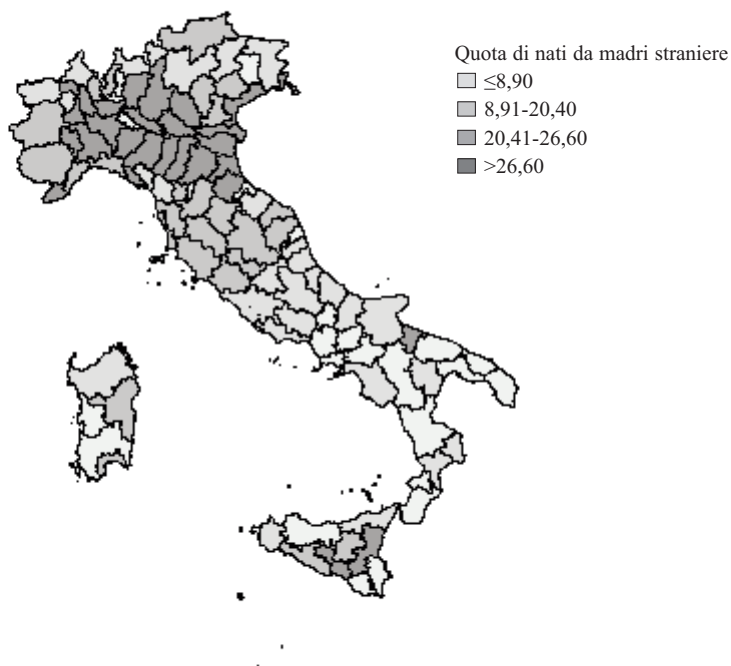
Tabella 1 - Tasso di fecondità totale (numero medio di figli per donna), età media (valori in anni) della madre al parto e quota (valori per 100) di nati da madre straniera per regione - Anno 2023

Regioni	Tasso di fecondità totale			Età media delle madri al parto			Quota di nati da madri straniere
	Totale	Italiane	Straniere	Totale	Italiane	Straniere	
Piemonte	1,17	1,08	1,84	32,5	33,2	29,5	24,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,17	1,12	1,79	32,5	33,0	29,3	16,7
Lombardia	1,21	1,10	1,87	32,7	33,5	29,8	27,2
Bolzano-Bozen	1,57	1,49	2,24	31,9	32,3	29,3	20,4
Trento	1,28	1,21	2,08	32,6	33,2	29,2	20,2
Veneto	1,21	1,11	1,95	32,7	33,4	29,6	25,6
Friuli-Venezia Giulia	1,21	1,09	2,02	32,4	33,1	29,3	25,4
Liguria	1,17	1,05	1,89	32,6	33,4	29,4	26,8
Emilia-Romagna	1,22	1,09	1,88	32,5	33,4	29,8	29,5
Toscana	1,12	1,04	1,68	32,8	33,7	29,4	24,7
Umbria	1,11	1,05	1,57	32,6	33,2	29,6	21,6
Marche	1,17	1,10	1,81	32,8	33,5	29,3	20,3
Lazio	1,11	1,07	1,50	33,0	33,5	30,0	19,0
Abruzzo	1,14	1,08	1,84	32,7	33,2	29,4	15,1
Molise	1,10	1,07	1,58	32,9	33,1	31,0	9,9
Campania	1,29	1,28	1,84	32,2	32,3	29,3	7,3
Puglia	1,20	1,18	1,89	32,5	32,7	29,0	7,6
Basilicata	1,09	1,06	1,72	33,1	33,5	28,9	9,7
Calabria	1,28	1,27	1,60	32,3	32,5	29,3	8,6
Sicilia	1,32	1,29	1,95	31,7	31,8	29,1	7,5
Sardegna	0,91	0,89	1,36	33,2	33,4	29,9	7,2
Italia	1,20	1,14	1,82	32,5	33,0	29,6	18,8

Fonte dei dati: Rilevazione sulle Nascite. Disponibili sul sito: dati.istat.it. Anno 2025.

Tasso di fecondità totale (numero medio di figli per donna) per provincia. Anno 2023



Età media (valori in anni) delle madri al parto per provincia. Anno 2023**Quota (valori per 100) di nati da madre straniera per provincia. Anno 2023**

Raccomandazioni di Osservasalute

Prosegue, negli anni, la tendenza alla posticipazione delle nascite, così come testimoniato dall'aumento dell'età media delle madri al parto. Ciò richiede un'attenzione specifica da parte dei servizi sanitari specializzati considerato che, all'avanzare dell'età, corrispondono livelli di fertilità via via decrescenti e maggiori rischi per il nascituro che potrebbero portare, rispettivamente, ad un maggiore ricorso a tecniche di fecondazione assistita e ad una maggiore domanda di servizi sanitari di diagnosi prenatale. Oltretutto, l'accresciuta eterogeneità delle madri per cittadinanza,

costumi, lingue e cultura, porta nuove sfide nell'assistenza alla gravidanza, al parto ed al puerperio, così come nei servizi di ginecologia e di pediatria. Anche i servizi socio-sanitari rivolti all'infanzia devono attrezzarsi per poter raggiungere e dialogare efficacemente con le giovani famiglie con prole provenienti da numerosi e diversi Paesi del mondo.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2023. Statistiche Report 2024. Disponibile sul sito: www.istat.it/comunicato-stampa/natalita-e-fecondita-della-popolazione-residente-anno-2023.

Invecchiamento della popolazione e territorio: una nuova prospettiva

Dott.ssa Ginevra Di Giorgio, Dott.ssa Francesca Rinesi

Il processo di invecchiamento della popolazione è tra i fenomeni demografici che maggiormente interessa i *policy makers* per via delle profonde ripercussioni di medio e lungo periodo sia sul piano economico (tra tutti per la produttività e per la tenuta del sistema pensionistico) che su quello socio-sanitario. Agli indicatori calcolati utilizzando la classificazione territoriale amministrativa (che divide tra province, regioni, comuni etc.) si possono affiancare degli indicatori calcolati con metodologie che tengono conto dell'accessibilità dei cittadini ai servizi essenziali. In quest'ottica un partenariato che ha coinvolto Istat, Banca d'Italia e le Regioni ha portato alla definizione della Mappa delle Aree Interne (1). A partire dalla presenza (vicinanza vs lontananza) di tre tipologie di servizi (salute, istruzione e mobilità) sono stati individuati i Comuni Poli e i Poli intercomunali e, in base alla distanza da questi, gli altri Comuni sono stati classificati in Cintura, Intermedi, Periferici e Ultraperiferici. Per definizione, i Centri sono l'insieme di Comuni Poli, Poli intercomunali e Cintura, mentre i Comuni Intermedi, Periferici e Ultraperiferici costituiscono le Aree Interne del nostro Paese. In queste ultime aree si riscontra una maggiore difficoltà nell'accesso ai servizi essenziali.

A livello nazionale si è visto come il 24,3% della popolazione ha 65 anni ed oltre. Tuttavia, il livello di invecchiamento della popolazione presenta, così come avviene a livello regionale, delle differenze se si considera la tipologia comunale così come definita nella classificazione delle aree interne. In particolare, i Comuni che costituiscono le aree interne risultano più invecchiati rispetto ai Centri. Nel dettaglio, la quota più alta di popolazione *over* 65 anni si riscontra nei Comuni Ultraperiferici, dove anche più alto è il peso della popolazione ultra 85 enne. All'opposto, troviamo i Comuni Cintura, dove troviamo i valori più bassi sia per la quota di popolazione di età 75-84 anni che di popolazione di età 85 anni ed oltre.

Dalla lettura dell'Indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione di età 65 anni ed oltre e quella di età 0-14 anni) si evince come, a livello nazionale, ogni 100 *under* 15 anni ci siano circa 200 65enni ed oltre: in altre parole, gli anziani sono il doppio dei giovanissimi. Anche dalla lettura di questo indicatore sintetico, si evince il diverso livello di invecchiamento delle aree del Paese. In particolare, nei Comuni Ultraperiferici questo indicatore raggiunge il suo livello massimo (245,2), mentre i Comuni Cintura si confermano come le aree meno invecchiate del Paese (184,6).

Le previsioni di popolazione al 2043 (scenario mediano) mostrano il generale declino della popolazione residente. A fronte del calo previsto del -4,3% a livello nazionale, le aree interne sono quelle che presentano una contrazione della popolazione più marcata (2).

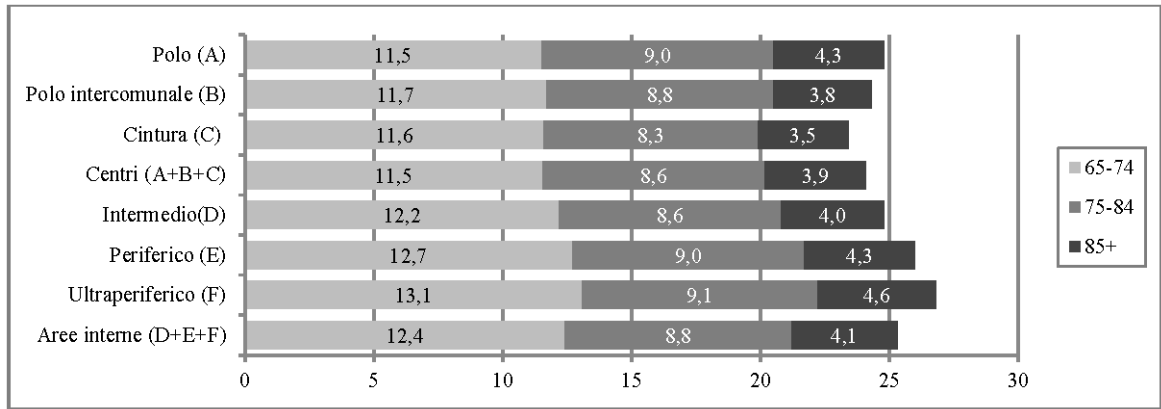
Tra queste, i Comuni Ultraperiferici (-17,9%) e Periferici (-12,1%) sono quelli che soffrono maggiormente la perdita di popolazione. Tuttavia, occorre sottolineare come il fenomeno del declino della popolazione interessi, seppur con intensità diversa, tutte le aree del Paese considerate.

A livello nazionale, il declino della popolazione residente e il suo invecchiamento sono ormai fenomeni endemici. È necessario, però, cercare di contenere gli effetti negativi della marginalizzazione a cui alcuni territori andranno incontro, principalmente, da un punto di vista demografico, attraverso politiche volte al rallentamento della diminuzione delle nascite (3) o a favorire un saldo migratorio positivo, specie dei giovani.

¹ Per il dominio "salute" è stata considerata la presenza di almeno un Ospedale in cui sia presente il servizio Dipartimento di Emergenza e Accettazione di I o di II livello. Per il dominio "istruzione" è stata valutata la presenza di un'offerta scolastica secondaria superiore completa (almeno un liceo e uno fra Istituto tecnico e Istituto professionale). Infine, per il dominio "mobilità" è stata considerata la presenza di una stazione ferroviaria con connessioni dirette a servizi metropolitani-regionali e di lunga percorrenza.

² In base a questa classificazione, al 1° gennaio 2024, il 34,5% della popolazione risiede in un Comune Polo, il 2,6% in un Polo intercomunale, il 40,3% in un Comune Cintura, il 13,6% in un Comune Intermedio, il 7,8% in un Comune Periferico e il restante 1,2% in un Comune Ultraperiferico.

Grafico 1 - Proporzione (valori per 100) della popolazione di età 65 anni ed oltre per classe di età sul totale della popolazione per classificazione delle aree interne - Situazione al 1° gennaio 2024



Fonte dei dati: Rilevazione “Popolazione residente per sesso, età e stato civile”. Disponibili sul sito: <https://demo.istat.it>. Anno 2025.

Tabella 1 - Indice di vecchiaia (2024), popolazione residente e previsione (scenario mediano) per classificazione delle aree interne (valori assoluti in milioni e variazione percentuale) - Situazione al 1° gennaio 2024 e al 1° gennaio 2043

Aree interne	Indice di vecchiaia	Popolazione 2024	Popolazione 2043	Δ%
Polo (A)	209,7	20,3	19,7	-3,2
Polo intercomunale (B)	196,0	1,6	1,5	-4,1
Cintura (C)	184,6	23,7	23	-3,2
Centri (A+B+C)	195,7	45,6	44,3	-3,0
Intermedio(D)	205,4	8,0	7,5	-6,9
Periferico (E)	225,8	4,6	4,1	-12,1
Ultraperiferico (F)	245,2	0,7	0,6	-17,9
Aree interne (D+E+F)	214,2	13,3	12,2	-9,2
Totale	199,8	59,0	56,5	-4,3

Fonte dei dati: Rilevazione “Popolazione residente per sesso, età e stato civile” e “Previsioni della popolazione residente. Base 1/1/2024”, Disponibili sul sito: <https://demo.istat.it>. Anno 2025.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat (2022) La geografia delle aree interne nel 2020: vasti territori tra potenzialità e debolezze, Statistiche focus. 20 luglio 2022. Disponibile sul sito: www.istat.it/comunicato-stampa/la-geografia-delle-aree-interne-nel-2020-vasti-territori-tra-potenzialita-e-debolezze.
- (2) Istat (2024) La demografia delle aree interne: dinamiche recenti e prospettive future. Statistiche focus, 29 luglio 2024. Disponibile sul sito: www.istat.it/comunicato-stampa/la-demografia-delle-aree-interne-dinamiche-recenti-e-prospettive-future.
- (3) Rosina, A. (2024) Demografia delle aree interne e condizioni per un’inversione di tendenza., Cnel, Assemblea del 26 settembre 2024.

Anziani che vivono soli

Dott.ssa Ginevra Di Giorgio, Dott.ssa Francesca Rinesi

Il processo di invecchiamento della popolazione e le trasformazioni delle strutture familiari hanno portato al progressivo aumento negli anni delle persone sole. Dalla lettura dei dati provenienti dall’Indagine campionaria Istat sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana” si evince che nel 2015 le persone sole ammontavano a 7.861, mentre 10 anni dopo (nel 2024) il numero era pari a 9.562. Questo trend è confermato anche dalle previsioni delle famiglie (1): nel 2050 si prevede, infatti, una ulteriore crescita delle persone sole (oltre 11 milioni, scenario mediano) anche in un contesto di generale declino della popolazione residente (54,2 milioni vs 58,6 milioni del 2024).

Delle 9.562 persone che vivono sole nel 2024, 4.474 (46,8%) hanno 65 anni ed oltre, di questi 1.346 sono uomini (30,1%) e le restanti 3.128 sono donne (69,9%). Considerando la possibile relazione tra bisogni sanitari ad età elevate e la possibilità di soddisfarli ricorrendo ad una rete familiare di supporto, è importante considerare anche lo stato civile delle persone anziane che vivono sole. Dall’analisi dei dati emerge che il 25% degli anziani che vivono soli è composto da celibi, il 30% da separati o divorziati e il restante 45% sono vedovi. Solo il 12% delle donne di età 65 anni ed oltre, che vivono sole, sono nubili, il 13% sono separate o divorziate e ben il 75% sono vedove. Si noti, però, come negli anni stia aumentando la quota di separati/divorziati (nel 2015 era il 24% per gli uomini e il 6% per le donne) e diminuendo contestualmente il peso dei vedovi. Stabile, invece, la quota di nubili/celibi. È possibile ipotizzare che questi ultimi possano essere maggiormente fragili da un punto di vista relazionale e di rete di cura informale. Questo è particolarmente possibile per i più anziani: nelle generazioni dei più anziani tra gli *over 65*enni, infatti, i figli (possibili *caregiver*) nascevano quasi esclusivamente all’interno del matrimonio.

La quota di persone di età 65 ed oltre che vivono sole varia al variare del territorio e, in particolare, raggiunge il suo valore più alto nelle Isole e il valore più basso nel Centro. Tuttavia, le disparità più grandi si evidenziano se si prende in considerazione l’ampiezza demografica del Comune di residenza. La quota di anziani soli è, in linea generale, inversamente proporzionale alla popolosità del luogo di residenza: nei Comuni con meno di 2.000 abitanti, 53 *over 65* anni su 100 vive solo vs il 42 di quelli che vivono nel Centro di un’area metropolitana. La stessa dinamica (seppur su livelli differenti) si riscontra se si considerano separatamente gli uomini e le donne.

Tabella 1 - Persone sole (valori assoluti in migliaia e rapporto di composizione per 100) di età 65 anni ed oltre per genere e per macroaree e densità abitativa - Anno 2024

Macroaree e densità abitativa	Persone sole di età 65+			Quota di persone sole di età 65+ sul totale delle persone sole		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Nord	668	1.520	2.188	30,8	60,0	46,5
Nord-Ovest	404	909	1.313	31,1	60,1	46,7
Nord-Est	264	610	875	30,3	59,8	46,2
Centro	299	648	947	31,8	57,6	45,9
Mezzogiorno	380	960	1.339	30,0	62,8	47,9
Sud	235	604	839	29,1	62,1	47,1
Isole	144	356	500	31,4	63,9	49,1
Italia	1.346	3.128	4.474	30,8	60,3	46,8
Centro area metropolitana	234	534	768	28,7	53,6	42,4
Periferia area metropolitana	187	398	585	32,5	57,5	46,1
Fino a 2.000 ab	112	189	301	40,7	64,3	52,9
2.001-10.000 ab	264	682	946	28,8	66,5	48,7
10.001-50.000 ab	312	746	1.059	29,5	61,7	46,7
50.001+ ab	237	579	815	32,4	59,8	47,9

Fonte dei dati: Rilevazione “Aspetti della vita quotidiana”. Disponibile sul sito: <https://esploradati.istat.it>. Anno 2025.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat (2025) Previsioni della popolazione residente e delle famiglie - Base 1/1/2024. Statistiche Report. Disponibile sul sito: www.istat.it/comunicato-stampa/previsioni-della-popolazione-residente-e-delle-famiglie-base-1-1-2024.

Fumo, alcol, alimentazione ed eccesso ponderale

Secondo quanto indicato a livello mondiale dall'OMS, nel 2021 le malattie non trasmissibili (NCD-*Non Communicable Diseases*) hanno causato almeno 43 milioni di decessi, pari al 75% di tutte le morti non legate alla pandemia. Nello stesso anno, 18 milioni di persone sono decedute per una NCD prima dei 70 anni, con l'82% di questi decessi prematuri concentrato nei Paesi a basso e medio reddito, dove si registra complessivamente il 73% delle morti da NCD.

Le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di morte per NCD (19 milioni di decessi), seguite da tumori (10 milioni), malattie respiratorie croniche (4 milioni) e diabete (oltre 2 milioni, includendo le complicanze renali correlate).

Queste quattro patologie sono responsabili dell'80% dei decessi prematuri per NCD. Fattori di rischio come il consumo di tabacco, la sedentarietà, l'abuso di alcol, un'alimentazione poco sana e l'inquinamento atmosferico ne aumentano significativamente la probabilità. Interventi fondamentali per affrontarle includono la diagnosi precoce, lo screening e un trattamento adeguato.

Il tabacco causa oltre 8 milioni di morti all'anno, di cui più di 7 milioni per consumo diretto e circa 1,2 milioni per esposizione al fumo passivo. I nuovi prodotti a base di nicotina, come sigarette elettroniche e dispositivi a tabacco riscaldato, stanno guadagnando rapidamente popolarità tra i giovani, modificando le abitudini dei fumatori tradizionali. Molti sono diventati poli-consumatori, combinando prodotti diversi e aggravando i rischi per la salute.

Più della metà dei 2,6 milioni di decessi annuali attribuibili all'alcol è legata alle NCD, incluso il cancro. Anche l'inattività fisica incide significativamente: chi è insufficientemente attivo presenta un rischio di morte maggiore del 20-30% rispetto a chi pratica regolare attività fisica.

I principali fattori di rischio metabolico che aumentano la probabilità di sviluppare NCD includono: pressione arteriosa elevata, sovrappeso/obesità, iperglicemia (alti livelli di zucchero nel sangue) e iperlipidemia (alti livelli di grassi nel sangue). Tra questi, l'ipertensione è il più rilevante a livello globale, responsabile del 25% dei decessi, seguita da obesità e glicemia alta.

Anche l'ambiente incide sulla salute: l'inquinamento atmosferico rappresenta il principale fattore di rischio ambientale, provocando circa 6,7 milioni di morti all'anno, di cui 5,7 milioni attribuibili a NCD come ictus, cardiopatie ischemiche, broncopneumopatia cronica ostruttiva e tumore ai polmoni.

Le NCD colpiscono in modo sproporzionato le persone che vivono in Paesi a basso e medio reddito, dove si registrano oltre 32 milioni di decessi, cioè più di tre quarti del totale globale. La povertà è strettamente legata alla vulnerabilità a queste malattie: chi vive in condizioni svantaggiate ha maggiori probabilità di essere esposto a comportamenti dannosi, come il fumo o una cattiva alimentazione, e minori possibilità di accedere a servizi sanitari di prevenzione, diagnosi e cura.

In Italia, nel corso degli anni, si è registrato un miglioramento delle condizioni di salute, testimoniato dall'aumento dell'aspettativa di vita, che mantiene il nostro Paese tra quelli con la più alta longevità in Europa. I progressi hanno coinvolto tutte le fasce di età e si sono tradotti anche in una riduzione della mortalità evitabile, grazie a stili di vita più sani. Tuttavia, a partire dal 2020, la pandemia di COVID-19 ha interrotto questa tendenza positiva, rappresentando una delle minacce sanitarie più gravi degli ultimi decenni. Ha colpito in modo particolarmente duro gli anziani e le persone fragili, ampliando le disuguaglianze sociali esistenti. A 5 anni dall'inizio dell'emergenza, la situazione generale si è in gran parte stabilizzata, ma persistono ancora effetti residui legati alla crisi sanitaria.

Per ridurre l'impatto delle NCD su individui e società, è necessario un approccio globale che coinvolga tutti i settori, dalla sanità alla finanza, dai trasporti all'istruzione, dall'agricoltura alla pianificazione territoriale, affinché collaborino per ridurre i rischi associati alle NCD e promuovere interventi di prevenzione e contrasto. Una significativa riduzione della mortalità per NCD richiede, inoltre, un sistema sanitario rafforzato, capace di offrire servizi efficaci per diagnosi, trattamento, riabilitazione e cure palliative, compreso il controllo dell'ipertensione, affiancato da politiche che agiscano in modo deciso sui fattori di rischio.

Il PNP 2020-2025, adottato con l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni nell'agosto 2020, pone al centro tra i suoi obiettivi la "riduzione del carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità legate alle NCD". Rappresenta lo strumento principale di pianificazione per gli interventi di prevenzione e promozione della salute sul territorio, mirando a garantire sia la salute individuale sia collettiva, oltre alla sostenibilità del SSN. Il Piano si basa su azioni fondate su evidenze di efficacia, equità e sostenibilità, accompagnando il cittadino in tutte

le fasi della vita, nei luoghi in cui vive e lavora.

Il PNP 2020-2025 contribuisce anche al raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, che affronta in modo integrato aspetti economici, sociali e ambientali per migliorare il benessere delle persone e lo sviluppo delle società, ponendo particolare attenzione al contrasto delle disuguaglianze di salute. L'Agenda riconosce le NCD come una sfida globale cruciale per lo sviluppo sostenibile e impegna i Paesi a ridurre entro il 2030 di un terzo la mortalità prematura da queste malattie, attraverso prevenzione e trattamento (Obiettivo 3.4 degli *Sustainable Development Goals*). Questo impegno deriva dalle riunioni ad alto livello dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sulle NCD del 2011 e 2014, che hanno ribadito il ruolo guida dell'OMS nel coordinare l'azione globale. Nel 2019, il *World Health Assembly* ha esteso al 2030 il Piano d'azione globale dell'OMS per la prevenzione e il controllo delle NCD, chiedendo una *Roadmap* 2023-2030 per accelerarne i progressi. Tale *Roadmap* sostiene il raggiungimento di nove obiettivi globali prioritari per la prevenzione e gestione delle NCD. In Italia, l'importanza di un monitoraggio epidemiologico costante nei confronti delle NCD e dei fattori di rischio per la salute è stata formalizzata dal quadro normativo dettato sia dal DPCM del 12 gennaio 2017 sui nuovi LEA (che inserisce la "Sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione" all'interno dei nuovi LEA relativamente all'area prevenzione collettiva e Sanità Pubblica) che dal DPCM del 3 marzo 2017 sui Registri e sorveglianze (che inserisce, ad esempio, il sistema di monitoraggio sull'alcol fra quelle a rilevanza nazionale).

La riduzione del 25% della mortalità prematura da NCD entro il 2025 rappresenta l'obiettivo finale di un'azione complessa, volta a definire basi comuni di intervento, sensibilizzare la popolazione e rafforzare le politiche nazionali e regionali dedicate. L'obiettivo è promuovere un'azione coordinata e globale per affrontare queste malattie invalidanti e mortali.

Le analisi proposte in questo Capitolo evidenziano le tendenze attuali riguardo a consumo di fumo, alcol, abitudini alimentari, sovrappeso e obesità, attività fisico-sportiva e sedentarietà. Il monitoraggio è essenziale perché per avviare i cambiamenti necessari è fondamentale un elevato livello di consapevolezza individuale e collettiva sui rischi legati a comportamenti non salutari, nonché sulla loro diffusione differenziata tra aree e gruppi di popolazione. I risultati mostrano segnali positivi e negativi, confermando l'efficacia delle strategie preventive se adeguatamente adottate. Permane, tuttavia, la necessità di proseguire e ampliare gli interventi di educazione alla salute o di introdurre nuove misure efficaci, per controllare la diffusione dei comportamenti a rischio e favorire l'accesso ai servizi di prevenzione, con particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili.

Fumo di tabacco

Significato. L'abitudine al fumo di tabacco continua a rappresentare una delle principali cause di morte evitabili. Anche per il 2025 nell'ambito della "Giornata mondiale senza tabacco" promossa dall'OMS si pone l'accento su un importante e decisivo aspetto che condiziona sempre più l'abitudine al fumo ossia la cura dell'immagine dei prodotti a base di nicotina. "Unmasking the appeal: Exposing industry tactics on tobacco and nicotine products" è il nuovo e attrattivo *slogan* della campagna di comunicazione. Si ribadisce l'importanza di focalizzare l'attenzione non solo sul singolo prodotto, ma sulla dipendenza dalla nicotina

in tutte le sue forme, contrastando le forme di *marketing* che mirano soprattutto ai più giovani proponendo: l'utilizzo di aromi e additivi che esaltano il gusto e mascherano l'asprezza del tabacco, l'utilizzo di *design* eleganti, imballaggi accattivanti e campagne sui *social media* e la progettazione ingannevole di prodotti che assomigliano a dolciumi, caramelle o giocattoli (1). I più recenti dati a livello mondiale riferiscono che sono 1,3 milioni di persone che muoiono perché esposte al fumo passivo e 8 milioni i decessi per fumo diretto ogni anno (2).

Prevalenza di persone per abitudine al fumo

Numeratore Persone di età 14 anni ed oltre per abitudine al fumo
 ----- x 100
 Denominatore Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 14 anni ed oltre

Validità e limiti. Riguardo l'abitudine al fumo, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana". Per l'indagine relativa al 2023, è stata adottata una tecnica mista di rilevazione, *Computer Assisted Web Interviewing/Computer Assisted Personal Interviewing/Paper And Pencil Interviewing*. L'indagine è condotta su un campione di circa 25.000 famiglie.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza dei fumatori può essere considerata in riferimento alla regione con il valore più basso.

Descrizione dei risultati

Nel 2023 sono poco meno di 10 milioni le persone di età 14 anni ed oltre fumatrici, pari al 19,3% della popolazione in questa fascia di età. Un dato sostanzialmente stabile, senza differenze significative negli ultimi anni dopo una diminuzione costante registrata nell'ultimo ventennio (era il 23,7% nel 2001); infatti, nel 2022 erano il 19,6% e nel 2021 erano il 19,0%. Uomini e donne mantengono un approccio tradizionalmente diverso rispetto all'abitudine al fumo: sono fumatori il 23,1% degli uomini (5 milioni 800 mila) rispetto al 15,7% delle donne (4 milioni 180 mila), sebbene la forbice si sia ridotta negli anni: nel 2001 era di 14,1 p.p. mentre nel 2023 è di 7,4 p.p. (Grafico 1). Differenze di genere ancora più marcate si registrano tra gli ex-fumatori: nel 2023 si registra il 19,3% delle donne vs il 29,9% degli uomini.

La Campania detiene, nel 2023, il primato della percentuale dei fumatori con il 21,4%, seguono Molise, Umbria e Sicilia con il 20,9% e Lombardia, Emilia-Romagna e Lazio con il 20,2%. Anche nel 2023 nella PA di Bolzano si registra la percentuale più bassa di

fumatori (12,9%), seguita dalla PA di Trento (15,2%), dalla Valle d'Aosta (15,6%) e dal Friuli-Venezia Giulia (16,1%). Nel 2023, inoltre, si assiste ad una diminuzione significativa di fumatori in Liguria (-3,4 p.p.), PA di Bolzano (-3,4 p.p.) e in Friuli-Venezia Giulia (-3,2 p.p.). Se si prende in considerazione l'ampiezza dei Comuni, nel 2023, non si conferma l'evidenza che i Comuni grandi, sia del centro sia della periferia dell'area metropolitana abbiano percentuali di fumatori più elevate rispetto ai Comuni di dimensioni inferiori. Infatti, nei centri più piccoli con meno di 2.000 abitanti si registra una percentuale di fumatori pari al 19,7%, mentre nei Comuni centro dell'area metropolitana la percentuale è pari al 20,5% e in quella della periferia è del 19,5%.

Nell'anno in esame, la prevalenza di ex-fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre subisce una lieve variazione significativa, +1,2 p.p. rispetto al 2022, ed è pari al 24,5% (negli anni precedenti il valore era pari al 23,3% nel 2022 e 24,0% nel 2021).

La prevalenza maggiore di ex-fumatori, nel 2023, si registra in Friuli-Venezia Giulia, capofila tra le regioni con il 27,4% della popolazione di età 14 anni ed oltre che si dichiara ex-fumatore. In generale, analizzando le regioni in termini di ripartizioni a cinque aree, le regioni del Nord-Ovest (25,5%), Nord-Est (26,3%) e Centro (25,1%) sono quelle con la più alta prevalenza di ex-fumatori, mentre le regioni del Sud e le Isole si confermano quelle in cui la prevalenza è più bassa (rispettivamente, 22,1% e 22,3%) (Tabella 1).

Nel corso del 2023, tra i fumatori, le fasce di età con le differenze più elevate rispetto al valore medio sono, per gli uomini quella dei giovani adulti tra i 25-44 anni: nella fascia di età 25-34 anni il 33,9% e tra i 35-44 anni il 30,9%. Tra le donne, pur mantenendo tassi

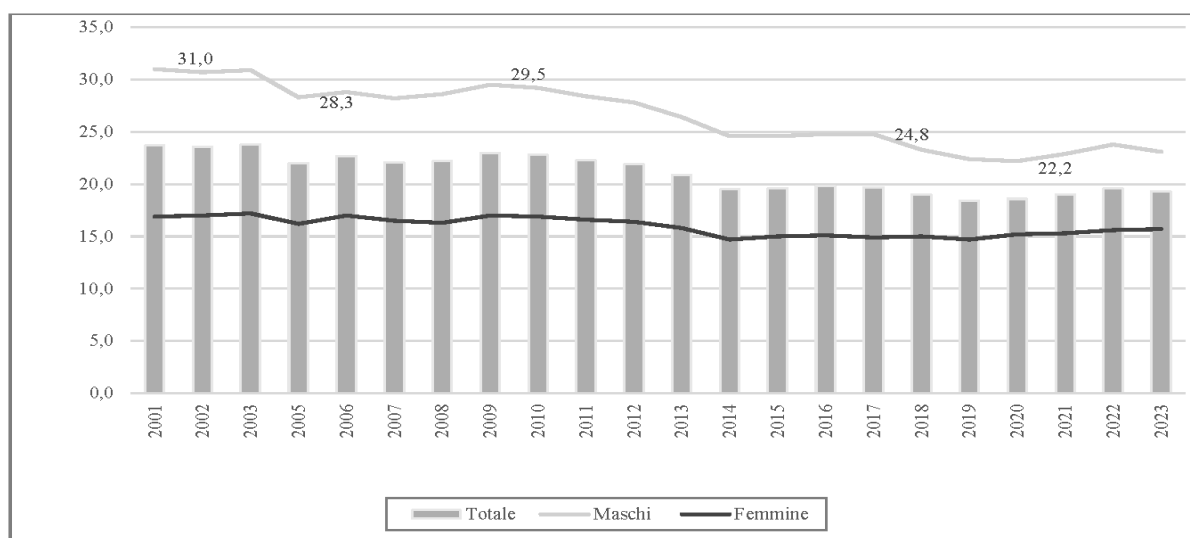
più bassi di abitudine al fumo, si registrano valori al di sopra della media dai 18 ai 64 anni.

Stabile il numero medio di sigarette fumate (11 sigarette al giorno). Si conferma, quindi, la diminuzione rispetto al 2003, anno nel quale erano 13,8 le sigarette fumate in media, anche se negli ultimi anni si osserva una sostanziale stabilità. Permane la differenza di genere, i più accaniti fumatori rimangono gli uomini

rispetto alle donne (12,0 sigarette vs 9,7 sigarette fumate in media).

Tra gli uomini nella classe di età 55-59 anni si concentrano i fumatori più “forti” con un picco di 14,1 sigarette fumate al giorno; le fumatrici che mostrano i valori più elevati in termini di numero di sigarette fumate in media appartengono alla fascia di età 60-64 anni: 11,8 sigarette (Tabella 2).

Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per genere - Anni 2001-2023



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori, ex-fumatori e non fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione, macroarea e densità abitativa - Anno 2023

Regioni/Macroaree/Densità abitativa	Fumatori	Ex-Fumatori	Non Fumatori
Piemonte	18,2	24,9	56,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15,6	25,8	57,9
Lombardia	20,2	25,8	53,3
Bolzano-Bozen	12,9	24,2	62,1
Trento	15,2	26,3	57,2
Veneto	17,6	25,4	56,0
Friuli-Venezia Giulia	16,1	27,4	55,3
Liguria	18,3	26,0	55,1
Emilia-Romagna	20,2	27,2	51,6
Toscana	18,5	25,9	55,1
Umbria	20,9	23,2	54,8
Marche	18,0	24,4	56,7
Lazio	20,2	25,0	54,0
Abruzzo	19,7	26,0	53,0
Molise	20,9	19,9	58,5
Campania	21,4	22,7	55,1
Puglia	17,6	21,8	59,5
Basilicata	20,1	23,1	55,7
Calabria	16,4	18,0	64,4
Sicilia	20,9	20,8	57,5
Sardegna	18,4	26,9	53,8
Italia	19,3	24,5	55,4
<i>Nord-Ovest</i>	<i>19,5</i>	<i>25,5</i>	<i>54,3</i>
<i>Nord-Est</i>	<i>18,1</i>	<i>26,3</i>	<i>54,6</i>
<i>Centro</i>	<i>19,4</i>	<i>25,1</i>	<i>54,8</i>
<i>Sud</i>	<i>19,4</i>	<i>22,1</i>	<i>57,6</i>
<i>Isole</i>	<i>20,3</i>	<i>22,3</i>	<i>56,5</i>
Comune centro dell'area metropolitana	20,5	25,6	53,1
Periferia dell'area metropolitana	19,5	25,2	54,2
Fino a 2.000 ab	19,7	23,9	55,3
Da 2.001 a 10.000 ab	19,4	24,0	55,8
Da 10.001 a 50.000 ab	18,5	23,6	57,0
50.001+ ab	18,8	24,9	55,7

Nota: il totale per riga non fa 100 perché vi è una quota residuale di “non indicato”.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Prevalenza (valori per 100) di fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione. Anno 2023

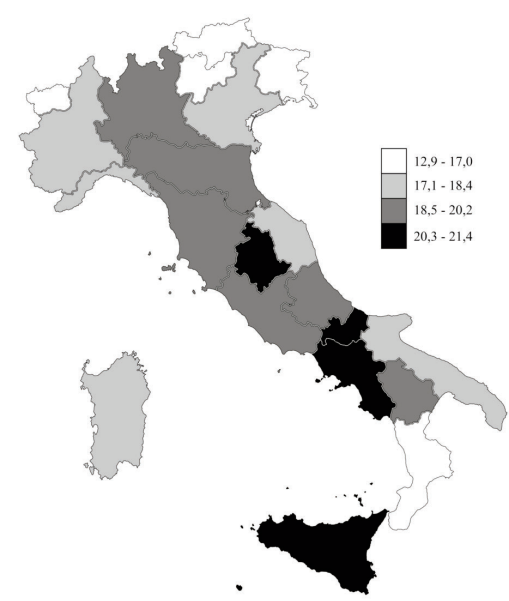


Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di fumatori ed ex-fumatori e numero medio (valori assoluti) di sigarette fumate al giorno per genere e classe di età - Anno 2023

Classi di età	Maschi			Femmine			Totale		
	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*	Fumatori	Ex-fumatori	N medio sigarette al giorno*
14-17	5,8	2,6	6,9	4,8	4,0	4,7	5,3	3,3	6,0
18-19	17,9	6,8	8,6	18,1	6,9	7,9	18,0	6,8	8,2
20-24	29,4	11,0	9,0	20,8	8,0	7,3	25,2	9,5	8,3
25-34	33,9	16,4	10,6	19,6	16,7	8,5	26,9	16,5	9,8
35-44	30,9	24,8	11,6	19,2	21,0	9,8	25,1	22,9	10,9
45-54	28,3	27,5	13,6	18,9	18,4	10,0	23,6	22,9	12,1
55-59	23,2	32,1	14,1	19,6	23,0	10,7	21,4	27,4	12,5
60-64	19,7	37,6	13,6	19,6	26,6	11,8	19,7	32,0	12,7
65-74	18,0	46,7	13,0	13,4	26,4	10,1	15,6	36,2	11,6
75+	6,5	54,1	10,3	4,8	18,5	10,0	5,5	32,9	10,1
Totale	23,1	29,9	12,0	15,7	19,3	9,7	19,3	24,5	11,0

*Media calcolata sui fumatori di sigarette.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'OMS, il Ministero della Salute e l'ISS continuano a incentivare le azioni, da parte dei Governi nazionali, proposte dal *Monitoring, Protect, Offer, Warn, Enforce and Raise* (3), un metodo pratico che si compone di sei azioni volte alla riduzione del consumo di tabacco. Necessarie appaiono le azioni di monitoraggio messe in atto dall'ISS (3, 4), dal Ministero della Salute (5) e dall'Istat (6), nonché le attività di supporto alle persone che vogliono smettere di fumare.

La tematica proposta dall'OMS per il 2025 “Giù la maschera: ecco i trucchi dell'industria per rendere attraenti tabacco e nicotina” ha messo in evidenza l'importanza di contrastare le tecniche di *marketing* dalle industrie del tabacco, della nicotina e altre industrie correlate, per rendere attraenti i loro prodotti soprattutto per i bambini e i giovani. Le tattiche più diffuse includono un design elegante, colorato e accattivante, aromi e additivi che rendono i prodotti attraenti, mascherano il sapore aspro e modificano l'odore. Il PNP 2020-2025 prevede che le Regioni siano chiamate a promuovere l'adozione consapevole di uno stile di vita sano e attivo in tutte le età, sviluppando programmi di contrasto al consumo dei prodotti del

tabacco e con nicotina condivisi tra i servizi sanitari e socio-sanitari, Istituzioni educative e datori di lavoro, attivando reti e comunità locali (7).

Anche l'individuazione dei *target* più fragili, come i giovani, attraverso la realizzazione di indagini *ad hoc*, è fondamentale nelle strategie di contrasto al consumo di tabacco (8).

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito: www.who.int/campaigns/world-no-tobacco-day/2025.
- (2) Disponibile sul sito: www.who.int/publications/i/item/9789240112063.
- (3) Disponibile sul sito: www.who.int/initiatives/mpower.
- (4) Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo.
- (5) Disponibile sul sito: www.iss.it/tabacco-sigarette-elettroniche/-/asset_publisher/8RGFP0hES89P/content/guida-smetto-di-fumare.
- (6) Disponibile sul sito: https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1_Z0810HEA,1.0/HEA_STYLE/HEA_STYLE_SMOK.
- (7) Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/prevenzione/homePrevenzione.jsp.
- (8) GYTS. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/31-maggio-2025-giornata-mondiale-senza-tabacco/15.pdf.

Sigaretta elettronica e prodotti a tabacco riscaldato

Significato. La sigaretta elettronica rappresenta un fenomeno che coinvolge una porzione limitata della popolazione che cresce molto lentamente nel tempo. Negli ultimi anni, oltre alle sigarette elettroniche (con ricariche con o senza nicotina) sono stati proposti sul mercato nuovi prodotti a tabacco riscaldato non bruciato (*Hnb*), mini-sigarette o capsule riscaldate da appositi dispositivi a temperature più basse di quelle raggiunte nelle sigarette convenzionali. Questi pro-

dotti sono presentati, tuttavia, come coadiuvanti all'abbandono dell'uso della sigaretta tradizionale, ma si è evidenziato che tre utilizzatori su quattro consumano sia la sigaretta tradizionale sia le sigarette elettroniche e/o l'*Hnb* (1). Attraverso l'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" l'Istat ha iniziato dal 2014 a rilevare l'uso della sigaretta elettronica e, dal 2021, quello dei prodotti a tabacco riscaldato (2).

Prevalenza di persone per abitudine all'uso della sigaretta elettronica

Numeratore	Persone di età 14 anni ed oltre per abitudine all'uso della sigaretta elettronica
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 14 anni ed oltre

x 100

Prevalenza di persone per abitudine all'uso dei prodotti a tabacco riscaldato

Numeratore	Persone di età 14 anni ed oltre per abitudine all'uso dei prodotti a tabacco riscaldato
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 14 anni ed oltre

x 100

Validità e limiti. Riguardo l'abitudine al fumo, sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana". Per l'indagine relativa al 2023, è stata adottata una tecnica mista di rilevazione, *Computer Assisted Web Interviewing/Computer Assisted Personal Interviewing/Paper And Pencil Interviewing*. L'indagine è condotta su un campione di circa 25.000 famiglie.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza degli utilizzatori di sigaretta elettronica e dei prodotti a tabacco riscaldato *Hnb* può essere considerata in riferimento alla regione con il valore più basso.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, il 4,8% delle persone di età 14 anni ed oltre (circa 2 milioni e mezzo) ha dichiarato di utilizzare la sigaretta elettronica. Così come accade per il fumo tradizionale di sigarette, anche in questo caso gli uomini mostrano una propensione maggiore: risultano fumatori di *e-cig* il 5,4% degli uomini vs il 4,2% delle donne.

Nel 2014, il primo anno nel quale l'Istat ha cominciato a rilevare l'uso di questi dispositivi, gli utilizzatori di età 14 anni ed oltre erano circa 800 mila. Via via nel tempo si è assistito a un aumento, specialmente a partire dal 2017, fino ad arrivare nel 2023 a quasi 2 milioni e mezzo.

La sigaretta elettronica è utilizzata soprattutto tra gli uomini di età 25-44 anni (9,5%) e quelli tra i 45-64 anni (11,0%). Nelle stesse fasce di età si manifestano le prevalenze maggiori tra le donne: 9,1% tra i 45-64

anni e 7,3% tra i 25-44 anni. Tra i giovani sotto i 24 anni l'uso dell'*e-cig* è diffuso in ugual misura così come tra gli *over 65enni* sebbene in misura inferiore (Grafico 1).

L'analisi territoriale mostra ai primi posti l'Abruzzo (6,2%), il Molise (6,1%) e il Lazio (5,9%) per la prevalenza di utilizzatori di *e-cig*, con tassi raddoppiati rispetto al 2021. Appaiono non affezionati all'uso di questo dispositivo gli abitanti della PA di Bolzano (1,3%), della Valle d'Aosta (2,2%) e della PA di Trento (2,5%) (Grafico 2). Se si guardano le ripartizioni geografiche, l'uso della sigaretta elettronica risulta più diffuso nel Centro (5,3%) e supera la media nazionale. Si manifesta nel 2023 una maggiore diffusione di questa tipologia di consumo nei centri delle aree metropolitane (6,1%) e delle loro periferie (5,1%) rispetto ai centri di piccole dimensioni (sotto i 2000 abitanti il tasso è pari al 3,8%) (Tabella 1).

Nel 2023 la quota di consumatori di prodotti a tabacco riscaldato non bruciato (*Hnb*) è pari al 3,3%, un livello lievemente più basso rispetto alla percentuale degli utilizzatori di sigaretta elettronica.

L'analisi territoriale evidenzia come nelle regioni del Centro i prodotti a tabacco riscaldato si stiano diffondendo maggiormente (4,5%) rispetto alle regioni del Nord (3,6%) e del Meridione (3,4%).

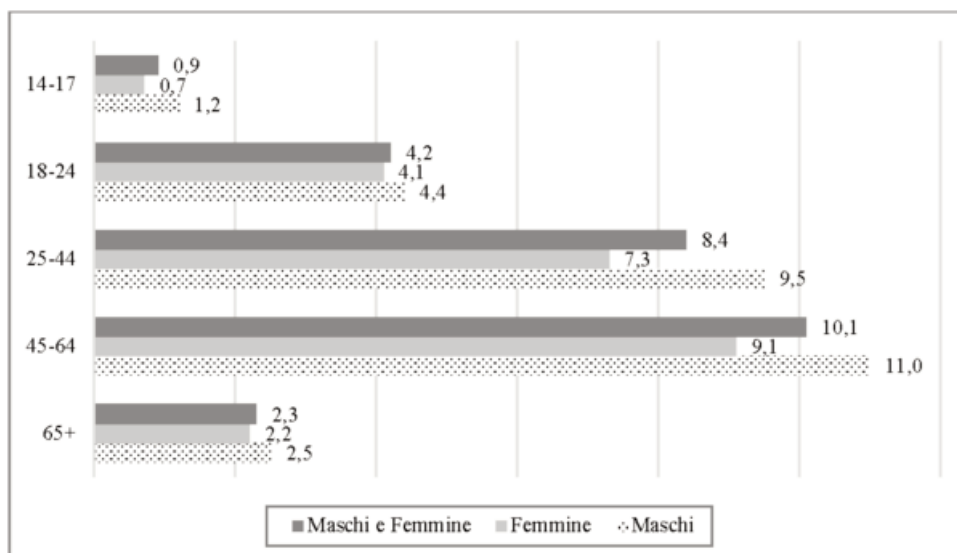
Si tratta, comunque, di prodotti di nuova generazione che coinvolgono prevalentemente i più giovani: dichiara di utilizzarli il 9,6% delle persone di età compresa tra i 18-24 anni.

Se sul totale della popolazione di età 14 anni ed oltre si osservano differenze di genere in favore delle don-

ne in tutte le classi di età e in misura più netta tra i giovani utilizzatori di età 18-24 anni: le ragazze toccano

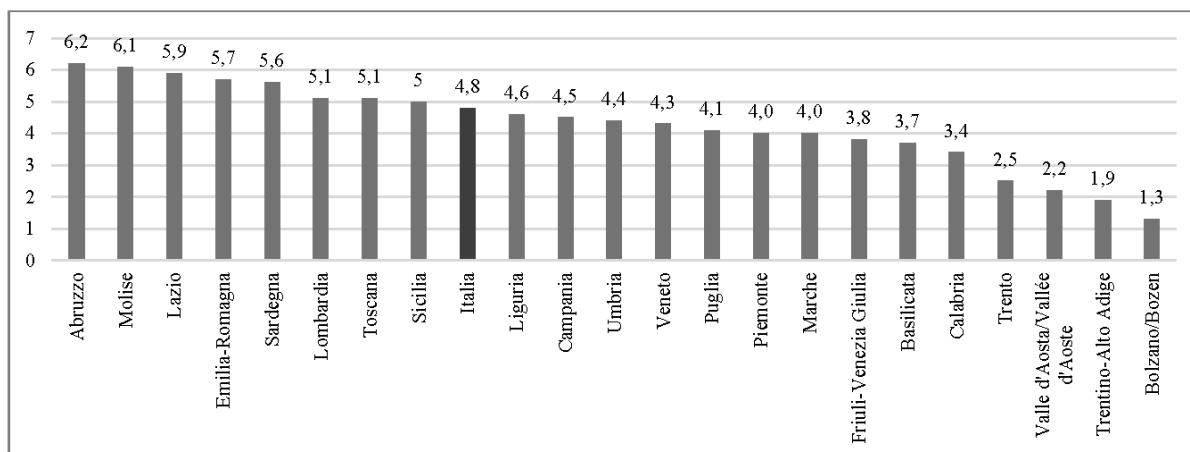
una quota più elevata pari all'11,8% vs il 7,4% dei ragazzi (Grafico 3).

Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 14 anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per genere e classe di età - Anno 2023



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 14anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per regione - Anno 2023



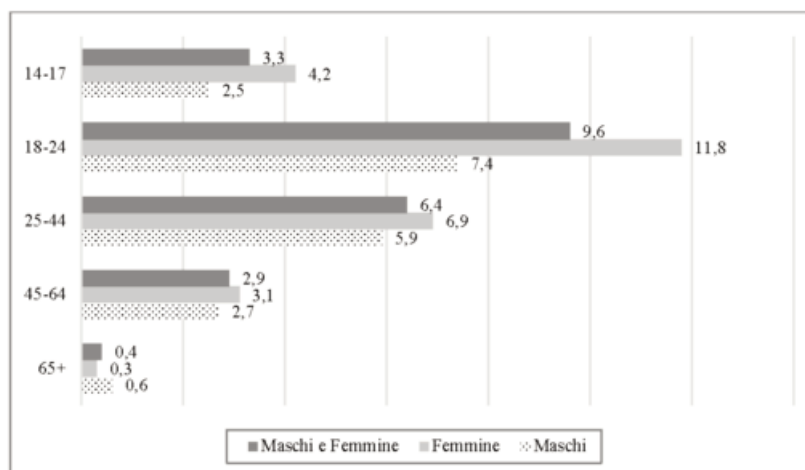
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 14 anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per macroarea e densità abitativa - Anno 2023

Macroaree/Densità abitativa	Fumatori sigaretta elettronica
Nord	4,6
Centro	5,3
Sud ed Isole	4,6
Italia	4,8
Comune centro dell'area metropolitana	6,1
Periferia dell'area metropolitana	5,1
Fino a 2.000 ab	3,8
Da 2.001 a 10.000 ab	4,5
Da 10.001 a 50.000 ab	4,3
50.001+ ab	4,7

Nota: il totale per riga non fa 100 perché vi è una quota residuale di “non indicato”.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Grafico 3 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 14 anni ed oltre utilizzatrici di prodotti a tabacco riscaldato Hnb per genere e classe di età - Anno 2023

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Ad aprile 2021 è stato pubblicato il parere finale del Comitato scientifico della Commissione europea, che valuta i rischi sanitari emergenti (*Scientific Committee on Health, Environmental and Emerging Risks*) sugli effetti sulla salute e la dimensione di salute pubblica delle sigarette elettroniche. Si riscontrano elementi che avvalorano l'esistenza di moderati rischi di insorgenza di problemi respiratori e cardiovascolari e rischi di sviluppo di patologie oncologiche. Inoltre, appaiono scarse le prove che l'uso delle sigarette elettroniche aiuti i fumatori a smettere di fumare (3, 4). L'OMS invita i Paesi a includere la regolamentazione delle sigarette elettroniche nell'ambito di un approccio globale al controllo del tabacco, che prevede l'aumento delle accise sul tabacco, i divieti di pubblicità, promozione e sponsorizzazione del tabacco, avvertenze sanitarie, aree senza fumo e campagne sui mass media (5). Tra le varie iniziative il PNP 2020-2025 fornisce indicazioni che le Regioni stanno attuando attraverso i Piani Regionali di Prevenzione come i

Programmi Predefiniti PP01 “Scuole che Promuovono Salute” e PP04 “Dipendenze”, programmi che supportano le scuole per promuovere la conoscenza e la formazione sui corretti stili di vita, via principale di contrasto alle dipendenze.

Riferimenti bibliografici

- (1) ISS, CS N°31/2021 - Fumo: durante la pandemia 1,2 milioni di fumatori in più, contributo negativo delle e-cig e dei prodotti a tabacco riscaldato.
- (2) Istat, gennaio 2021, Sigaretta elettronica e prodotti a tabacco riscaldato, un consumo in lento aumento. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/279457.
- (3) WHO report on the global tobacco epidemic, 2022. Geneva: World Health Organization, 2022.
- (4) Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/scientific_committees/scheer/docs/scheer_o_017.pdf.
- (5) Disponibile sul sito: www.tabaccoendgame.it/news/oms-sulle-sigarette-elettroniche-2-quali-rischi-per-la-salute-domande-e-risposte.
- (6) Disponibile sul sito: <https://smettodifumare.iss.it/publiccaf/Files/Opuscolo%20Tabacco%20e%20nicotina%20epidemia%20per%20la%20salute.pdf>.

Consumo di alcol

Significato. Il consumo di alcol costituisce un fattore di rischio rilevante per numerose patologie (1) e ha conseguenze significative anche sul piano sociale. È, infatti, associato a malattie croniche, infortuni, disturbi psichici e comportamentali, patologie gastrointestinali e immunologiche, infertilità, problemi perinatali e vari tipi di cancro (2). Inoltre, può avere un ruolo rilevante nel verificarsi di incidenti stradali, infortuni sul lavoro ed episodi di violenza (3). L'impatto dell'alcol, quindi, va oltre la salute individuale, influenzando negativamente l'intera collettività.

L'alcol rappresenta il quinto principale fattore di rischio per il carico globale di malattie. Nel 2019, il suo consumo è stato responsabile di circa 2,6 milioni di morti nel mondo, pari al 4,7% di tutti i decessi registrati in quell'anno. Secondo le stime dell'OMS, circa 400 milioni di persone, ovvero il 7% della popolazione mondiale di età ≥ 15 anni, soffrono di disturbi legati all'uso di alcol. Tra questi, circa 209 milioni (il 3,7% degli adulti a livello globale) vivono con una vera e propria dipendenza (4).

In Italia, le abitudini di consumo hanno subito profondi cambiamenti: si è passati da un uso moderato e quotidiano di vino ai pasti a modelli più simili a quelli del

Nord-Europa, caratterizzati da un consumo meno regolare, spesso concentrato nel fine settimana e associato a birra e superalcolici. Questo tipo di consumo avviene frequentemente fuori dai pasti e può includere episodi di eccesso e ubriacature.

Per l'analisi dei comportamenti di consumo di bevande alcoliche, oltre al consumo complessivo nell'anno e a specifiche modalità di assunzione (consumo giornaliero, occasionale e fuori pasto), viene utilizzato un indicatore di sintesi per valutare il rischio legato al consumo che si basa sia sulle quantità assunte, sia sulle modalità di consumo (5). Secondo le Linee Guida, il consumo dovrebbe essere evitato sotto i 18 anni; per le donne adulte e gli anziani (oltre i 65 anni) non dovrebbe superare 1 Unità Alcolica (UA¹=12 grammi di alcol puro) al giorno, mentre per gli uomini adulti il limite è di 2 UA, indipendentemente dal tipo di bevanda. Un altro comportamento particolarmente rischioso è il consumo episodico eccessivo (*binge drinking*) (5). L'indicatore identifica come consumatori a rischio coloro che si caratterizzano per almeno una delle due forme di consumo a rischio: il superamento abituale dei limiti raccomandati o il *binge drinking*.

Consumo di bevande alcoliche nell'anno

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Persone di età 11 anni ed oltre che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno}}{\text{Popolazione di età 11 anni ed oltre}} \times 100$$

Consumo di bevande alcoliche giornaliero

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Persone di età 11 anni ed oltre che consumano giornalmente almeno una bevanda alcolica}}{\text{Popolazione di età 11 anni ed oltre}} \times 100$$

Consumo di bevande alcoliche occasionale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Persone di età 11 anni ed oltre che consumano occasionalmente almeno una bevanda alcolica}}{\text{Popolazione di età 11 anni ed oltre}} \times 100$$

Consumo di bevande alcoliche fuori pasto

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Persone di età 11 anni ed oltre che consumano fuori pasto almeno una bevanda alcolica}}{\text{Popolazione di età 11 anni ed oltre}} \times 100$$

¹Una Unità Alcolica contiene circa 12 grammi di alcol e corrisponde ad un bicchiere di vino da 125 ml a 12° oppure una lattina di birra da 330 ml a 5° o un aperitivo alcolico da 80 ml a 18° o, infine, un cocktail alcolico da 40 ml a 36°.

Consumo di bevande alcoliche abituale eccedentario

Numeratore	Persone di età 11 anni ed oltre che superano le quantità raccomandate nel consumo di alcol ²	
Denominatore	Popolazione di età 11 anni ed oltre	x 100

Binge drinking

Numeratore	Persone di età 11 anni ed oltre che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione di età 11 anni ed oltre	x 100

Almeno un comportamento di consumo di bevande alcoliche a rischio

Numeratore	Persone di età 11 anni ed oltre che superano le quantità raccomandate nel consumo di alcol ² o che dichiarano di aver consumato più di 6 UA, anche diverse, in un'unica occasione	
Denominatore	Popolazione di età 11 anni ed oltre	x 100

Validità e limiti. Gli indicatori proposti sono stati calcolati utilizzando i dati rilevati nell'ambito dell'indagine Multiscopo Istat "Aspetti della vita quotidiana", condotta annualmente su un campione di circa 20.000 famiglie, per un totale di oltre 42.000 individui.

Il questionario che rileva le informazioni sul consumo di bevande alcoliche viene auto-compilato dai membri delle famiglie rispondenti³ ed è, quindi, verosimile che il fenomeno sia sottostimato a causa del timore a rispondere a quesiti su comportamenti socialmente stigmatizzati.

Alcuni degli indicatori sopra descritti sono utilizzati in sistemi di monitoraggio formali istituzionali (4); inoltre, vengono utilizzati nella predisposizione della Relazione Alcol al Parlamento del Ministero della Salute (6) e costituiscono indicatori core del dominio salute nel progetto Istat BES (7) e del *Goal 3* degli *Sustainable Development Goals* (8).

Valore di riferimento/Benchmark. Tenendo in considerazione le indicazioni di salute pubblica nazionali e internazionali, il valore di riferimento degli indicatori auspicabile dovrebbe essere 0; ciò nonostante, al fine di evidenziare le situazioni con maggiori criticità, si considera come valore di riferimento il valore medio nazionale rilevato per gli indicatori considerati.

Descrizione dei risultati**Quadro generale**

Nel 2023 è pari al 67,3% la quota di persone di 11 anni ed oltre che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno (pari a 35 milioni 939 mila persone) (6). La quota di consumatori di alcol nell'anno

è significativamente più alta tra gli uomini rispetto alle donne: il 77,5% vs il 57,6%. Tuttavia, nel corso del tempo si è osservata una progressiva riduzione del divario di genere. Questo cambiamento è attribuibile ad una sostanziale stabilità registrata tra gli uomini, mentre tra le donne i livelli di consumo rispetto a 10 anni fa sono aumentati (la quota tra le donne era pari a 51,2% nel 2013). Tale aumento ha riguardato quasi tutte le fasce di età, ma è stato particolarmente marcato tra le giovani adulte di età 18-44 anni (Tabella 1). Nel corso del tempo si assiste, inoltre, da una parte alla riduzione del consumo giornaliero (dal 22,7% al 18,4%) e, dall'altra all'aumento del consumo occasionale (dal 41,2% al 48,9%) e di quello fuori dai pasti (dal 25,8% al 32,4%).

Il consumo di alcol nell'anno risulta più diffuso nelle regioni del Nord (69,1%), con una prevalenza ancora più marcata tra gli uomini, dove si raggiunge il 78,3%. Le percentuali più elevate si registrano in Valle d'Aosta (73,1%), PA di Bolzano (71,5%), Emilia-Romagna (71,1%), Friuli-Venezia Giulia (70,9%) e Veneto (70,5%) (Tabella 2).

Per quanto riguarda il consumo giornaliero, le percentuali più alte si riscontrano non solo nel Nord, ma anche in alcune regioni del Centro e in Molise, con valori in diversi casi superiori al 20%. Le regioni con le prevalenze più alte sono Piemonte (23,1%), Toscana (23,0%), Molise (22,9%), Valle d'Aosta (22,1%) e Umbria (21,1%).

Il consumo occasionale di alcol raggiunge il valore più elevato nella PA di Bolzano, dove tocca il 57,1%. Seguono, seppur con percentuali leggermente inferiori, altre regioni principalmente del Nord come Valle

²Il consumo che eccede: 2 unità alcoliche al giorno per l'uomo; 1 unità alcolica al giorno per la donna; 1 unità alcolica al giorno per gli anziani di 65 anni ed oltre; il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno per i giovani al di sotto dei 18 anni.

³I quesiti relativi al consumo di alcol sono rivolti a tutte le persone di età 11 anni ed oltre. Per i ragazzi tra gli 11-13 anni è prevista una modalità di compilazione "proxy", in cui un genitore o un altro adulto della famiglia risponde al posto loro. Tuttavia, vista la rilevanza dei temi trattati, le famiglie sono invitate a coinvolgere direttamente anche i ragazzi di questa fascia di età nella compilazione del questionario.

d'Aosta, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e PA di Trento, ma anche alcune regioni del Mezzogiorno, come Calabria, Sicilia e Abruzzo.

Infine, il consumo fuori pasto è particolarmente diffuso nelle regioni settentrionali, con le prevalenze più alte nella PA di Bolzano (50,7%), Valle d'Aosta (47,0%), Friuli-Venezia Giulia (46,3%), PA di Trento (44,2%) e Veneto (42,3%).

Consumatori a rischio

Nel 2023, sono poco più di 8 milioni le persone di età 11 anni ed oltre con almeno un comportamento di consumo di alcol a rischio (pari al 15% della popolazione) (7, 9). La prevalenza differisce nettamente tra uomini e donne (21,2% vs 9,2%). Analizzando le diverse tipologie di consumo a rischio si osserva come il consumo abituale eccedentario interessi l'8,8% della popolazione (12,2% uomini; 5,5% donne), mentre il *binge drinking* riguarda il 7,8% (11,3% uomini; 4,5% donne).

I comportamenti non moderati sono più frequenti tra gli ultra-65enni (18,1% complessivamente, con una prevalenza del 30,2% tra gli uomini e dell'8,5% tra le donne), tra gli adolescenti di 11-17 anni (15,7%, con 17,8% uomini e 13,3% donne) e tra i giovani e adulti fino a 44 anni (15,5%, 20,5% e 10,5%, rispettivamente) (Tabella 3).

I giovani rappresentano un altro gruppo ad elevato rischio. Nonostante le raccomandazioni internazionali e le normative nazionali che vietano il consumo e la vendita di alcolici ai minori di 18 anni, nel 2023 il 15,7% degli adolescenti di età 11-17 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica durante l'anno. Di questi, il 2,8% presenta abitudini di consumo particolarmente rischiose, quali consumo giornaliero, *binge drinking* o consumo fuori pasto settimanale, mentre il 12,9% ha un consumo più occasionale (dati non presenti in tabella). Questi dati evidenziano la necessità di rafforzare interventi mirati alla prevenzione nelle fasce giovanili.

L'analisi dell'andamento a partire dal 2003 evidenzia una dinamica diversa tra le due principali forme di

consumo a rischio. Da un lato, il consumo abituale eccedentario ha mostrato una netta diminuzione nel tempo, passando dal 16,9% del 2003 a valori progressivamente più bassi negli anni successivi. Dall'altro, il *binge drinking* ha registrato un lieve aumento rispetto al 2003, quando riguardava il 7% della popolazione. Tali andamenti mettono in luce ancora una volta i cambiamenti nelle modalità di consumo registrati negli ultimi 20 anni.

La relazione tra consumo a rischio e livello di istruzione si differenzia, invece, sia rispetto alla tipologia di comportamento e sia rispetto all'età. Tra gli adulti di 25-64 anni, le ubriacature sono più frequenti tra le persone con titoli di studio elevati (12,5% laurea o più vs 7,7% con licenza media inferiore), mentre il consumo abituale eccedentario prevale tra chi ha titoli di studio più bassi (6,7% vs 3,7%). Tra gli ultra 64enni, invece, le prevalenze di consumo a rischio sono sempre più alte tra i più istruiti (dati non presenti in tabella).

Dal punto di vista geografico, le prevalenze di consumo di alcol a rischio risultano più elevate nel Nord, in particolare nel Nord-Est (18,4%), rispetto al Centro (14,6%) e al Mezzogiorno (11,9%). Negli ultimi 20 anni si è registrata una riduzione proporzionalmente più marcata nelle regioni meridionali e insulari, contribuendo così ad ampliare le differenze territoriali già esistenti.

Analizzando le due principali componenti del consumo a rischio, il consumo abituale eccedentario e il *binge drinking*, emerge una distribuzione territoriale in larga parte simile a quella complessiva dei comportamenti a rischio. Tuttavia, alcune regioni presentano dinamiche differenziate: Toscana, Umbria, Basilicata, Liguria e Campania, ad esempio, mostrano valori superiori alla media nazionale per il consumo abituale eccedentario, ma si collocano al di sotto della media per il *binge drinking*. Al contrario, le PA di Bolzano e Trento, insieme a Sardegna e Abruzzo, si distinguono per livelli elevati di *binge drinking*, ma registrano consumi abituali eccedentari decisamente più contenuti.

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori di bevande alcoliche nell'anno, tutti i giorni, occasionalmente e fuori pasto per classe di età e genere - Anni 2013, 2023

Consumo di bevande alcoliche	11-17		18-24		25-44		45-64		65 ed oltre		Totale	
	2013	2023	2013	2023	2013	2023	2013	2023	2013	2023	2013	2023
<i>Maschi</i>												
Nell'anno	23,7	17,8	77,0	75,4	83,1	84,1	84,6	84,6	79,0	81,2	77,5	77,5
Tutti i giorni	0,8	1,1	13,9	8,4	27,6	18,4	42,9	31,4	52,6	44,3	34,4	26,9
Occasionalmente	22,9	16,7	63,2	67,0	55,5	65,6	41,7	53,1	26,4	36,9	43,1	50,7
Fuori pasto	10,9	6,8	50,6	50,0	48,4	56,8	35,8	44,0	23,4	29,3	36,4	41,3
<i>Femmine</i>												
Nell'anno	17,1	13,3	58,7	67,9	58,8	68,9	55,5	62,5	44,0	50,2	51,2	57,6
Tutti i giorni	0,4	0,5	3,6	2,9	7,2	6,5	14,7	11,0	18,7	16,9	11,8	10,3
Occasionalmente	16,7	12,8	55,1	65,0	51,6	62,4	40,8	51,5	25,2	33,3	39,5	47,3
Fuori pasto	7,2	5,6	37,4	42,5	23,9	40,8	13,2	23,4	5,6	9,9	15,8	23,9
Totale												
Nell'anno	20,6	15,7	68,0	71,7	71,0	76,6	69,7	73,4	59,1	63,9	63,9	67,3
Tutti i giorni	0,6	0,8	8,8	5,7	17,4	12,5	28,5	21,1	33,3	29,0	22,7	18,4
Occasionalmente	20,0	14,9	59,2	66,0	53,6	64,1	41,2	52,3	25,7	34,9	41,2	48,9
Fuori pasto	9,1	6,2	44,1	46,3	36,1	48,9	24,2	33,5	13,3	18,5	25,8	32,4

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2025.

Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di consumatori di bevande alcoliche nell'anno, tutti i giorni, occasionalmente e fuori pasto per genere e regione - Anno 2023

Regioni	Consumo nell'anno			Consumo giornaliero			Consumo occasionale			Consumo fuori pasto		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Piemonte	78,7	60,0	69,1	33,4	13,3	23,1	45,3	46,7	46,0	44,4	23,6	33,7
Valle d'Aosta	80,8	65,7	73,1	33,4	11,3	22,1	47,4	54,4	51,0	55,7	38,6	47,0
Lombardia	78,3	56,8	67,3	26,0	10,9	18,3	52,3	45,9	49,1	47,4	27,7	37,4
Bolzano-Bozen	79,2	64,1	71,5	20,9	8,1	14,4	58,3	56,0	57,1	61,2	40,6	50,7
Trento	74,5	60,7	67,5	24,5	9,4	16,9	50,0	51,3	50,6	56,8	32,1	44,2
Veneto	77,7	63,6	70,5	28,6	10,8	19,5	49,1	52,8	51,0	50,7	34,3	42,3
Friuli-Venezia Giulia	80,2	62,0	70,9	28,7	11,8	20,0	51,5	50,2	50,8	59,3	33,9	46,3
Liguria	75,1	62,1	68,3	26,8	14,0	20,1	48,3	48,1	48,2	41,8	27,0	34,1
Emilia-Romagna	79,7	63,0	71,1	28,2	13,1	20,4	51,5	50,0	50,7	45,4	29,3	37,1
Toscana	78,0	61,4	69,5	30,5	15,9	23,0	47,6	45,6	46,5	40,5	25,8	32,9
Umbria	80,4	58,2	69,0	32,3	10,5	21,1	48,1	47,8	47,9	38,4	24,9	31,4
Marche	75,4	59,2	67,1	28,0	10,6	19,1	47,4	48,6	48,0	35,8	22,3	28,9
Lazio	76,0	58,6	67,0	24,0	8,9	16,2	52,0	49,7	50,8	34,8	23,4	28,9
Abruzzo	82,4	57,4	69,5	29,7	10,1	19,6	52,7	47,3	49,9	43,6	23,9	33,4
Molise	82,8	57,7	70,0	35,7	10,5	22,9	47,1	47,2	47,1	45,1	19,4	32,0
Campania	77,3	52,4	64,5	25,3	8,2	16,5	52,1	44,2	48,0	31,7	14,3	22,8
Puglia	74,6	53,4	63,6	27,0	9,9	18,2	47,6	43,5	45,4	33,9	17,1	25,2
Basilicata	75,8	48,3	61,8	28,4	10,2	19,2	47,3	38,1	42,6	35,1	17,1	26,0
Calabria	82,2	53,9	67,6	26,7	5,6	15,8	55,5	48,2	51,7	37,8	13,7	25,4
Sicilia	75,2	51,5	63,0	20,0	5,4	12,5	55,2	46,1	50,5	29,7	16,5	22,9
Sardegna	74,0	52,0	62,7	26,8	6,6	16,4	47,2	45,4	46,3	47,4	21,3	34,0
Italia	77,5	57,6	67,3	26,9	10,3	18,4	50,7	47,3	48,9	41,3	23,9	32,4

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2025.

Tabella 3 - Persone (valori per 100) di età 11 anni ed oltre per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche per genere e classe di età - Anno 2023

Classi di età	Almeno un comportamento di consumo a rischio			Consumo abituale eccedentario			Binge drinking		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
11-17*	17,8	13,3	15,7	17,8	13,3	15,7	1,7	2,1	1,9
18-24	20,1	11,2	15,7	2,7	1,5	2,1	18,7	10,1	14,5
25-44	20,5	10,4	15,5	4,8	3,2	4,0	18,2	8,2	13,3
45-64	16,5	7,7	12,0	7,6	4,9	6,2	11,4	3,5	7,4
65+	30,2	8,5	18,1	28,3	7,4	16,7	4,4	1,6	2,8
Totale	21,2	9,2	15,0	12,2	5,5	8,8	11,3	4,5	7,8

*Per le persone di età 11-17 anni si considera a rischio il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno; quindi, i consumatori con almeno un comportamento a rischio coincidono con i consumatori nell'anno.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2025.

Tabella 4 - Persone (valori per 100) di età 11 anni ed oltre per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche per genere e regione - Anno 2023

Regioni	Almeno un comportamento di consumo a rischio			Consumo abituale eccedentario			Binge drinking		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Piemonte	27,9	11,0	19,2	16,7	7,2	11,8	14,8	4,8	9,7
Valle d'Aosta	33,2	14,5	23,7	18,9	9,3	14,0	20,9	7,0	13,8
Lombardia	22,1	10,4	16,1	11,8	6,0	8,8	12,3	5,5	8,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>29,9</i>	<i>13,0</i>	<i>21,2</i>	<i>9,2</i>	<i>4,9</i>	<i>7,0</i>	<i>24,2</i>	<i>9,2</i>	<i>16,5</i>
<i>Trento</i>	<i>22,4</i>	<i>9,4</i>	<i>15,8</i>	<i>11,0</i>	<i>4,0</i>	<i>7,5</i>	<i>13,3</i>	<i>6,2</i>	<i>9,7</i>
Veneto	27,0	11,1	18,9	13,6	5,5	9,5	15,8	6,6	11,1
Friuli-Venezia Giulia	28,7	10,5	19,4	14,1	5,5	9,7	17,9	6,3	11,9
Liguria	19,2	9,9	14,3	11,6	6,7	9,1	9,3	4,3	6,7
Emilia-Romagna	24,0	11,5	17,5	13,2	7,1	10,1	13,4	5,4	9,3
Toscana	21,4	11,8	16,5	13,5	8,5	11,0	9,8	4,2	6,9
Umbria	22,2	8,9	15,4	15,5	4,4	9,7	8,5	5,4	6,9
Marche	19,4	8,1	13,6	11,5	4,6	8,0	9,6	4,2	6,9
Lazio	17,7	9,5	13,4	9,9	5,2	7,5	9,3	4,8	7,0
Abruzzo	22,5	9,4	15,7	12,0	4,9	8,3	14,4	5,0	9,5
Molise	28,1	8,1	17,9	14,5	4,5	9,4	18,3	3,9	11,0
Campania	16,7	6,4	11,4	13,1	4,7	8,8	6,2	2,2	4,1
Puglia	17,2	6,7	11,7	11,5	4,4	7,9	7,3	2,8	4,9
Basilicata	20,8	7,8	14,2	13,2	6,2	9,6	11,4	3,0	7,1
Calabria	20,6	6,4	13,3	11,7	3,8	7,6	12,0	3,1	7,4
Sicilia	13,5	4,7	9,0	8,0	2,8	5,3	6,8	2,2	4,4
Sardegna	24,4	8,9	16,4	12,2	5,2	8,6	15,6	4,3	9,8
Italia	21,2	9,2	15,0	12,2	5,5	8,8	11,3	4,5	7,8

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il Piano d'azione globale sull'alcol 2022-2030, approvato dall'OMS, ha l'obiettivo di ridurre l'uso dannoso di alcol attraverso strategie efficaci e basate su prove scientifiche. Il piano si articola in sei aree principali: interventi ad alto impatto, sensibilizzazione, collaborazione tra settori, supporto tecnico, produzione di dati e mobilitazione di risorse (10).

L'attuazione del piano contribuisce al raggiungimento dell'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 3.5, che riguarda la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze. Per ottenere risultati concreti, è essenziale intervenire sui fattori che influenzano il consumo di

alcol, come l'accessibilità, la disponibilità e l'accettabilità, attraverso politiche pubbliche coordinate e integrate.

L'iniziativa SAFER dell'OMS (www.who.int/initiatives/SAFER/about) supporta i Paesi nell'applicazione di interventi efficaci, mentre il sistema *Global Information System on Alcohol and Health* fornisce dati globali su consumo e conseguenze dell'alcol.

È fondamentale che le politiche sanitarie siano orientate dalla tutela della salute pubblica e non influenzate da interessi economici, in particolare da quelli dell'industria dell'alcol, per garantire interventi efficaci e tutelare la salute della popolazione.

Come richiesto dal PNP 2020-2025 appare fondamentale promuovere programmi per l'identificazione precoce e l'intervento breve nei contesti dell'assistenza sanitaria primaria e in quelli lavorativi; favorire la collaborazione tra servizi alcolologici territoriali, servizi sociali e le Associazioni di auto-mutuo aiuto; assicurare l'applicazione delle leggi che regolano l'alcol alla guida e la vendita di alcolici; promuovere interventi di promozione della salute effettuati in ambiti mirati (luoghi di aggregazione, luoghi in cui si svolgono attività sportive, scuole etc.).

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Disponibile sul sito: www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019.
- (2) International Agency for Research on Cancer (IARC), (2015), IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Disponibile sul sito: http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/latest_classification.php.
- (3) Sontate KV, Rahim Kamaluddin M, Naina Mohamed I, Mohamed RMP, Shaikh MF, Kamal H, Kumar J. Alcohol, Aggression, and Violence: From Public Health to

- Neuroscience. *Front Psychol.* 2021 Dec 20;12:699726.
- (4) Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Alice Matone, Valerio Manno, Monica Vichi e il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e del Piano Nazionale della Prevenzione. Rapporto 2025. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2025 (Rapporti ISTISAN 25/5).
- (5) Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute. Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.03.2001 N. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati" anno 2022. Roma: Ministero della Salute; 2023.
- (6) Ministero della Salute, Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati", Anno 2023. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it.
- (7) Istat. (2024). Rapporto BES. Il benessere equo e sostenibile in Italia. Roma: Istat.
- (8) Istat, (2025). Rapporto SDGs 2025. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia. Roma: Istat.
- (9) Istat. Fumo, alcol, eccesso di peso e sedentarietà - Anno 2023. Statistica report 17 dicembre 2024. Disponibile sul sito: www.istat.it/comunicato-stampa/fumo-alcol-eccesso-di-peso-e-sedentarieta-anno-2023.
- (10) World Health Organization (WHO). Alcohol Fact sheet. Disponibile sul sito: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol, 24 June 2024.

Consumo di alimenti per tipologia

Significato. Le frequenze di consumo, rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana", riferite all'anno 2023 (1), consentono di trarre indicazioni sull'alimentazione nelle regioni in termini di frequenza di assunzione dei differenti alimenti dalle persone di età 3 anni ed oltre. La classe di frequenza di assunzione degli alimenti varia da gruppo a gruppo, a seconda dell'uso abituale quotidiano, settimanale o più rarefatto e della porzione ritenuta auspicabile rispetto ad una dieta equilibrata e variata (2). Inoltre, le Linee Guida per una sana alimentazione (2) assegnano un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i diversi gruppi alimentari, Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) spiccano per le forti evidenze di associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, per la loro capacità di vei-

colare le sostanze antiossidanti all'interno dell'organismo umano. In riferimento alle indicazioni internazionali, il consumo di 4/5 porzioni e più al giorno di VOF rappresenta un obiettivo di politica nutrizionale (3-5) ed oggetto di sorveglianza (6).

Luoghi, tempi ed occasioni di assunzione dei pasti variano a seconda delle caratteristiche regionali e possono influenzare i profili di consumo.

La qualità del modello di alimentazione viene sintetizzata attraverso la stima dell'indice di aderenza alla dieta mediterranea (3) che rappresenta un modello di alimentazione noto per gli effetti benefici sulla salute umana sin dal *Seven Countries Study* (4) e in anni più recenti è riconosciuto anche come modello alimentare che risponde ai criteri di sostenibilità del sistema agro-alimentare (7).

Percentuale di popolazione per gruppo di alimenti consumati

$$\text{Numeratore} = \text{Persone di età 3 anni ed oltre per consumo quotidiano di uno specifico gruppo alimentare} \\ \text{Denominatore} = \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 3 anni ed oltre} \quad \times 100$$

Indicatore obiettivo per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta

$$\text{Numeratore} = \text{Persone di età 3 anni ed oltre per consumo di 5 porzioni e più al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta} \\ \text{Denominatore} = \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 3 anni ed oltre che ha dichiarato di consumare almeno 1 porzione al giorno di Verdura, Ortaggi e Frutta} \quad \times 100$$

Indicatore di aderenza alla dieta mediterranea

$$\text{Numeratore} = \text{Persone di età 14 anni ed oltre per grado di aderenza alla dieta mediterranea (bassa, media e alta)} \\ \text{Denominatore} = \text{Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 14 anni ed oltre} \quad \times 100$$

L'Indice di Aderenza alla Dieta Mediterranea (IAMD) è calcolato per la popolazione di età ≥ 14 anni, come determinata dalla somma dei punteggi attribuiti di seguito riportati (7):

Gruppo alimentare	Più di 1 volta al dì	1 volta al dì	1 volta a settimana	Meno di 1 volta a settimana	Mai
Pasta, riso e pane	4	3	2	1	0
Verdure a foglia	4	3	2	1	0
Frutta	4	3	2	1	0
Latte	3	4	2	1	0
Pesce	1	3	4	2	0
Carne bianca	0	1	4	3	2
Carne rossa	0	0	2	4	3
Maiale	0	0	4	4	3
Salumi	0	0	1	4	3
Uova	0	2	4	3	1
Prodotti caseari e formaggi	1	2	4	3	0

Fonte dei dati: Benedetti et al., 2016 (7). Anno 2025.

Validità e limiti. L'indice di aderenza alla dieta mediterranea così calcolato sintetizza la frequenza di consumo delle principali categorie alimentari, ad esclusione delle bevande. La limitazione è dovuta all'uso della sola frequenza e non della quantità assunta in grammi o, ancora meglio, delle calorie (9).

Valore di riferimento/Benchmark. L'indice di aderenza alla dieta mediterranea varia tra 0 (minima aderenza) e 56 (massima aderenza).

Descrizione dei risultati

La distribuzione territoriale dei consumatori di età ≥ 14 anni, in base allo IAMD (Grafico 1), evidenzia che in quasi tutte le regioni del Centro, in particolare Marche (25,1%), Lazio (24,7%) e Toscana (21,9%), e in 3 regioni del Mezzogiorno, Sardegna (19,4%), Molise (19,2%) e Campania (18,4%), il valore è superiore al dato nazionale (18,3%). A queste si aggiungono 2 regioni del Nord, la Liguria (24,5%) e la PA di Trento (18,8%), mentre l'Emilia-Romagna mostra una percentuale esattamente uguale alla percentuale nazionale. Tuttavia, se si considerano i livelli complessivi di aderenza medio-alta, il quadro si amplia includendo anche Calabria, Umbria, Puglia, Abruzzo e Basilicata, delineando così un profilo di adesione prevalentemente concentrato nel Centro e nel Meridione del Paese, anche se la Sardegna con questo parametro scende al di sotto della percentuale nazionale (69,5% vs 71,2%).

Un maggiore dettaglio dei consumi di alimenti per tipologia che caratterizzano le diverse regioni è riportato nelle Tabella 1 e Tabella 2. Analizzando i consumi giornalieri di VOF si osserva che, nel 2023, quasi tre quarti della popolazione di età 3 anni ed oltre (71,5%) dichiara di consumare giornalmente frutta; meno diffuso il consumo di verdura (49,0%) e ortaggi (42,4%). Nel complesso, il 78,5% della popolazione assume almeno una porzione di frutta, verdura o ortaggi al giorno, con una tendenza in diminuzione negli ultimi 20 anni (era pari all'84,4% nel 2003).

I consumi giornalieri di VOF sono più diffusi tra le donne rispetto agli uomini (nel 2023, l'81,4% delle donne vs il 75,6% degli uomini) e questa differenza si mantiene costante nel tempo. L'analisi per fasce di età mette in evidenza valori che si mantengono sempre $\geq 65\%$, con livelli più elevati tra i bambini di età 3-10 anni che diminuiscono tra adolescenti e giovani tra gli 11-24 anni, per poi aumentare di nuovo nelle fasce di età successive, raggiungendo valori sempre più alti tra adulti e anziani, fino a coinvolgere circa nove persone su dieci nella popolazione ultra 74enne (dati non presenti in tabella).

Analizzando i profili territoriali del consumo di VOF, si osserva come questi abbiano tendenzialmente un andamento di segno opposto, ossia se la percentuale di consumatori è più elevata per la frutta lo è di meno per la verdura o gli ortaggi, rappresentando un indicatore

di preferenze diversificate da regione a regione, denotando tradizioni gastronomiche differenziate. In particolare, il consumo giornaliero di verdure e ortaggi è tendenzialmente più diffuso nelle regioni del Nord e del Centro rispetto al Mezzogiorno (nel 2023 il 65,6% e il 65,3% vs il 59,4%), mentre nel Mezzogiorno si osservano prevalenze più elevate nel consumo giornaliero di frutta (nel 2023 il 72,6% vs il 70,9% e il 71,2%) (dati non presenti in tabella).

Prendendo in considerazione le porzioni di VOF consumate giornalmente (Tabella 1) si osserva come, in tutte le regioni, il consumo sia diffusamente al di sotto delle 5 porzioni e si attesti, principalmente, tra le 2-4 porzioni. In alcune regioni (Molise, Puglia, Basilicata e Sicilia) un quinto della popolazione consuma solo 1 porzione al giorno di VOF, restando così più lontane dalle altre dall'obiettivo delle 5 porzioni giornaliere. L'abitudine alle 5 porzioni di VOF è più diffusa nella PA di Trento, dove riguarda l'8,9% dei consumatori giornalieri di VOF, seguita dal Piemonte (8,1%) e dal Friuli-Venezia Giulia e Valle d'Aosta (rispettivamente, il 6,9% e il 6,7%). Le prevalenze più basse nel consumo giornaliero raccomandato di VOF si osservano, invece, in molte regioni del Mezzogiorno (Basilicata, Campania, Abruzzo, Puglia, Sicilia e Calabria).

Nell'analisi territoriale della frequenza di consumo di alcune tipologie di alimenti, si osservano diversi andamenti nella graduatoria delle regioni (Tabella 2). Per maggiore chiarezza, precisiamo che i valori percentuali sono considerati uguali alla media nazionale se l'arrotondamento all'unità fornisce lo stesso risultato.

Per grandi linee, la mappatura geografica vede una caratterizzazione prevalente al Centro-Mezzogiorno (11 regioni su 12) per alimenti consumati quotidianamente come "pane, pasta, riso" che si associa anche ad una adesione alta allo IAMD.

In questa area si hanno frequenze di consumo più elevate anche per "carne di maiale", "uova", "legumi in scatola", "pesce" e la "cottura con olio di oliva o grassi vegetali".

Andamento diverso si ha, invece, per i "formaggi", per i quali le regioni settentrionali sono compattamente al di sopra della media nazionale (insieme a 2 regioni meridionali: Sardegna e Calabria).

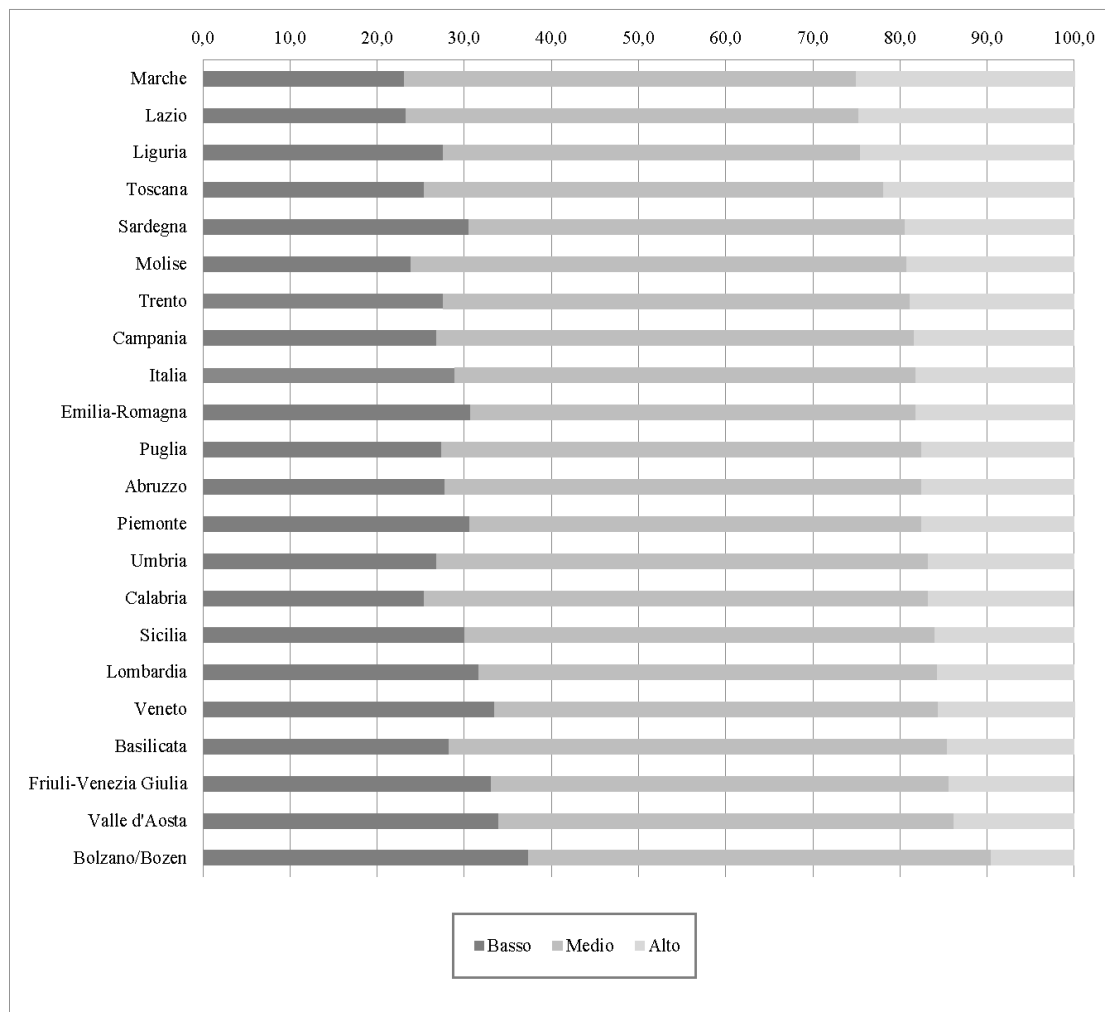
Il maggior consumo settimanale di "carni ovine" e "pesce" è nelle regioni del Mezzogiorno associate a Marche e Lazio.

Analizzando, infine, il consumo almeno settimanale di "dolci" e "snack salati", si osserva un valore maggiore o uguale alla media nazionale in quasi tutte le regioni del Centro-Nord (escluse la PA di Bolzano, Umbria e Lazio) per i primi, mentre i secondi hanno frequenze di consumo superiori alla media italiana prevalentemente in alcune regioni del Sud (Campania, Molise, Basilicata, Calabria e Abruzzo) ma anche in Lombardia, Veneto e Friuli-Venezia Giulia, prefigurando una maggiore omogeneità interterritoriale.

L'uso di "olio d'oliva o grassi vegetali" presenta elevatissime percentuali in tutte le regioni e PA: campo di variazione 91,5-98,3% per l'uso in cottura, 94,0-98,5% per l'uso a crudo. Nel Centro-Sud e Isole è maggiormente diffusa l'abitudine ad usare l'olio d'oliva ed altri oli vegetali sia per la cottura (96,6-98,3%) che come condimento a crudo (97,4-98,5%).

Infine, emergono differenze regionali nel consumo di sale iodato, il cui impiego risulta più diffuso in quasi tutte le regioni del Nord-Ovest (ad eccezione della Liguria e del Piemonte) e in alcune del Centro, come Toscana e Umbria. Un'attenzione significativa al consumo di sale iodato si riscontra anche in Molise, Puglia, Basilicata e Calabria.

Grafico 1 - Aderenza (valori per 100) alla dieta mediterranea in base all'Indice di Aderenza alla Dieta Mediterranea per regione - Anno 2023 (7)



Fonte dei dati: Elaborazione metodologia Benedetti et al. (6) su dati frequenze di consumo di alimenti nella popolazione di età 14 anni ed oltre. Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" (1). Anno 2025.

Tabella 1 - Popolazione (valori per 100) di età 3 anni ed oltre per consumo quotidiano di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) e porzioni di VOF per regione - Anno 2023

Regioni	Verdura*	Ortaggi*	Frutta*	VOF*	Porzioni di VOF**		
					1	2-4	5+
Piemonte	57,2	50,9	75,3	82,9	14,4	77,5	8,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	52,0	47,1	67,9	78,1	15,6	77,7	6,7
Lombardia	49,7	43,1	70,3	78,0	17,2	76,6	6,2
Bolzano-Bozen	48,8	44,3	64,9	72,2	16,8	78,1	5,0
Trento	65,0	52,6	73,0	83,3	14,3	76,8	8,9
Veneto	53,6	45,0	66,0	76,1	15,8	79,4	4,8
Friuli Venezia Giulia	59,6	46,1	68,2	79,0	16,3	76,8	6,9
Liguria	53,5	46,0	77,2	81,8	15,1	79,9	5,0
Emilia-Romagna	54,3	47,2	72,5	79,1	15,1	78,7	6,1
Toscana	51,3	47,0	72,6	79,7	16,2	78,4	5,4
Umbria	52,5	41,8	74,2	81,4	16,6	79,5	3,9
Marche	58,8	47,3	72,1	80,0	14,6	79,9	5,6
Lazio	52,2	42,0	69,6	77,8	17,9	75,5	6,5
Abruzzo	46,4	40,0	70,9	77,0	18,7	77,7	3,6
Molise	37,0	33,6	72,6	78,1	20,6	73,7	5,7
Campania	44,0	39,7	70,2	76,4	16,8	80,2	3,0
Puglia	35,8	31,5	72,8	77,6	23,1	73,3	3,6
Basilicata	34,1	30,5	68,7	73,5	24,1	73,5	2,3
Calabria	40,3	37,7	73,6	78,2	18,5	77,8	3,7
Sicilia	39,1	34,9	74,8	79,7	20,5	75,8	3,6
Sardegna	46,3	40,8	75,2	80,2	16,7	78,3	5,0
Italia	49,0	42,4	71,5	78,5	17,3	77,4	5,3

*Almeno 1 porzione al giorno.

**Per 100 persone di 3 anni ed oltre che consumano almeno 1+ VOF al dì nella regione.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana” (1). Anno 2025.

Tabella 2 - Popolazione (valori per 100) di età 3 anni ed oltre per consumo di alcuni alimenti per regione - Anno 2023

Regioni	Pane, pasta, riso*	Latte* Formaggi* Salumi°	Carni bianche°	Carni bovine°	Carni ovine**	Carni di maiale°	Uova°	Legumi in scatola°	Pesce°	Snack°	Dolci°	Cottura con olio di oliva o grassi vegetali	Condimento a crudo con olio di oliva o grassi vegetali	Attenzione al consumo di sale e/o di cibi salati	Utilizzo di sale arricchito di iodio		
Piemonte	74,6	44,0	26,5	58,1	81,8	64,8	21,2	39,5	69,2	45,8	54,6	28,7	53,6	95,1	97,7	75,2	45,1
Valle d'Aosta	74,3	46,2	35,5	57,9	79,2	67,1	22,7	40,0	68,7	53,3	58,3	33,3	55,3	93,9	97,2	70,0	68,3
Lombardia	72,8	42,3	22,8	59,6	80,1	57,9	20,7	37,3	63,2	50,2	57,5	38,1	54,7	94,0	97,9	74,3	50,4
Bolzano-Bozen	61,1	48,9	32,2	58,3	59,5	37,6	16,1	32,3	69,7	37,4	35,8	26,8	45,8	91,5	94,0	65,0	66,4
Trento	75,6	44,0	30,5	57,6	73,7	51,9	15,2	45,3	68,0	54,4	55,2	29,4	52,2	92,3	96,0	75,2	64,1
Veneto	69,7	40,6	22,4	55,0	77,4	57,3	19,7	41,2	62,6	42,2	50,9	35,1	54,9	95,3	97,1	72,9	53,0
Friuli Venezia Giulia	67,3	44,6	28,4	57,9	79,6	59,9	18,4	45,4	66,4	46,5	55,2	32,4	54,3	94,4	97,6	75,6	52,3
Liguria	74,3	44,2	20,9	52,9	76,1	55,8	21,3	30,7	68,4	43,9	55,5	27,2	52,3	96,6	98,0	77,2	42,2
Emilia-Romagna	76,0	42,1	20,3	60,5	76,9	54,1	18,9	42,6	63,5	53,1	55,6	30,5	53,2	95,5	97,2	74,4	54,5
Toscana	79,1	48,6	20,0	57,9	83,8	63,4	24,0	49,5	66,4	58,1	62,2	29,7	52,6	98,3	98,5	71,6	49,9
Umbria	80,3	51,5	19,9	66,3	82,3	58,5	25,1	52,0	68,4	61,5	56,2	23,2	48,1	96,8	97,1	72,2	56,7
Marche	81,6	45,3	14,5	59,4	83,6	60,6	26,3	48,6	69,9	53,9	66,4	27,0	53,0	98,0	98,5	73,8	47,6
Lazio	76,1	55,1	14,0	53,4	80,7	61,9	27,0	45,3	70,4	59,0	63,9	30,9	47,5	97,5	98,0	73,3	43,8
Abruzzo	81,7	45,2	16,9	66,3	84,7	59,9	35,8	51,7	74,7	66,2	61,5	34,4	52,3	98,3	98,5	75,6	45,9
Molise	81,4	52,7	16,3	70,1	84,0	66,0	35,1	56,6	76,4	75,4	68,1	38,5	53,3	97,3	98,3	74,6	54,3
Campania	80,2	49,2	12,5	66,0	81,0	69,1	40,1	56,1	72,3	78,2	71,1	40,3	47,0	97,3	97,8	69,2	40,7
Puglia	78,5	53,2	16,0	63,3	78,3	60,4	32,3	43,0	66,2	64,7	61,4	33,9	47,7	97,1	97,9	74,7	49,9
Basilicata	77,6	47,0	14,9	69,1	79,7	61,3	43,5	53,3	71,9	78,0	63,9	36,8	49,9	97,4	98,2	76,5	59,8
Calabria	79,3	53,4	22,5	63,7	78,6	63,7	32,5	50,2	75,0	71,0	68,7	35,2	47,0	97,2	97,7	74,7	48,0
Sicilia	83,2	45,3	20,0	61,0	83,1	70,3	32,3	51,0	76,8	59,0	67,4	32,7	44,7	98,0	98,5	71,7	39,3
Sardegna	74,3	46,8	29,8	54,0	78,4	59,5	33,5	50,7	67,0	45,5	56,2	27,0	50,0	96,6	97,4	78,3	34,5
Italia	76,2	46,5	20,1	59,6	80,1	61,2	26,3	44,8	68,1	56,3	60,3	33,3	50,9	96,2	97,8	73,5	47,7

*Almeno 1 porzione al giorno.

°Almeno qualche porzione alla settimana.

**Dato rilevato per la prima volta nel 2018.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana” (1). Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le Linee Guida per una sana alimentazione (2) assegnano un ruolo centrale alla varietà di alimenti e, tra i diversi gruppi alimentari, il consumo di VOF spicca per le forti evidenze di associazione con la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari e, più in generale, per la loro capacità di veicolare le sostanze antiossidanti all'interno dell'organismo umano. In riferimento alle indicazioni internazionali, il consumo di 5 porzioni e più al giorno di VOF rappresenta oggetto di sorveglianza (6) perché costituisce un obiettivo di politica nutrizionale (3-5) confermato anche nella più recente revisione delle Linee Guida per una sana alimentazione, sottolineando che “dobbiamo considerare le 5 porzioni al giorno come un obiettivo di minima: anche in questo caso, almeno 5 porzioni, ma se sono di più è meglio” (2). Nel 2023, il consumo quotidiano di VOF continua a riguardare meno di otto persone su dieci, rimanendo quindi al di sotto del *target* complessivo della popolazione totale: le raccomandazioni indicate negli anni passati (10) restano perciò valide. Inoltre, tra i consumatori giornalieri di frutta e verdura solo il 5,3% raggiunge le 5 porzioni al giorno (5+ VOF).

Stimare le quantità medie giornaliere ingerite di alimenti, che sono la base per la valutazione dell'adeguatezza nutrizionale, della sicurezza d'uso e, più recentemente, dell'impatto ambientale della dieta (7), rappresenta un punto essenziale. La complessità di questi studi e la necessità di armonizzare la metodologia (11) non ha consentito finora di condurre a cadenza regolare gli studi, anche se in Italia sono stati realizzati studi sui consumi alimentari individuali ad una distanza approssimativamente decennale (12-14). L'aggiornamento più recente è stato realizzato con lo Studio sui Consumi Alimentari in Italia tra il 2017 e il 2020 (15). I dati italiani sono inseriti in banche dati internazionali (*Concise Database*; *Comprehensive Database*; *Food and Agriculture Organization/World Health Organization Global Individual Food Consumption Data Tool*; *Global burden of Disease*; *Global Dietary Database*; *Sustainable, Healthy, Affordable, Reliable, and Palatable Indicator Database*; *Montecarlo Risk Assessment*) e vengono utilizzati in molti progetti italiani ed internazionali. Questo sottolinea l'importanza di produrre dati armonizzati e utilizzabili da tutti coloro (ricercatori, decisori politici ed Autorità italiane ed internazionali) che ne necessitano. La raccomandazione è, quindi, quella di inserire questi studi nel programma statistico nazionale con un sistema di training adeguato (16-17).

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana” - 2023. Istat. Disponibile sul sito: <https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories>.
(2) CREA Alimenti e Nutrizione. Linee Guida per una sana alimentazione italiana. Revisione 2018. Roma. Disponibile

sul sito: www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/linee-guida-per-una-sana-alimentazione-2018.

(3) Nishida C, Uauy R, Kumanyika S, Shetty P. 2004. The Joint WHO/FAO Expert Consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: process, product and policy implications. *Public Health Nutrition*: 7 (1A), 245-250.

(4) Menotti A., Puddu E. (2015) Le origini storiche della Dieta Mediterranea: il Seven Countries Study of cardiovascular diseases. *Epidemiologia e Prevenzione*, numero speciale “Cibo per prevenire, cibo per curare”. *Epidemiol Prev* 2015; 39 (5-6): 285-288. Disponibile sul sito: www.epi-prev.it/materiali/2015/EP5-6/EP5-6_285_art1.pdf.

(5) European Community Health Indicators Monitoring. Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list_en.

(6) Istituto Superiore di Sanità. La sorveglianza Passi-Consumo frutta e verdura. Disponibile sul sito: www.epi-centro.iss.it/passi/dati/frutta.asp.

(7) Lorca-Camara V., Bosque-Prous M., Bes-Rastrollo M., Callaghan-Gordo C., Bach-Faig A. Environmental and Health Sustainability of the Mediterranean Diet: A Systematic Review, *Advances in Nutrition* 2024; 15(12): 100322, <https://doi.org/10.1016/j.advnut.2024.100322>.

(8) Benedetti I., Biggeri L., Laureti T., Secondi L. (2016) Exploring the Italians' Food Habits and Tendency towards a Sustainable Diet: The Mediterranean Eating Pattern. *Agriculture and Agricultural Science Procedia*, 8: 433-440. Disponibile sul sito: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210784316300407.

(9) Alberti-Fidanza A, Fidanza F. (2004) Mediterranean Adequacy Index of Italian diets. *Public Health Nutr*. 2004 Oct;7(7):937-41. doi: 10.1079/phn2004557. PMID: 15482621.

(10) Turrini A, Bologna E. 2023. Consumo di alimenti per tipologia. In: “Rapporto Osservasalute 2022”. (9) Turrini A, Bologna E. 2023. Consumo di alimenti per tipologia. In: “Rapporto Osservasalute 2022”. Capitolo “Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione”: 32-38. Disponibile sul sito: https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2023/06/ro-2022-fattori_rischio.pdf.

(11) EFSA - European Food Safety Authority. 2014. Guidance on the EU Menu methodology. *EFSA Journal*, 12 (12). Disponibile sul sito: <https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.2903/j.efsa.2014.3944>.

(12) Saba A, Turrini A, Mistura G, Cialfa E, Vichi M. 1990. Indagine nazionale sui consumi alimentari delle famiglie 1980-84: alcuni principali risultati, *Rivista della Società Italiana di Scienza dell'Alimentazione*, Anno 19, n. 4, pp. 53-65.

(13) Turrini A, Saba A, Perrone D, Cialfa E, & D'Amicis A. 2001. Food Consumption Patterns in Italy: the INN-CA Study 1994-96, *European Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 55, 7, pp. 571-588.

(14) Leclercq C, Arcella D, Piccinelli R, Sette S, Le Donne C, Turrini A. on behalf of the INRAN SCAI 2005-06 study group (2009): The Italian National Food Consumption Survey INRAN-SCAI 2005-06. Main results in terms of food consumption. *Public Health Nutrition*, 12 (12), pp. 2.504-2.532 doi:10.1017/S1368980009005035.

(15) Mistura L., Le Donne C., D'Addezio L., Ferrari M., Comendador F.J., Piccinelli R., Martone D., Sette S., Catasta G., Turrini A., IV SCAI field work team (2025). The Italian IV SCAI dietary survey: Main results on food consumption. *The Italian IV SCAI dietary survey: Main results on food consumption. Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases: NMCD*, 103863.

(16) Turrini A, Catasta G, Censi L, Comendador Azcarraga FJ, D'Addezio L, Ferrari M, Le Donne C, Martone D, Mistura L, Pettinelli A, Piccinelli R, Saba A, Sette S, Barbina D, Guerrero D, Carbone P, Mazzaccara A on behalf of the Training Course Team, A Dietary Assessment Training Course Path: The Italian IV SCAI Study on Children Food Consumption, *Frontiers in Public Health*, 9, 2021, 56. Disponibile sul sito: www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2021.590315,

DOI=10.3389/fpubh.2021.590315. ISSN = 2296-2565
Corrigendum: A Dietary Assessment Training Course Path:
The Italian IV SCAI Study on Children Food Consumption.

Disponibile sul sito:

www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.708291/full.

(17) Le Donne C, Piccinelli R, Sette S, Martone D, Catasta G, Censi L, Comendador Azcarraga FJ, D'Addezio L,

Ferrari M, Mistura L, Pettinelli A, Saba A, Barbina D, Guerrera D, Carbone P, Mazzaccara A and Turrini A (2022):
Dietary assessment training: The Italian IV SCAI study on
10-74-year-old individuals' food consumption. *Front. Nutr.*
9:954939. doi: 10.3389/fnut.2022.954939. Disponibile sul
sito:

www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2022.954939/full.

Sovrappeso e obesità

Significato. Nella definizione dell'OMS l'obesità è una malattia cronica complessa caratterizzata da eccessivi depositi di grasso che possono compromettere la salute. L'obesità può aumentare il rischio di diabete di tipo 2 e malattie cardiache, può compromettere la salute delle ossa e la riproduzione e aumentare il rischio di alcuni tumori. L'obesità influenza la qualità della vita, come il sonno o il movimento. Nel

2022, nel mondo, 2,5 miliardi di persone sopra i 18 anni sono in sovrappeso e circa 900 milioni sono obesi e questa quota è raddoppiata rispetto al 1990 (1). In Europa, secondo i dati più recenti, nel 2019 il 44,8% degli adulti residenti nell'UE aveva un peso "normale", mentre più della metà (52,7%) era in sovrappeso e il 2,5% era sottopeso (2).

Prevalenza di persone in sovrappeso ed obese

Numeratore	Persone di età 18 anni ed oltre con Indice di Massa Corporea 25-29 e ≥ 30
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 18 anni ed oltre

x 100

Validità e limiti. L'IMC è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale ed è dato dal rapporto tra il peso (kg) ed il quadrato dell'altezza (m²). La classificazione dell'OMS distingue, inoltre, l'obesità in tre livelli: di primo grado o lieve - IMC fino a 34,99; di secondo grado o moderata - IMC da 35 a 39,99; di terzo grado o grave IMC con un valore di ≥ 40 (4).

Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole nelle analisi che riguardano la popolazione adulta, senza distinzione di genere o fascia di età. L'OMS definisce "sovrappeso" un IMC ≥ 25 ed "obesità" un IMC ≥ 30 (5). Una critica che viene rivolta a questo indicatore è che si tratta di una misura incompleta, in quanto non fornisce indicazioni sulla distribuzione del grasso nel corpo e sulla quantità di massa grassa e massa magra. Infatti, conoscere la distribuzione del grasso corporeo è molto importante perché, ad esempio, un eccesso di grasso addominale può avere conseguenze molto gravi in termini di salute. Riguardo la prevalenza di eccesso ponderale sono stati analizzati i dati riportati nell'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana". Per l'indagine, relativa al 2023, è stata adottata una tecnica mista di rilevazione *Computer Assisted Web Interviewing/Computer Assisted Personal Interviewing/Paper And Pencil Interviewing*.

L'indagine è condotta su un campione di circa 25.000 famiglie ed i dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta o attraverso l'auto compilazione. Pertanto, le informazioni raccolte sono auto riferite.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza di persone in sovrappeso ed obese può essere considerata in riferimento alla regione con il valore più basso.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, le persone di 18 anni ed oltre in sovrappeso sono il 34,6%, dato sostanzialmente stabile rispetto al

35,0% del 2022. Nello stesso anno sono obesi in Italia circa 5 milioni 800 mila adulti, che rappresentano l'11,8% della popolazione; complessivamente, il 46,4% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale, valore invariato rispetto al 2022 (Tabella 1, Grafico 1). Si rafforza la valutazione che le variazioni di questo fenomeno sono apprezzabili in intervalli temporali più ampi di due annualità; infatti, se si procede ad un'analisi delle serie storiche, dal 2001 al 2023, si vedono variazioni più decise: l'andamento dei dati sul sovrappeso presenta un andamento crescente in tutte le ripartizioni fino al 2013-2014 per poi diminuire tornando ai livelli del 2001 o in alcuni casi anche più bassi (Grafico 1). Rispetto all'obesità l'andamento nel ventennio in esame è in crescita, in linea con gli altri Paesi della Regione europea, anche se non lineare. Raggruppando per macro-regioni (Nord-Ovest: Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia; Nord-Est: PA di Bolzano, PA di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna; Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio; Sud: Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria; Isole: Sicilia, Sardegna), si osserva che, dal 2001, i maggiori incrementi percentuali si sono realizzati nelle regioni del Nord-Ovest che partivano da livelli di prevalenze più bassi.

Nel 2023 le differenze rilevate sul territorio si mantengono considerevoli. Nel confronto regionale si evidenzia una differenza di 9,6 p.p. tra la regione con incidenza più alta di persone in sovrappeso e quella con l'incidenza più bassa e di 6,7 p.p. in riferimento all'incidenza di obesità.

La prevalenza più alta di persone di età 18 anni ed oltre obese continua a essere rilevata nelle regioni del Meridione: Puglia (15,0%), Molise (14,9%), Basilicata (14,2%) e Sicilia (13,5%). Per contro, nelle regioni del Nord si registra la prevalenza minore di persone obese e quelle con valori inferiori sono Valle d'Aosta (8,3%), PA di Bolzano (9,3%) e PA di Trento (9,4%).

Nel 2023 non si registra alcuna variazione regionale significativa a livello statistico.

Anche nello studio della prevalenza di persone in sovrappeso le regioni meridionali sono ai primi posti: stesso valore per Campania e Calabria con il 38,7% degli *over 18* anni, Basilicata (37,9%) e Puglia (37,5%). Nella parte bassa della graduatoria vi sono PA di Bolzano (29,1%), PA di Trento (29,4%) e Marche (29,9%). Le uniche 2 regioni dove si registrano delle variazioni statisticamente significative sono il Lazio con un +4,6 p.p. nella prevalenza di adulti in sovrappeso e una diminuzione nelle Marche della stessa prevalenza di 4,1 p.p..

La variabile età è una discriminante per l'aumento ponderale; infatti, al crescere dell'età aumenta la percentuale di popolazione in condizione di eccesso di peso (in sovrappeso o obesa). Anche nel 2023, la percentuale di persone in condizione di sovrappeso passa dal 15,7% della fascia di età 18-24 anni al valore massimo del 42,7% tra i 65-74 anni, fascia di età che si conferma più critica rispetto alla condizione di eccesse-

so di peso con una differenza di 27,0 p.p. della prevalenza. Anche l'obesità è una condizione nella quale si trovano il 4,2% dei giovani di età 18-24 anni ed arriva a coinvolgere il 15,9% di coloro che hanno tra i 65-74 anni (Tabella 2).

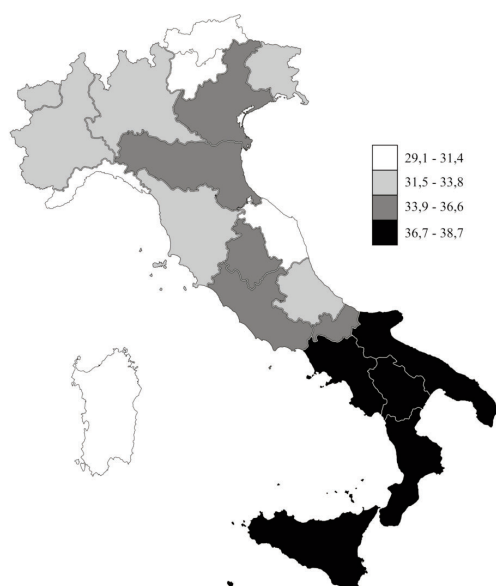
La condizione di eccesso ponderale è caratterizzata da un deciso differenziale di genere a sfavore degli uomini; infatti, risulta in sovrappeso il 42,0% degli uomini rispetto al 27,6% delle donne ed obeso il 13,0% degli uomini rispetto al 10,7% delle donne. A partire dai 45 anni si registrano percentuali elevate di persone in eccesso di peso per gli uomini che superano il valore medio totale, mentre per le donne il valore che supera la media totale è raggiunto dopo i 55 anni. Tra i 45-54 anni si registra la maggiore differenza di genere tra la prevalenza sia di persone in sovrappeso (19,3 p.p.) mentre per le persone obese è la fascia di età 55-64 anni a far registrare il divario più elevato (4,5 p.p.); in entrambi i casi a svantaggio della popolazione maschile (Tabella 2).

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per genere e regione - Anno 2023

Regioni	Sovrappeso			Obesità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	38,6	25,3	31,7	11,2	9,5	10,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	39,7	25,3	32,3	9,7	7,0	8,3
Lombardia	40,3	25,6	32,7	11,6	10,4	11,0
Bolzano-Bozen	38,5	20,1	29,1	10,8	7,8	9,3
Trento	36,9	22,3	29,4	10,8	8,2	9,4
Veneto	42,2	26,6	34,1	12,3	10,4	11,3
Friuli-Venezia Giulia	40,4	27,6	33,8	13,9	10,8	12,3
Liguria	36,0	24,5	30,0	11,5	9,7	10,6
Emilia-Romagna	44,1	28,4	36,0	13,6	11,8	12,6
Toscana	39,8	25,1	32,2	11,7	8,6	10,1
Umbria	41,7	27,8	34,4	14,5	10,5	12,4
Marche	37,2	23,1	29,9	13,5	11,3	12,4
Lazio	42,6	29,7	35,8	12,5	9,1	10,7
Abruzzo	40,7	26,3	33,3	12,7	9,6	11,1
Molise	42,9	30,2	36,4	16,1	13,7	14,9
Campania	46,9	31,2	38,7	14,6	11,8	13,1
Puglia	43,9	31,6	37,5	16,2	13,9	15,0
Basilicata	43,8	32,3	37,9	13,8	14,5	14,2
Calabria	45,2	32,6	38,7	15,0	10,4	12,6
Sicilia	44,3	29,9	36,8	15,1	12,0	13,5
Sardegna	39,9	22,6	31,0	11,1	9,0	10,1
Italia	42,0	27,6	34,6	13,0	10,7	11,8

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2025.

Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso per regione. Anno 2023



Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre obese per regione. Anno 2023

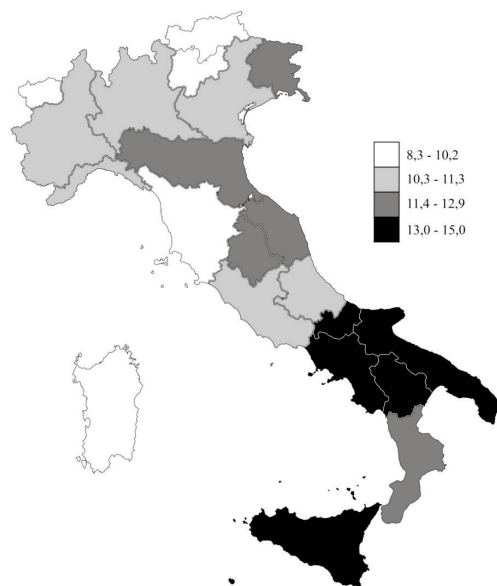
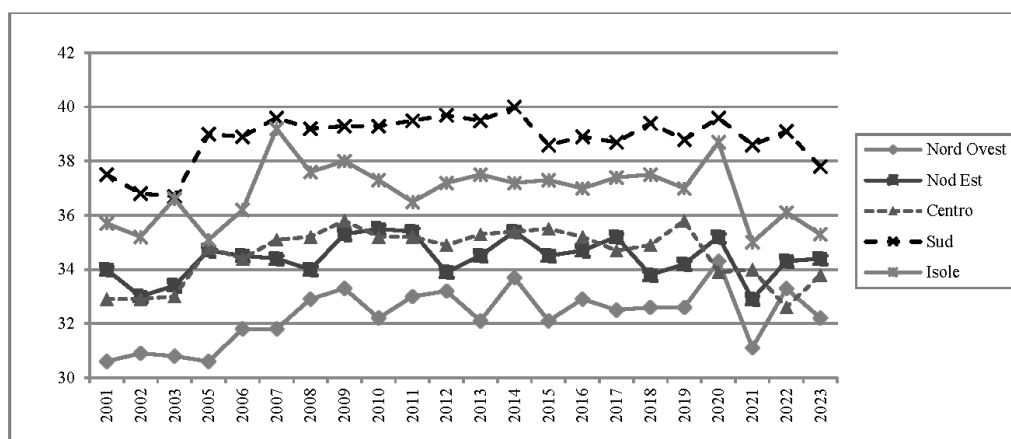
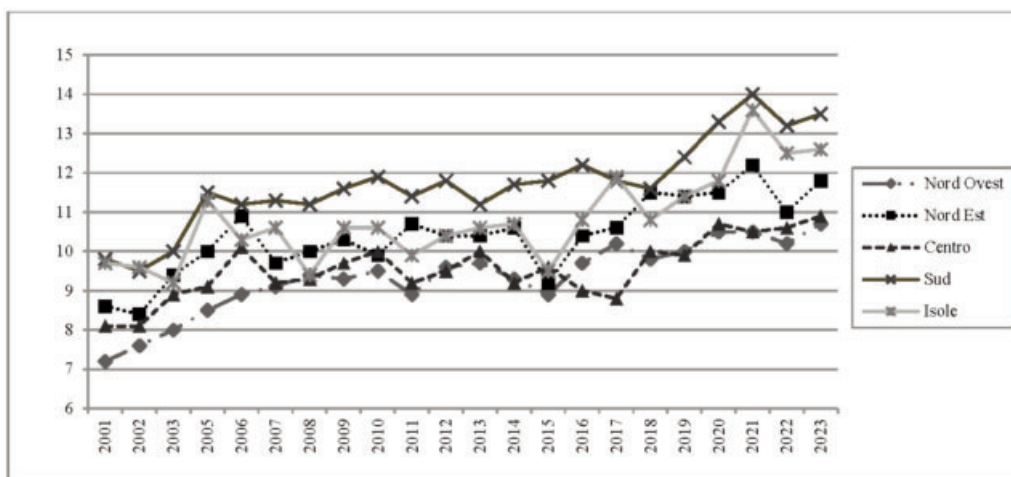


Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per macroarea - Anni 2001-2023

Sovrappeso



Obesità



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2025.

Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e classe di età - Anno 2023

Classi di età	Sovrappeso			Obesità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
18-24	18,3	13,0	15,7	4,5	3,9	4,2
25-34	31,9	18,3	25,2	8,8	7,5	8,2
35-44	39,8	21,6	30,7	11,4	8,2	9,8
45-54	46,1	26,8	36,4	14,3	9,9	12,1
55-64	48,0	31,0	39,3	16,5	12,0	14,2
65-74	50,9	35,1	42,7	17,0	14,9	15,9
75+	46,6	37,3	41,0	13,7	13,8	13,8
Totale	42,0	27,6	34,6	13,0	10,7	11,8

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Obesità e sovrappeso sono condizioni prevenibili (3). È necessario sensibilizzare cittadini e Istituzioni e incoraggiare la prevenzione dell'obesità, evitando discriminazioni, pregiudizi e l'uso di un linguaggio stereotipato e stigmatizzante sulle persone che vivono con l'obesità (4). Molte le indicazioni finalizzate alla promozione di una sana alimentazione e ad un corretto stile di vita, tra cui l'aumentare il consumo di cereali integrali, pesce, verdure e frutta. Necessario limitare il consumo di sale e di bevande alcoliche e aumentare quello di acqua nonché scegliere un'attività fisica soddisfacente ed essere costante (5). Sono state anche elaborate delle *roots* necessarie per un corretto approccio alla prevenzione e cura: capire i motivi biologici legati all'insorgere del sovrappeso; pubblicizzare il ruolo negativo del cibo elaborato che ormai è diffuso in tutto il mondo; valutare la presenza di rischi di tipo genetico legati all'insorgenza della condizione di eccesso di peso; sostenere l'importanza del supporto di specialisti

di Medicina dell'Obesità; considerare i cambiamenti del peso legati al ciclo di vita; analizzare il ruolo delle politiche di *marketing* tese alla vendita e consumo di cibi poveri di nutrienti e ricchi di grassi; mettere in evidenza come la presenza di malattie mentali e il consumo di farmaci possano indurre aumento di peso; sottolineare che la mancanza di sonno o la presenza di sonno irregolare inducono ad alti livelli di stress e a condizioni di sovrappeso (3, 4).

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.
- (2) Disponibile sul sito: www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738.
- (3) Disponibile sul sito: www.oecd.org/italy/Heavy-burden-of-obesity-Media-country-note-ITALY-In-Italian.pdf.
- (4) Disponibile sul sito: www.worldobesity.org/what-we-do/world-obesity-day.
- (5) Disponibile sul sito: www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/linee-guida-per-una-sana-alimentazione-2018.

Eccesso di peso nei minori

Significato. La diffusione dell'obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno fortemente diffuso e che caratterizza non soltanto l'Italia e i Paesi europei, ma anche tutti i Paesi del resto del mondo, ad una velocità diversa a seconda del Paese in questione e seguendo differenti modelli di sviluppo. Mentre in passato l'obesità in età infantile veniva considerata un problema esclusivo dei Paesi ad alto reddito, attualmente si assiste ad un aumento dell'eccesso di peso anche in Paesi a basso e medio reddito, specialmente nei contesti urbani. A livello globale, l'OMS stima che circa 35 milioni di bambini sotto i 5 anni siano in eccesso di peso (Anno 2024) e che tra i bambini e adolescenti di età 5-19 anni tale condizione riguardi 340 milioni di ragazzi (Anno 2022) (1).

La diffusione del sovrappeso e dell'obesità tra bambi-

ni e ragazzi merita una particolare attenzione perché rappresenta un fattore di rischio per la salute che è connesso all'insorgenza di numerose patologie croniche (2). Numerosi studi hanno evidenziato come la condizione di obesità riscontrata tra bambini e ragazzi ha una forte capacità predittiva della presenza di obesità in età adulta (3, 4). Circa il 55% dei bambini obesi diventa obeso nell'adolescenza, circa l'80% degli adolescenti obesi sarà ancora obeso in età adulta e circa il 70% sarà obeso oltre i 30 anni (5).

In Italia, a partire dal 2010, l'Istat ha validato e reso disponibili le informazioni relative all'eccesso di peso (sovrappeso/obesità) dei minori di età 6-17 anni per analisi ed approfondimenti anche a livello di dati elementari. A partire dal 2019 sono stati resi disponibili anche i dati relativi ai bambini di età 3-5 anni.

Prevalenza media di minori in eccesso di peso

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Minori di età 3-17 anni in eccesso di peso
Popolazione dell'Indagine Multiscopo di età 3-17 anni

Validità e limiti. I dati vengono rilevati nell'ambito dell'Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" condotta annualmente su un campione di circa 20.000 famiglie, per un totale di oltre 42.000 individui.

Per la prima volta, quindi, sono disponibili periodicamente dati sull'eccesso di peso di una fascia estesa di minori (3-17 anni) rappresentativi a livello nazionale e subnazionale.

Per stimare la prevalenza dell'eccesso di peso tra i minori è stato calcolato l'IMC, ottenuto come rapporto tra il peso espresso in chilogrammi ed il quadrato dell'altezza espressa in metri, strumento agevole nelle analisi che riguardano ampi gruppi di popolazione e che viene diffusamente utilizzato anche a livello internazionale.

La possibilità di avere, tramite l'indagine dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana", informazioni periodiche sull'eccesso di peso di bambini e ragazzi, permette di monitorare la diffusione del fenomeno tra diversi gruppi di popolazione. Le analisi possono essere effettuate, infatti, con riferimento a diverse fasce di età o differenti zone territoriali (regioni o in alternativa macroaree ottenute da un loro raggruppamento); in relazione a informazioni di tipo familiare (eccesso di peso dei genitori, livello socio-economico della famiglia etc.) o rispetto ad indicatori che si riferiscono agli stili di vita dei minori (attività fisico-sportiva pratica *vs* sedentarietà). Inoltre, è possibile effettuare confronti con la diffusione del fenomeno a livello internazionale.

I dati vengono forniti come stime biennali che costituiscono valori più robusti e che permettono, quindi, un livello di analisi anche subnazionale.

I dati di peso ed altezza utilizzati per la stima della prevalenza dell'eccesso di peso dei minori sono ottenuti tramite autodichiarazione (diretta per i ragazzi di età 14-17 anni e in modalità *proxy* per i bambini e ragazzi di età 3-13 anni) e non tramite misurazione diretta. La modalità di rilevazione costituisce, di per sé, un limite perché è noto in letteratura che l'IMC ottenuto tramite dati autodichiarati comporta problemi di stima del fenomeno (sottostima e sovrastima).

Per la definizione di sovrappeso e obesità sono stati utilizzati i valori soglia per l'IMC desunti da Cole e Lobstein (6) perché rappresentano valori di riferimento ampiamente utilizzati negli ultimi anni in numerosi studi nazionali ed internazionali. Tali *cut point*, tuttavia, non rappresentano gli unici valori di riferimento disponibili. Infatti, mentre per l'IMC degli adulti si è arrivati ormai ad un consenso internazionale sui valori soglia da adottare (valori di IMC ≥ 25 per il sovrappeso e ≥ 30 per l'obesità), ciò non è avvenuto per i minori e, ad oggi, non esiste ancora una convergenza in tal senso¹. Il fatto di avere a disposizione diversi standard pone, tuttavia, seri problemi nella stima del fenomeno perché porta ad avere differenti stime, a volte anche molto diverse tra di loro, a seconda dei valori soglia utilizzati.

¹Tra i *cut point* più utilizzati a livello internazionale, possiamo citare anche i *cut point* CDC-2000, WHO-2006, Cole-IOTF 2000. Nel contesto italiano va citato lo studio condotto da Cacciari et al. per la definizione di *cut point* specifici per bambini e ragazzi italiani di età 2-20 anni.

Valore di riferimento/Benchmark. Per l'eccesso di peso dei bambini e ragazzi non è disponibile un valore standard a cui fare riferimento, si possono, quindi, assumere come riferimento i valori più bassi registrati nel biennio considerato (2022-2023). La valutazione dei valori osservati va anche vista in un'ottica di andamento temporale che valuti i cambiamenti intervenuti (in termini di miglioramento, stabilità o peggioramento) specialmente nei gruppi di popolazione in cui il fenomeno è più diffuso (maschi, 3-10 anni, residenti al Sud e nelle Isole, provenienti da famiglie in cui almeno uno dei genitori è in eccesso di peso etc.).

Descrizione dei risultati

I dati più recenti a disposizione, relativi al biennio 2022-2023 indicano che in Italia oltre un ragazzo su quattro, tra i 3-17 anni (pari al 26,7%), risulti in eccesso di peso. Analizzando più nel dettaglio la distribuzione per fasce di età, emerge come il fenomeno sia particolarmente diffuso tra i bambini di età 3-10 anni, dove la percentuale arriva a circa il 33%. I valori più alti si registrano tra le femmine di età 3-5 anni e i maschi di età 6-10 anni. Con l'aumentare dell'età, la prevalenza di sovrappeso e obesità tende progressivamente a diminuire, fino a raggiungere il minimo tra gli adolescenti di età 14-17 anni, con un valore del 17,4% (Tabella 1).

Questa tendenza legata all'età si conferma stabile nel tempo, con livelli costantemente più elevati nelle fasce di età più giovani come già osservato in passato. Anche nel biennio 2022-2023 si conferma una marcata differenza di genere: i maschi presentano una prevalenza più alta di eccesso di peso rispetto alle femmine (29,3% vs 24,0%).

Queste differenze diventano particolarmente evidenti a partire dalla fascia di età 6-10 anni e tendono ad aumentare nelle età successive.

L'andamento negli ultimi anni mostra una diminuzione del fenomeno tra il 2010-2011 e il 2016-2017 (dal 28,5% al 25,5%), seguita da una fase di stabilità fino al 2018-2019. A partire dal 2020-2021 si registra una

nuova crescita, proseguita fino al 2021-2022 (27,2%). Nel biennio 2022-2023 si osserva, invece, una lieve flessione.

Anche tra bambini e ragazzi si rileva un marcato gradiente territoriale, che si è consolidato nel tempo. Le prevalenze di sovrappeso e obesità aumentano sensibilmente procedendo dal Nord al Sud del Paese, delineando una geografia in cui ben 7 delle 10 regioni con valori superiori alla media nazionale si trovano nel Mezzogiorno.

I livelli più elevati, con oltre un terzo dei minori in eccesso di peso, si registrano in Campania (36,5%), Calabria (35,8%), Basilicata (35,0%) e Sicilia (33,8%). Al contrario, le percentuali più basse si osservano nelle PA di Trento e Bolzano (rispettivamente, 15,1% e 17,4%), in Friuli-Venezia Giulia (18,4%) e in Lombardia (19,5%) (Tabella 2).

I comportamenti dei genitori influenzano in modo significativo quelli dei figli, soprattutto durante l'infanzia e l'adolescenza. La famiglia rappresenta un contesto fondamentale per la trasmissione intergenerazionale di conoscenze, abitudini, norme e valori. Inoltre, i membri della famiglia condividono lo stesso status socio-economico, che può incidere sulla propensione ad adottare comportamenti a rischio, come evidenziato anche in relazione al titolo di studio (7). L'eccesso di peso mostra una forte componente familiare. Tra i bambini e ragazzi che vivono in famiglie dove almeno uno dei genitori è in sovrappeso o obeso, la prevalenza dell'eccesso ponderale risulta sistematicamente più alta rispetto a chi ha genitori normopeso. In particolare, nel biennio 2022-2023, l'eccesso di peso raggiunge il 36,1% quando entrambi i genitori ne sono affetti, il 25,7% se riguarda solo la madre, il 28,2% se solo il padre, e scende al 21,6% quando entrambi i genitori non presentano questa condizione (Tabella 3). Tali evidenze si confermano anche nell'analisi effettuata per le diverse macroaree del Paese, anche se si registrano distanze più marcate tra livelli socio-economici più elevati e livelli socio-economici meno elevati al Centro-Nord rispetto al Mezzogiorno.

Tabella 1 - Prevalenza media (valori per 100) di minori in eccesso di peso per genere e classe di età - Anni 2022-2023

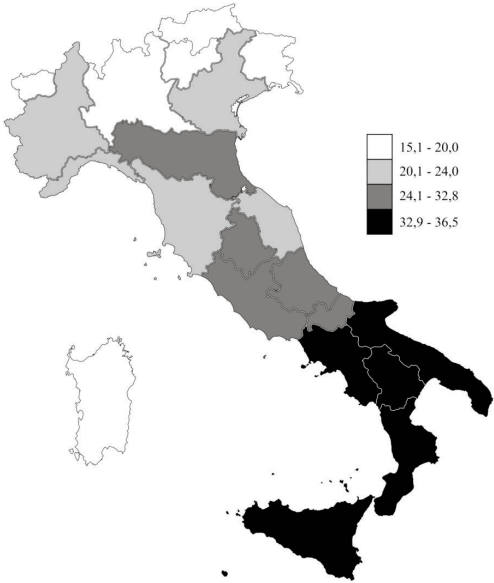
Classi di età	Maschi	Femmine	Totale
3-5 anni	33,2	34,5	33,8
6-10 anni	33,6	31,3	32,5
11-13 anni	29,8	18,9	24,6
14-17 anni	21,5	13,0	17,4
Totale	29,3	24,0	26,7

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Tabella 2 - Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per regione - Anni 2022-2023

Regioni	Eccesso di peso
Piemonte	21,3
Valle d’Aosta-Vallée d’Aoste	20,0
Lombardia	19,5
Bolzano-Bozen	17,4
Trento	15,1
Veneto	24,0
Friuli-Venezia Giulia	18,4
Liguria	23,6
Emilia-Romagna	27,8
Toscana	22,3
Umbria	29,2
Marche	22,2
Lazio	28,1
Abruzzo	32,0
Molise	32,3
Campania	36,5
Puglia	33,2
Basilicata	35,0
Calabria	35,8
Sicilia	33,8
Sardegna	20,0
Italia	26,7

Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per regione. Anni 2022-2023



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Tabella 3 - Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per alcune caratteristiche genitori/famiglia - Anni 2022-2023

Caratteristiche genitori/famiglia	Prevalenza media
<i>Titolo di studio</i>	
Dottorato di ricerca e Laurea	22,3
Diploma scuola superiore	26,3
Scuola dell'obbligo	34,2
<i>Risorse economiche della famiglia</i>	
Risorse economiche Ottime-adequate	24,8
Risorse economiche scarse o insufficienti	30,1
<i>Eccesso di peso dei genitori</i>	
Né il padre né la madre in eccesso di peso	21,6
Solo la madre in eccesso di peso	25,7
Solo il padre in eccesso di peso	28,2
Sia il padre che la madre in eccesso di peso	36,1
Totale	26,7

Nota: si considerano solo i bambini ed i ragazzi che vivono con almeno un genitore.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'obesità tra bambini e ragazzi è un fenomeno sempre più diffuso, sia in Italia che nel resto del mondo, e merita particolare attenzione. Più della metà dei bambini obesi tende a rimanere obesa in adolescenza, e circa l'80% degli adolescenti obesi lo sarà anche in età adulta. È, quindi, fondamentale intervenire precocemente per prevenire e contrastare l'obesità nei più giovani, anche in considerazione delle gravi conseguenze sulla salute.

Disporre periodicamente di dati sull'eccesso di peso tra bambini e ragazzi consente di monitorare il fenomeno e di individuare i gruppi più a rischio: in particolare, i maschi, i figli di genitori in sovrappeso, le famiglie con basso livello socio-economico e i residenti nelle regioni meridionali. Le forti disparità territoriali evidenziano la necessità di interventi mirati, che tengano conto delle specificità locali.

Nelle aree dove l'obesità infantile è più diffusa, è utile rafforzare le iniziative di educazione alimentare, promozione dell'attività fisica e supporto alle famiglie, coinvolgendo attivamente scuole e comunità locali. In un'ottica di equità, è essenziale agire sulle determinanti sociali che alimentano il divario tra Nord e Sud ed Isole, per garantire pari opportunità di crescita e salute a tutti i bambini, indipendentemente dal contesto di origine (8).

Disporre di strumenti teorici e dati aggiornati è cruciale per costruire strategie efficaci di prevenzione. In questo contesto, la famiglia svolge un ruolo centrale nell'educazione dei figli, trasmettendo stili di vita sani attraverso una corretta alimentazione e l'incoraggiamento all'attività fisica e sportiva. Per questo, è importante prevedere interventi di sostegno che aiutino le famiglie a svolgere al meglio il proprio compito educativo.

Anche la scuola può essere un importante alleato, attraverso programmi di educazione alimentare (9) e l'introduzione di attività motorie regolari (10). Questi percorsi educativi contribuiscono alla diffusione di comportamenti salutarie, fondamentali per contrastare l'obesità e promuovere il benessere dei più giovani.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Obesity and Overweight Fact sheet, 7 May 2025.
- (2) Reilly J.J., Methven E., McDowell Z.C., Hacking B., Alexander D., Stewart L., Kelnar C. J. H. Health consequences of obesity. Arch. Dis. Children 2003, 88; 748-752.
- (3) Serdula M.K., Ivery D., Coates R.J., Freedman D.S., Williamson D.F., Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature. Preventive Medicine 1993, 22: 167-77.
- (4) Pomi, A.L., Pepe, G., Aversa, T. et al. (2024) Early adiposity rebound: predictors and outcomes. Ital J Pediatr 50, 98. <https://doi.org/10.1186/s13052-024-01671-4>.
- (5) Simmonds M., Llewellyn A., Owen C. G., Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. Obesity Reviews 2016 Feb;17(2):95-107.
- (6) Cole T.J., Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. Pediatr Obes 2012; 7: 284-94.
- (7) Grassi T, et al. Socio-Economic and Environmental Factors Associated with Overweight and Obesity in Children Aged 6-8 Years Living in Five Italian Cities (the MAPEC_LIFE Cohort). Journal: Int. J. Environ. Res. Public Health, 2016.
- (8) Lazzeri G., et al. (2013). Overweight among students aged 11-15 years and its relationship with breakfast, area of residence and parents' education: Results from the Italian HBSC 2010 cross-sectional study. Public Health Nutrition.
- (9) Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste. "Frutta e verdura nelle scuole". Disponibile sul sito: www.fruttanellescuole.gov.it/home.
- (10) Sport e Salute, Ministero dell'istruzione e del merito (MIM). "Scuola Attiva Kids". Disponibile sul sito: www.sportosalute.eu/progettoscuolattiva/kids/il-progetto.html.

Attività fisica

Significato. Svolgere attività fisica con regolarità favorisce uno stile di vita sano, con notevoli benefici di tipo psicofisico per l'individuo. L'attività fisica, infatti, concorre a migliorare la qualità della vita: aumenta il benessere psicologico attraverso lo sviluppo dei rapporti sociali ed il rafforzamento di valori importanti come lo spirito di gruppo, la solidarietà e la correttezza, ed è associata positivamente allo stato di salute. In particolare, chi pratica regolarmente l'attività fisica riduce, significativamente, il rischio di avere problemi di ipertensione, malattie cardiovascolari, diabete tipo 2, osteoporosi, depressione, traumi da caduta (principalmente negli anziani) e alcuni tipi di cancro (soprattutto tumore del colon retto e della mammella), prevenendo la morte prematura (1). Le stime globali sull'attività fisica indicano che circa un adulto su tre non raggiunge i livelli globali raccomandati di attività fisica e l'80% della popolazione mondiale adolescente non è sufficientemente attiva.

Prevalenza di persone che praticano sport o attività fisica

Numeratore	Persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport o attività fisica	
Denominatore	Popolazione dell'Indagine Multiscopo Istat di età 3 anni ed oltre	$\times 100$

Validità e limiti. Per quanto riguarda la pratica di sport ed attività fisica, sono stati analizzati i dati relativi all'Indagine Istat "Aspetti della vita quotidiana", condotta nel 2023 su un campione di 18.560 famiglie, per un totale di circa 41.000 individui. Si considera come pratica sportiva quella svolta nel tempo libero, con carattere di continuità o saltuariamente, dalla popolazione di età 3 anni ed oltre. Tra coloro che praticano solo qualche attività fisica sono, invece, compresi quelli che si dedicano a passatempi che comportano, comunque, movimento (fare passeggiate di almeno 2 Km, nuotare, andare in bicicletta o altro); infine, i sedentari sono coloro che dichiarano di non praticare sport, né altre forme di attività fisica. L'attività sportiva rilevata si basa su una valutazione soggettiva dei rispondenti. I dati sono stati ottenuti mediante intervista diretta dei rispondenti di età 14 anni ed oltre, mentre per i bambini e ragazzi al di sotto dei 14 anni le informazioni sono state fornite da un genitore o altro adulto.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza di persone che praticano sport e attività fisica può essere considerata in riferimento alla regione con i valori più elevati.

Le donne sono meno attive degli uomini. Questo dato è rimasto invariato dal 2000. Dopo i 60 anni, i livelli di inattività fisica aumentano sia negli uomini che nelle donne. L'81% degli adolescenti (di età compresa tra 11-17 anni) risulta fisicamente inattivo. Le ragazze adolescenti sono meno attive dei coetanei maschi: l'85% vs il 78% non rispetta le Linee Guida dell'OMS (2). Risulta, quindi, molto importante il passaggio dalla sedentarietà ad un livello di attività fisica anche modesto e l'adozione di uno stile di vita più sano, ad esempio attraverso il trasporto attivo come camminare o andare in bicicletta. È stato, inoltre, evidenziato che non esiste una precisa soglia al di sotto della quale l'attività fisica non produca effetti positivi per la salute (3). A fronte di tali considerazioni, si ritiene di fondamentale utilità monitorare, attraverso sistemi di sorveglianza, i quadri epidemiologici e misurare il fenomeno nella popolazione per individuare adeguati interventi di promozione della salute.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, oltre 21 milioni di persone dai 3 anni ed oltre hanno praticato uno o più sport nel tempo libero, pari al 36,9% della popolazione. Di questi, il 28,3% lo ha fatto in modo continuativo, mentre l'8,6% in modo saltuario. A questi si aggiunge un ulteriore 27,9% di persone che ha svolto almeno una forma di attività fisica (come fare passeggiate di almeno 2 km o andare in bicicletta) (Tabella 1).

I dati di lungo periodo evidenziano un andamento positivo nella partecipazione sportiva, con un aumento particolarmente significativo della pratica continuativa, passata dal 19,1% del 2001 al 28,3% del 2023. Questa tendenza si è mantenuta stabile anche durante il periodo pandemico, nonostante le limitazioni imposte alle attività sportive, sia al chiuso che all'aperto. Parallelamente, è diminuita la quota di popolazione completamente sedentaria, cioè di coloro che non praticano né sport né alcuna attività fisica: dal 40,3% nel 2001 al 35,0% nel 2023.

La pratica sportiva è particolarmente diffusa tra i più giovani, soprattutto nella fascia di età compresa tra i 6-14 anni, dove quasi sette ragazzi su dieci svolgono attività sportiva in modo regolare. Tuttavia, a partire dai 15 anni si registra un calo significativo della partecipazione, più marcato tra le ragazze. Questa ten-

denza si accentua ulteriormente dopo i 25 anni, quando gli impegni lavorativi e familiari iniziano a limitare il tempo a disposizione per lo sport. La partecipazione cala sensibilmente anche tra la popolazione anziani: solo il 23,4% delle persone tra i 65-74 anni pratica sport, percentuale che scende al 9,6% tra gli *over 74* (Tabella 2). È, comunque, da segnalare un netto miglioramento rispetto al 2001, quando solo il 7,1% dei 65-74enni e appena il 2,7% degli ultra 74enni risultavano attivi.

Parallelamente, la sedentarietà tende ad aumentare con l'età. Circa due giovani su dieci, fino ai 24 anni, conducono uno stile di vita prevalentemente sedentario; una percentuale che sale drasticamente con l'invecchiamento, fino a coinvolgere quasi sette persone su dieci tra gli *over 75* anni (4). Questi dati evidenziano l'urgenza di promuovere politiche e interventi efficaci che incentivino la continuità dell'attività fisica lungo tutto l'arco della vita, al fine di contrastare gli effetti negativi della sedentarietà e favorire il benessere psicofisico.

La partecipazione sportiva mostra anche importanti differenze di genere. Nel 2023, il 42,6% degli uomini pratica sport, rispetto al 31,5% delle donne. Tuttavia, negli ultimi decenni si è registrata una crescita più marcata tra le donne, con una leggera riduzione del divario di genere da 13,0 p.p. nel 2001 agli attuali 11,1 p.p.. Nonostante i progressi, persistono disuguaglianze significative in alcune fasce di età, dove la distanza tra uomini e donne supera ancora i 10 p.p.. È interessante osservare che tra i bambini di età 3-5 anni non emergono differenze rilevanti tra maschi e femmine, segno di una sostanziale parità nella prima infanzia. Con l'avanzare dell'età, però, le disparità si ampliano, sottolineando la necessità di azioni mirate per favorire

una maggiore partecipazione femminile, soprattutto nei gruppi in cui il divario risulta più marcato.

L'analisi territoriale mostra una differente attitudine alla pratica sportiva tra le diverse regioni del Paese che, verosimilmente, riflette anche una diversa disponibilità di strutture organizzate. Le regioni del Meridione si caratterizzano per la quota più bassa di persone che dichiarano di dedicarsi allo sport nel tempo libero, fatta eccezione per la Sardegna dove il 36,1% dichiara di praticare attività sportiva in modo continuativo o saltuario. Le regioni che registrano la più bassa quota di praticanti sportivi sono: Calabria (24,0%), Campania (24,4%), Sicilia (26,0%), e Basilicata (26,1%), mentre le regioni settentrionali, in particolare la PA di Bolzano (60,0%), la PA di Trento (47,7%) e la Valle d'Aosta (46,1%) rappresentano le zone del Paese con la quota più elevata di persone che praticano sport.

Anche per quanto riguarda la pratica di qualsiasi attività fisica, si registra un gradiente decrescente da Nord verso Sud e Isole.

La sedentarietà, invece, è inversamente proporzionale alla tendenza sinora registrata: emerge che, nella maggior parte delle regioni meridionali, più della metà della popolazione non pratica sport né attività fisica. In particolare, in Basilicata, Campania e Sicilia si osservano le quote più elevate di sedentari (con valori >50%).

Considerando l'ampiezza demografica dei Comuni, nel 2023, i livelli più alti di partecipazione si sono registrati nei Comuni centrali delle aree metropolitane (41,8%) e nelle zone limitrofe (35,6%), mentre nei Comuni più piccoli, con meno di 2.000 abitanti, la percentuale scende al 28,9% (dati non presenti in tabella).

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere - Anni 2001-2003, 2005-2023

Anni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Maschi					
2001	23,1	13,2	28,8	34,2	0,7
2002	23,9	12,4	27,9	35,1	0,6
2003	25,1	12,3	26,9	35,1	0,6
2005	25,2	12,9	26,4	34,7	0,8
2006	24,4	12,7	26,1	36,0	0,9
2007	24,8	11,9	28,1	34,5	0,7
2008	25,8	12,0	26,1	35,3	0,8
2009	25,8	11,6	25,8	36,1	0,6
2010	27,7	12,0	26,2	33,5	0,6
2011	26,1	12,5	26,0	34,9	0,4
2012	26,5	11,3	27,2	34,5	0,5
2013	26,0	11,1	26,3	36,2	0,3
2014	27,1	10,3	26,7	35,5	0,4
2015	28,3	11,4	24,8	35,1	0,4
2016	29,7	11,1	24,0	34,8	0,4
2017	28,9	11,1	26,2	33,4	0,4
2018	30,0	11,3	26,9	31,6	0,2
2019	31,2	9,8	27,5	31,5	0,0
2020	32,3	10,4	26,4	30,8	0,1
2021	27,9	11,9	29,9	30,3	..
2022	30,9	9,3	26,2	33,6	-
2023	32,9	9,7	26,2	31	0,2
Femmine					
2001	15,3	8,0	29,9	46,1	0,6
2002	15,7	7,6	29,3	46,9	0,6
2003	16,3	7,9	28,1	47,0	0,7
2005	16,9	7,9	29,8	44,5	0,8
2006	16,8	8,1	28,4	45,9	0,8
2007	16,7	7,4	31,0	44,2	0,6
2008	17,6	7,5	29,2	44,9	0,8
2009	17,5	7,6	29,4	44,8	0,7
2010	18,1	8,5	30,1	42,8	0,5
2011	18,0	7,9	29,2	44,4	0,6
2012	17,6	7,3	31,1	43,5	0,6
2013	17,2	7,3	29,4	45,8	0,3
2014	19,2	7,0	29,5	44,1	0,3
2015	19,5	7,7	28,1	44,3	0,4
2016	20,8	8,3	27,2	43,4	0,3
2017	21,0	7,2	28,9	42,5	0,4
2018	21,7	8,0	30,1	40,0	0,3
2019	22,2	7,0	31,1	39,5	0,1
2020	22,1	8,7	29,7	39,4	0,1
2021	19,6	10,0	33,5	36,9	..
2022	21,8	7,4	30,2	40,6	..
2023	24,0	7,5	29,4	38,8	0,2

Tabella 1 - (segue) *Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere - Anni 2001-2003, 2005-2023*

Anni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
	Totale				
2001	19,1	10,6	29,4	40,3	0,6
2002	19,7	9,9	28,6	41,2	0,6
2003	20,6	10,1	27,5	41,2	0,6
2005	20,9	10,3	28,2	39,8	0,8
2006	20,5	10,3	27,3	41,1	0,8
2007	20,6	9,6	29,6	39,5	0,7
2008	21,6	9,7	27,7	40,2	0,8
2009	21,5	9,6	27,7	40,6	0,6
2010	22,8	10,2	28,2	38,3	0,6
2011	21,9	10,1	27,6	39,8	0,5
2012	21,9	9,3	29,2	39,1	0,5
2013	21,5	9,1	27,9	41,2	0,3
2014	23,1	8,6	28,1	39,9	0,3
2015	23,8	9,5	26,5	39,9	0,4
2016	25,1	9,7	25,7	39,2	0,3
2017	24,8	9,1	27,6	38,1	0,4
2018	25,7	9,6	28,5	35,9	0,3
2019	26,6	8,4	29,4	35,6	0,0
2020	27,1	9,5	28,1	35,2	0,1
2021	23,6	10,9	31,7	33,7	..
2022	26,3	8,3	28,2	37,2	..
2023	28,3	8,6	27,9	35,0	0,2

- = indica che il fenomeno non esiste, oppure che il fenomeno esiste e viene rilevato, ma i casi non si sono verificati.

..= indica che il fenomeno esiste, ma non si raggiunge la metà della cifra relativa all'ordine minimo considerato.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2025.

Tabella 2 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per classe di età - Anni 2001-2003, 2005-2023

Anni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Maschi					
3-5	19,6	3,5	24,5	52,4	-
6-10	68,5	4,3	9,6	14,5	3,1
11-14	68,9	5,9	11,5	11,9	1,7
15-17	63,5	8,0	14,6	13,9	-
18-19	53,6	13,6	14,2	18,5	-
20-24	50,6	10,4	16,4	22,5	-
25-34	43,2	12,5	19,4	24,9	-
35-44	33,2	13,2	25,6	27,9	0,0
45-54	27,2	10,8	30,5	31,5	-
55-59	24,4	11,4	30,5	33,8	-
60-64	23,9	10,3	34,4	31,4	-
65-74	18,8	8,7	36,7	35,8	-
75+	9,6	4,4	31,4	54,7	-
Totale	32,9	9,7	26,2	31,0	0,2
Femmine					
3-5	27,0	2,6	21,9	48,5	-
6-10	59,5	4,4	10,5	20,9	4,8
11-14	54,6	6,4	17,3	21,4	0,3
15-17	43,9	10,4	24,9	20,9	-
18-19	34,6	8,8	27,2	29,3	-
20-24	39,0	12,1	25,8	23,0	-
25-34	30,0	10,5	30,6	28,8	-
35-44	23,0	10,0	32,0	35,0	-
45-54	23,4	10,0	34,6	32,1	-
55-59	21,7	8,1	35,6	34,5	-
60-64	17,8	7,9	36,2	38,1	-
65-74	14,3	5,2	35,8	44,5	0,0
75+	4,9	1,7	20,6	72,8	-
Totale	24,0	7,5	29,4	38,8	0,2
Totale					
3-5	23,0	3,1	23,3	50,6	-
6-10	64,0	4,3	10,0	17,7	3,9
11-14	62,2	6,1	14,2	16,4	1,1
15-17	54,4	9,1	19,3	17,1	-
18-19	43,9	11,2	20,9	24,0	-
20-24	45,0	11,3	21,0	22,8	-
25-34	36,8	11,6	24,9	26,8	-
35-44	28,1	11,6	28,8	31,4	0,0
45-54	25,2	10,4	32,6	31,8	-
55-59	23,0	9,7	33,1	34,2	-
60-64	20,8	9,1	35,3	34,8	-
65-74	16,5	6,9	36,3	40,3	0,0
75+	6,8	2,8	25,0	65,5	-
Totale	28,3	8,6	27,9	35,0	0,2

- = indica che il fenomeno non esiste, oppure che il fenomeno esiste e viene rilevato, ma i casi non si sono verificati.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2025.

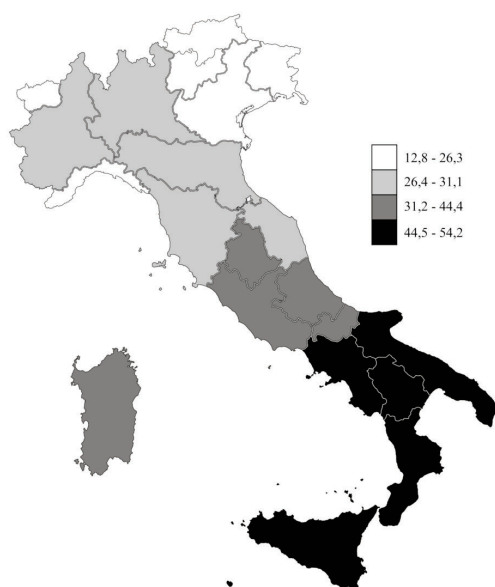
Tabella 3 - Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per regione - Anno 2023

Regioni	Sport in modo continuativo	Sport in modo saltuario	Qualche attività fisica	Nessuno sport	Non indicato
Piemonte	27,9	10,1	31,5	30,2	0,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	34,4	11,7	27,7	26,2	-
Liguria	27,6	8,1	33,2	31,1	-
Lombardia	32,8	10,4	30,1	26,3	0,4
Bolzano-Bozen	46,4	13,6	27,2	12,8	-
Trento	33,0	14,7	36,0	16,1	0,2
Veneto	32,9	12,3	30,6	24,0	0,2
Friuli Venezia Giulia	30,0	10,4	35,5	24,0	0,1
Emilia-Romagna	33,0	11,4	28,6	26,8	0,2
Toscana	31,7	7,8	29,7	30,5	0,2
Umbria	24,1	9,3	33,4	32,6	0,5
Marche	30,8	9,3	29,4	30,5	0,1
Lazio	31,0	8,2	28,0	32,4	0,4
Abruzzo	29,9	7,8	29,9	32,3	0,1
Molise	23,5	7,0	29,2	40,2	0,1
Campania	19,0	5,4	22,4	53,1	0,2
Puglia	23,1	5,3	21,8	49,7	0,1
Basilicata	19,9	6,2	19,7	54,2	-
Calabria	19,2	4,8	27,3	48,5	0,1
Sicilia	20,8	5,2	21,1	52,7	0,1
Sardegna	29,7	6,4	27,8	35,9	0,2
Italia	28,3	8,6	27,9	35,0	0,2

- = indica che il fenomeno non esiste, oppure che il fenomeno esiste e viene rilevato, ma i casi non si sono verificati.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2025.

Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che non praticano sport per regione. Anno 2023



Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante i livelli di sedentarietà restino ancora alti, più di una persona su tre non pratica né sport né attività fisica nel tempo libero, si registra un incremento nella quota di popolazione fisicamente attiva. Negli ultimi anni, sia a livello nazionale che internazionale, è cresciuta l'attenzione verso strategie efficaci per promuovere stili di vita più sani e ridurre i fattori di rischio legati all'inattività. I dati del 2023, pur eviden-

ziando molte criticità, mostrano comunque segnali positivi di cambiamento, con un numero crescente di individui che sceglie di integrare il movimento nella propria quotidianità. Resta tuttavia un significativo divario di genere, con le donne meno attive rispetto agli uomini, che richiede interventi mirati e inclusivi. Per la promozione dell'attività fisico-sportiva, di fondamentale importanza sono gli interventi che mirano alla promozione dell'attività fisica per i diversi *target*

di popolazione. La strategia europea “Guadagnare salute” (5), ad esempio, sostenuta anche dal PNP, è stata avviata in Italia da più di un decennio, per promuovere una sana alimentazione, la pratica regolare di attività fisica, il controllo del sovrappeso e dell’obesità, la lotta al fumo e al consumo dannoso di alcol, attribuendo un ruolo fondamentale al lavoro inter-istituzionale per la sensibilizzazione dei cittadini a migliorare gli stili di vita.

Il *Global action plan on physical activity 2018-2030* ha, inoltre, definito quattro obiettivi strategici e venti azioni politiche per ottenere una riduzione relativa del 15% nella prevalenza globale dell’inattività fisica tra gli adulti e gli adolescenti entro il 2030 (6, 9).

Per quanto riguarda le raccomandazioni WHO che stabiliscono le Linee Guida sulle quantità di attività fisico sportiva da praticare per avere effetti positivi sulla salute, a novembre 2020, l’OMS ha pubblicato le nuove raccomandazioni globali che hanno sostituito le Linee Guida del 2010 e che si basano sui più recenti progressi negli studi sui comportanti attivi/sedentari in associazione alle loro ricadute sulla salute (7). Tali raccomandazioni sono state fornite, per la prima volta, mettendo in evidenza l’associazione sia dei comportamenti attivi che di quelli sedentari e le ricadute di entrambi questi tipi di comportamento sulla salute. Le Linee Guida del 2020, inoltre, oltre a dare indicazioni sulla quantità di attività fisica (frequenza, intensità e durata) necessaria per offrire significativi benefici per la salute nelle diverse fasce di popolazioni distinte per

età (bambini, adolescenti, adulti e anziani), si sofferma anche su altri *target* di popolazione come le donne in gravidanza e dopo il parto e le persone che vivono in condizioni di disabilità o cronicità (8).

Riferimenti bibliografici

- (1) U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008.
- (2) World Health Organization (WHO). Physical activity Fact sheet. Disponibile sul sito: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity, 26 June 2024.
- (3) Wen, Wai, Tsai, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *The Lancet* 2011; 378: 1.244-1.253.
- (4) Istat. Fumo, alcol, eccesso di peso e sedentarietà - Anno 2023. Statistica report 17 dicembre 2024. Disponibile sul sito: www.istat.it/comunicato-stampa/fumo-alcol-eccesso-di-peso-e-sedentarieta-anno-2023.
- (5) Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007. Documento programmatico “Guadagnare salute - rendere facili le scelte salutari”. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 117, 22 maggio 2007 - Supplemento ordinario n. 119.
- (6) World Health Organization. *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world*. Geneva: World Health Organization; 2018.
- (7) World Health Organization. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization; 2010.
- (8) World Health Organization (WHO). “WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour”. Geneva: World Health Organization; 2020.
- (9) Janssen I. Physical activity guidelines for children and youth. *Can J Public Health* 2007; 98: S109-S121.

Consumi alimentari in ottica nutrizionale in Italia: Quarta Indagine sui Consumi Alimentari Italiani 2017-2020

Gruppo di ricerca “Studi sui consumi alimentari in ottica nutrizionale”

In Italia, le indagini nazionali volte alla rilevazione dei consumi alimentari individuali sono condotte dal Centro di ricerca Alimenti e Nutrizione (e dalle Istituzioni che hanno preceduto questo Centro di ricerca), da oltre 40 anni: Indagine Nazionale Nutrizione 1980-1984 (1), Indagine Nazionale Nutrizione - Consumi Alimentari 1994-1996 (2), Indagine Nazionale sulla Ricerca degli Alimenti e Nutrizione - Studio sui Consumi Alimentari Italiani 2005-2006 (3), Quarta Indagine sui Consumi Alimentari Italiani 2017-2020 (4) con un intervallo temporale, tra una e l'altra, di circa 10 anni e seguendo metodologie diverse legate all'evoluzione della ricerca nel campo specifico e, più recentemente, delle tecnologie disponibili (5). Esse si differenziano, inoltre, per la dimensione e l'unità campionaria rilevata; nelle prime tre, questa era costituita dalla famiglia, mentre nell'ultima indagine è rappresentata dal singolo individuo. L'ultima indagine “Studio sui Consumi Alimentari in Italia (IV SCAI)” (4) è stata realizzata secondo le metodiche armonizzate raccomandate dall'Autorità europea per la Sicurezza Alimentare (*European Food Safety Authority*), volte a rendere possibile il confronto dei consumi alimentari tra i diversi Paesi europei (6) e su ancora più larga scala a livello mondiale (7). In tutti gli studi la quantità consumata, in grammi giornalieri, è espressa in termini di alimenti crudi e al netto degli scarti di piatto (1-4; 6)

Le caratteristiche del modello di dieta in Italia

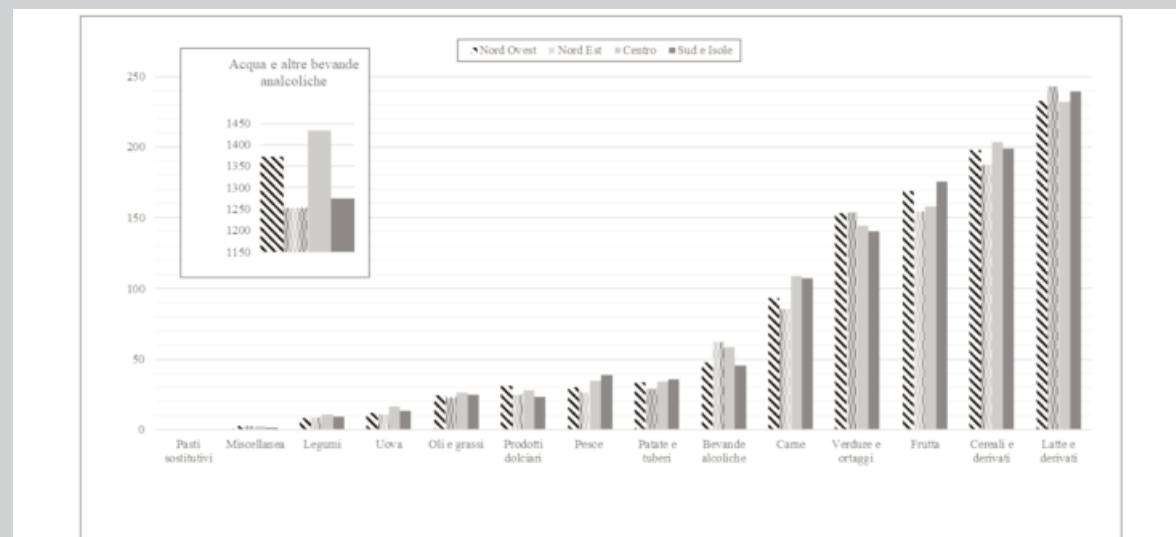
I consumi alimentari italiani presentano costantemente una caratterizzazione territoriale, almeno a livello delle ripartizioni geografiche principali, soprattutto per alcuni gruppi alimentari (Grafico 1). Le quantità medie consumate sono maggiormente contenute in campi di variazione sotto il 10% della media generale per “Verdure e ortaggi”, “Cereali e derivati” e “Latte e derivati”; si differenziano tra l'11-20% per “Frutta”, “Acqua e bevande analcoliche”, “Oli e grassi” e “Integratori e medicine fonti di nutrienti”; tra il 21-30% per “Legumi”, “Prodotti dolciari”, “Patate e tuberi” e “Carne”; tra il 31-40% per “Uova”, “Pesce” e “Bevande alcoliche”. “Miscellanea” e “Pasti sostitutivi” presentano maggiore variabilità, ma a fronte di valori molto piccoli.

Naturalmente, restano tutt'ora valide le differenze tra classi di età (e genere) che rispondono ad una diversità intrinseca dei fabbisogni.

Nel Grafico 2 vediamo i consumi in grammi giornalieri con l'indicazione della significatività per classi di età (3-9, 10-17, 18-64 e 65-74 anni) e genere (F e M) laddove interessanti. La frequenza di consumo riguarda diverse categorie di prodotti. Tutte le specifiche dettagliate sono riportate nella pubblicazione del Gruppo di ricerca Studi sui consumi alimentari in ottica nutrizionale (7).

Infine, il Grafico 3 evidenzia l'apporto energetico giornaliero da nutrienti (media generale 1.933 kcal/die). La composizione appare simile sia per classi di età che per genere. L'introito di alcool appare solo dall'età adolescenziale.

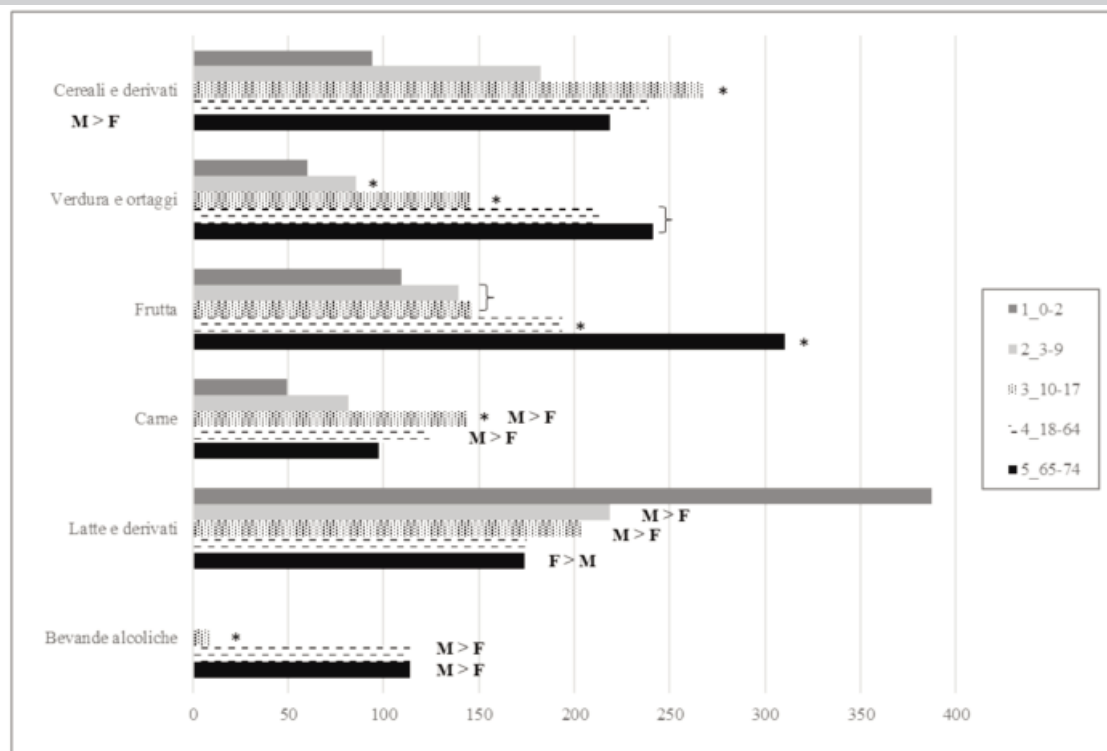
Grafico 1 - Consumo (valori in grammi/die) medio giornaliero di gruppi alimentari per persona per macroarea - Anni 2017-2020



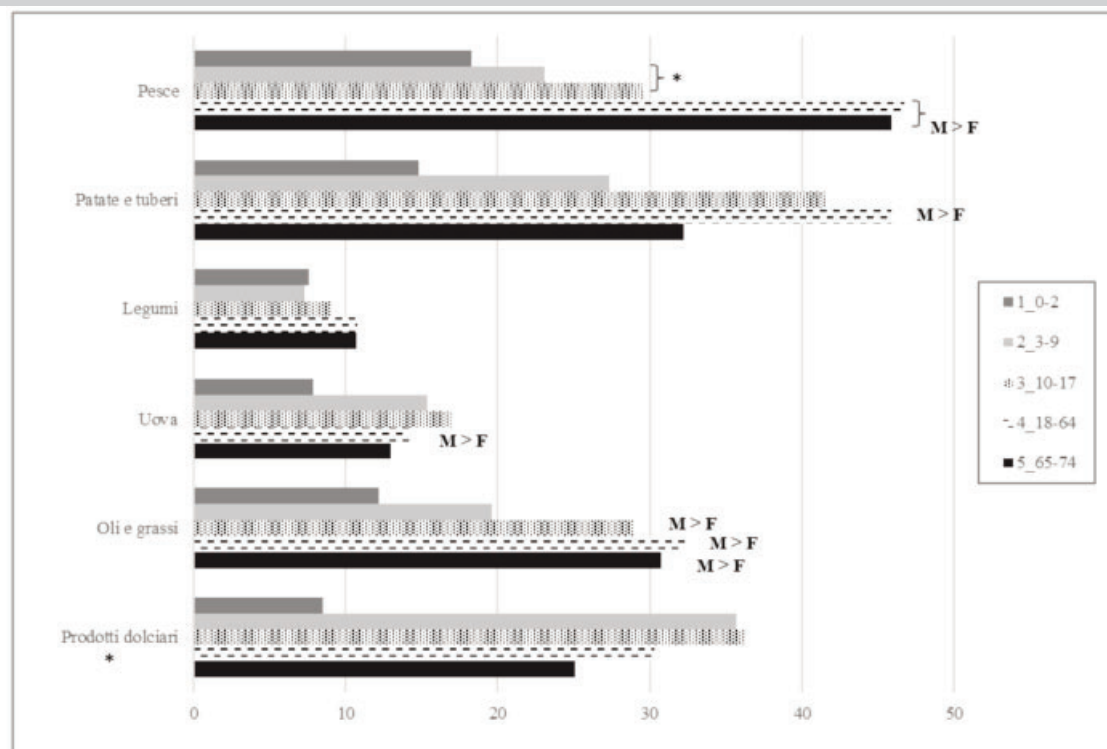
Fonte dei dati: Studio IV SCAI (8). Anno 2025.

Grafico 2 - Consumo (valori in grammi/die) medio giornaliero di gruppi alimentari per persona per classe di età - Anni 2017-2020

Gruppi alimentari con assunzione fino a 400 g /die



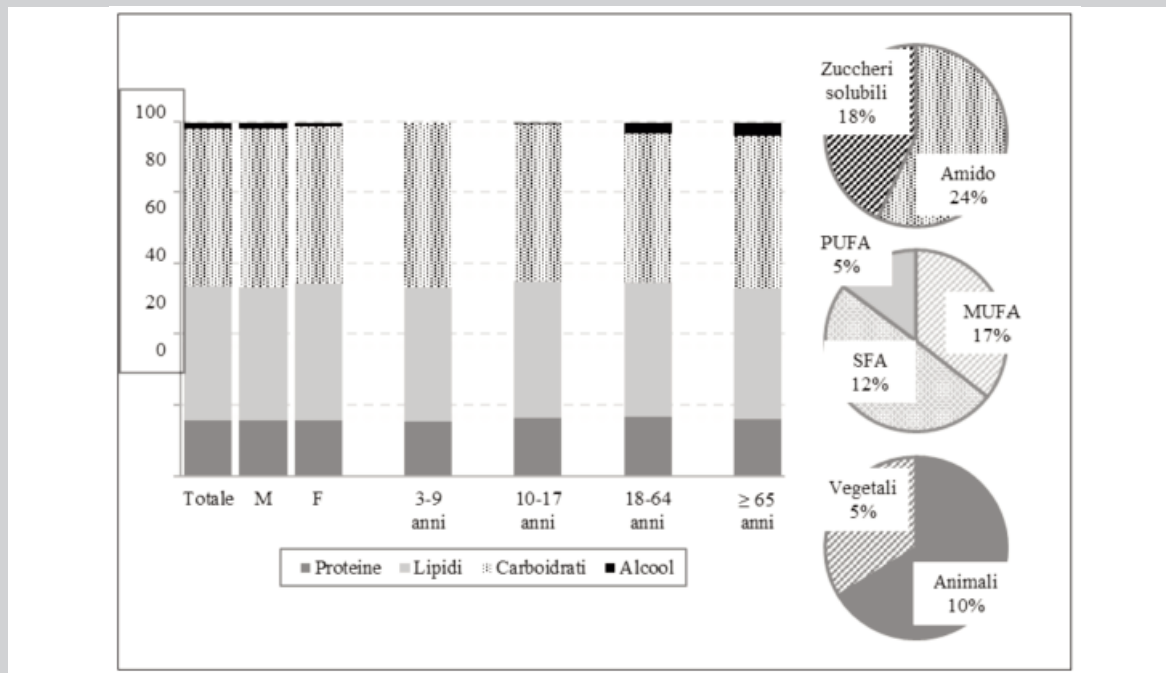
Gruppi alimentari con assunzione fino a 50 g /die



*Indica significatività per la classe (o le classi di età); M>F o F>M indicano significatività per la differenza tra i generi.

Fonte dei dati: Studio IV SCAI (8). Anno 2025.

Grafico 3 - Composizione della razione energetica (valori per 100) media giornaliera per classe di età - Anni 2017-2020



Fonte dei dati: Studio IV SCAI (8). Anno 2025.

I cambiamenti osservati nel tempo

Dagli anni Ottanta agli anni Novanta si osserva un aumento dei cibi già pronti, molto probabilmente collegato all'introduzione dell'orario continuato che costringe a un consumo fuori casa, specialmente nelle grandi città. Si è osservato anche un fenomeno di sostituzione dei cibi all'interno di un gruppo per fare posto agli alimenti con meno valore energetico (ad esempio, scende il latte intero per fare posto al latte parzialmente scremato, cresce il consumo di yogurt, dei formaggi *light* etc.). Il consumo di prodotti della pesca è cresciuto nel tempo, mentre si è ridotto il consumo di carni.

La tendenza che si osserva nei diversi studi vede la riduzione dell'assunzione al livello energetico che è coerente con la diminuzione costante del fabbisogno, data la prevalenza di attività sedentarie che correla anche con i livelli di sovrappeso e obesità, in particolare tra i bambini (9), anche se il lavoro costante nelle scuole italiane sembra aver prodotto qualche miglioramento nella percentuale di sovrappeso (10).

Criticità

Questo, in parte, potrebbe essere dovuto all'inevitabile autoselezione del campione perché la metodologia è piuttosto complessa e l'adesione richiede una motivazione più elevata, che è uno dei motivi per i quali la ricerca lavora sulla facilitazione della raccolta dei dati alimentari. Infatti, si è passati da una raccolta di dati a livello familiare a una raccolta di dati a livello individuale con la riduzione del periodo di osservazione (da una settimana, a 3 giorni e, infine, a 2 giorni) e l'adozione di strumenti per la raccolta dei dati controllata, ma più leggera (ad esempio, nelle indagini la bilancia è stata abbandonata e sostituita da supporti visivi per la stima della quantità (al netto degli scarti) e la forma cartacea della registrazione è stata sostituita da intervista per il ricordo delle 24 ore (24h *recall*) (6). È stato mantenuto il diario cartaceo per 2 giorni di rilevazione effettuata dai genitori, integrata dalle figure di riferimento quando mangiano fuori casa (ad esempio, insegnanti a scuola) con i bambini di età 0-14 anni (6). La raccolta dei dati richiede uno specifico *training* per l'acquisizione delle metodiche di rilevazione e il mantenimento di un elevato grado di accuratezza del dato al fine di ridurre al minimo il grado di incertezza (11-12). L'auto-registrazione al computer (13) o attraverso il telefono cellulare (5) potrebbe essere una soluzione, se adeguatamente gestita, ma solo da una certa età in avanti.

Gruppo di ricerca "Studi sui consumi alimentari in ottica nutrizionale": Giovina Catasta, Francisco Javier Comendador, Laura D'Addezio, Cinzia Le Donne, Marika Ferrari, Deborah Martone, Lorenza Mistura, Raffaella Piccinelli, Stefania Sette. Responsabile dello studio: Aida Turrini.

Riferimenti bibliografici

- (1) Saba, A., Turrini, A., Mistura, G., Cialfa, E., & Vichi, M. (1990). Indagine nazionale sui consumi alimentari delle famiglie 1980-84: alcuni principali risultati. *Rivista della Società Italiana di Scienza dell’Alimentazione*, 19(4): 53-65.
- (2) Turrini, A., Saba, A., Perrone, D., Cialfa, E., & D’Amicis, A. (2001). Food Consumption Patterns in Italy: the INN-CA Study 1994-96. *European Journal of Clinical Nutrition*, 55(7): 571-588.
- (3) Leclercq, C., Arcella, D., Piccinelli, R., Sette, S., Le Donne, C., Turrini, A. on behalf of the INRAN SCAI 2005-06 study group (2009): The Italian National Food Consumption Survey INRAN-SCAI 2005-06. Main results in terms of food consumption. *Public Health Nutrition*, 12(12): 2504-2532.
- (4) Mistura, L., Le Donne, C., D’Addezio, L., Ferrari, M., Comendador, F. J., Piccinelli, R., Martone D, Sette S, Catasta G, Turrini A, IV SCAI field work team. (2025). The Italian IV SCAI dietary survey: Main results on food consumption. The Italian IV SCAI dietary survey: Main results on food consumption. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases*: 103863.
- (5) Mistura L, Comendador Azcarraga FJ, D’Addezio L, Martone D, and Turrini A (2021): "An Italian Case Study for Assessing Nutrient Intake through Nutrition-Related Mobile Apps" *Nutrients* 13, no. 9: 3073. <https://doi.org/10.3390/nu13093073>.
- (6) EFSA, European Food Safety Authority (2014). Guidance on the EU Menu methodology. *EFSA Journal*, (12): 3944.
- (7) FAO/WHO (2025). Global Individual Food Consumption Data Tool. Disponibile sul sito: www.fao.org/gift-individual-food-consumption/en.
- (8) Gruppo di ricerca “Studi sui consumi alimentari in ottica nutrizionale” (2023). Studio sui Consumi Alimentari in Italia - IV SCAI: estratto dei risultati. Roma: CREA-Centro di ricerca Alimenti e Nutrizione. Disponibile sul sito: www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/iv-scai-studio-sui-consumi-alimentari-in-italia.
- (9) Bevilacqua, N., Branca, F., Cairella, G., Censi, L., D’Addesa, D., D’Amicis, A., Leclercq, C., Rossi, L., Saba, A., Sette, S., Tabacchi, G., Turrini, A. (2003). *MANUALE DI SORVEGLIANZA NUTRIZIONALE*, Roma: INRAN.
- (10) ISS, Istituto Superiore di Sanità (2024). Indagine nazionale 2023: il convegno del 10 maggio 2024. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2023-convegno-10-maggio-2024.
- (11) Turrini A, Catasta G, Censi L, Comendador Azcarraga FJ, D’Addezio L, Ferrari M, Le Donne C, Martone D, Mistura L, Pettinelli A, Piccinelli R, Saba A, Sette S, Barbina D, Guerrera D, Carbone P, Mazzaccara A on behalf of the Training Course Team, A Dietary Assessment Training Course Path: The Italian IV SCAI Study on Children Food Consumption, *Frontiers in Public Health*, 9, 2021, 56 DOI=10.3389/fpubh.2021.590315, ISSN=2296-2565 Corrigendum: A Dietary Assessment Training Course Path: The Italian IV SCAI Study on Children Food Consumption. Disponibile sul sito: www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.708291/full.
- (12) Le Donne C, Piccinelli R, Sette S, Martone D, Catasta G, Censi L, Comendador Azcarraga FJ, D’Addezio L, Ferrari M, Mistura L, Pettinelli A, Saba A, Barbina D, Guerrera D, Carbone P, Mazzaccara A and Turrini A (2022): Dietary assessment training: The Italian IV SCAI study on 10–74 year-old individuals’ food consumption. *Front. Nutr.* 9:954939. doi: 10.3389/fnut.2022.954939. Disponibile sul sito: www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2022.954939/full.
- (13) Subar, A.F., Kirkpatrick, S.I., Mittl, B., Zimmerman, T.P., Thompson, F.E., Bingley, C., Willis, G., Islam, N.G., Baranowski, T., McNutt, S., Potischman, N. (2012). The Automated Self-Administered 24-hour dietary recall (ASA24): a resource for researchers, clinicians, and educators from the National Cancer Institute. *J Acad Nutr Diet* 112 (8): 1.134-1.137. doi: 10.1016/j.jand.2012.04.016. Epub 2012 Jun 15. PMID: 22704899; PMCID: PMC3721511.

Incidenti

Gli incidenti stradali, quelli sul lavoro e quelli domestici si pongono come vere e proprie sfide nell'ambito della salute pubblica e della sicurezza poiché, pure essendo evitabili e malgrado il deciso impegno verso la loro riduzione, continuano a rappresentare le più rilevanti cause esterne di morbosità e di mortalità, con conseguenze notevoli sugli anni di vita in buona salute e sul rischio di disabilità. Gli incidenti generano perdite di vite e costi sanitari ed economici enormi, con un impatto diretto sul benessere individuale, sulla qualità della vita e sulla sostenibilità dei sistemi sociali e sanitari.

Il rischio di incidente si manifesta in diversi contesti della vita quotidiana: sulle strade, nei luoghi di lavoro, in casa o a scuola. In ciascuno di questi ambiti, le condizioni di sicurezza sono il risultato di un equilibrio tra diversi fattori: individuali (comportamenti, competenze e grado di attenzione), ambientali (infrastrutture, manutenzione e accessibilità), normativi (regolamenti, vigilanza, cultura della sicurezza e della prevenzione).

Oltre alle vittime dirette, gli effetti degli incidenti si estendono alle famiglie, alle imprese, al tessuto economico e alle Istituzioni, generando costi materiali e immateriali spesso sottovalutati. Le loro implicazioni vanno ben oltre il danno fisico immediato, fino a includere ricadute psicologiche a lungo termine, impatti sulla produttività e costi ingenti per i sistemi sanitari e previdenziali. Affrontare una tematica così trasversale e strettamente legata alla prevenzione, pertanto, richiede un approccio sistemico e multidisciplinare che coinvolga Istituzioni, Enti di ricerca, imprese e la società civile.

Da un lato, negli ultimi anni, tutto questo ha portato all'elaborazione di strategie e programmi di intervento integrati, basati sull'educazione, sull'informazione, sulla progettazione di ambienti sicuri e sulla responsabilizzazione individuale e collettiva. Dall'altro, la frammentazione degli interventi e l'assenza di una *governance* coordinata continuano a limitare l'efficacia delle possibili azioni di contrasto agli incidenti.

In questo contesto emerge nettamente la rilevanza degli aspetti legati alla misurazione e alla valutazione, con il ruolo fondamentale delle diverse fonti statistiche di interesse, al fine di rendere disponibili dati e indicatori il più completi e adeguati possibile alle analisi e al monitoraggio degli incidenti.

Basti pensare che ogni anno l'insieme degli incidenti è responsabile della morte di 4,4 milioni di persone in tutto il mondo, pari all'8,0% dei decessi totali, quasi il doppio del numero di vittime di HIV/AIDS, tubercolosi e malaria complessivamente (i dati più recenti disponibili dall'OMS si riferiscono al 2019) (1). La distribuzione geografica e le cause degli incidenti variano sensibilmente, ma la dimensione del problema è trasversale. Nei Paesi a reddito alto sono preponderanti gli incidenti domestici e gli infortuni legati allo stile di vita e all'invecchiamento della popolazione; nei Paesi a reddito medio-basso, il peso maggiore ricade, invece, sugli incidenti legati alla sicurezza stradale e alle precarie condizioni di lavoro.

Soffermando l'attenzione sul sottogruppo degli incidenti stradali, ogni anno quasi 1,2 milioni di persone perdono la vita sulle strade di tutto il mondo, pari a circa 3.300 al giorno, e circa 50 milioni restano ferite o invalide. Più di un quarto delle vittime e dei feriti sono pedoni e ciclisti, gli utenti più fragili delle strade.

Gli incidenti stradali continuano a rappresentare la principale causa di morte tra i bambini e i giovani di età compresa tra i 5-29 anni a livello mondiale (2, 3). Per queste ragioni, il Piano delle raccomandazioni internazionali pone la prevenzione al centro e, in particolare, rispetto agli incidenti stradali, evidenzia il ruolo fondamentale delle azioni di sensibilizzazione e di formazione da rivolgere sia ai conducenti sia agli altri utenti della strada. Tale piano evidenzia, inoltre, l'importanza di intensificare gli sforzi per la gestione della sicurezza stradale, attraverso un'attenzione costante rivolta alle persone, alle condizioni delle infrastrutture e dei veicoli. L'assistenza post-incidente (*post-crash care*) deve essere ulteriormente migliorata, così come va affrontato il crescente fenomeno della distrazione alla guida legata all'uso dei dispositivi mobili. Il nuovo obiettivo globale dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile (sottoscritta il 25 settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri dell'Organizzazione delle Nazioni Unite e approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite) individua inoltre come prioritario il dimezzamento delle vittime e dei feriti gravi in incidenti stradali entro il 2030.

A questo si aggiunge la crescente adesione dei Paesi a *Vision Zero*, un approccio trasversale alla prevenzione sviluppato dall'*International Social Security Association* che, per qualsiasi tipo di incidente, integra le tre dimensioni di sicurezza, salute e benessere: si basa sul presupposto che sia possibile prevenire tutti gli incidenti, i danni e le malattie legati al lavoro. Più specificatamente, per quanto riguarda gli incidenti stradali, *Vision Zero* si pone il traguardo di azzerarli entro il 2050. Per raggiungere gli obiettivi di *Vision Zero*, nel medio termine la Commissione europea sta implementando un vero e proprio *Road Safety System*, con un set di indicatori di prestazione (*Key Performance Indicators*) che anche l'Italia si impegna a produrre e a fornire con cadenza annuale.

Dal confronto tra i Paesi europei emerge che, nella maggior parte dei casi, sono disponibili politiche di sicurezza stradale, seppure con un'applicazione ancora molto disomogenea. In tal senso, il Commissario europeo per i Trasporti e il Turismo Sostenibili, A. Tzitzikostas, ha sottolineato che “sebbene la riduzione del 3% delle vittime stradali registrata nel 2024 nell'UE-27 rappresenti senz'altro un passo nella giusta direzione, non è affatto sufficiente. Ogni anno sulle nostre strade si perdono ancora troppe vite umane e si rende necessario accelerare gli sforzi per migliorare la sicurezza stradale, in particolare per gli utenti vulnerabili e nelle aree ad alto rischio, come le strade extraurbane: ogni morte, infatti, è una di troppo” (4).

Ulteriori approfondimenti mettono in luce che solo un numero molto ridotto di Paesi adotta disposizioni e provvedimenti per prevenire le altre tipologie di incidenti. In tema di mercato del lavoro, ad esempio, malgrado esistano normative consolidate in molti Stati membri dell'UE, la protezione dei lavoratori presenta ancora ampie disuguaglianze. Riguardo agli incidenti domestici e negli ambienti di vita, invece, l'*European Association for Injury Prevention and Safety Promotion*, utilizzando i dati di OMS e dell'*European Injury Database*, riporta che ogni anno in tutta l'UE si registrano circa 20 milioni di infortuni non intenzionali nelle abitazioni, nello sport e nelle Istituzioni. Si tratta di quasi il 52% del totale dei 38 milioni di infortuni che vengono curati ogni anno nei Dipartimenti di Emergenza degli Ospedali.

Nel contesto italiano, la prevenzione degli incidenti costituisce uno degli assi prioritari del PNP 2020-2025, che dedica due macro obiettivi specifici alla riduzione degli incidenti stradali, sul lavoro e domestici. Tale Piano promuove una cultura della prevenzione fondata sulla centralità della persona, sull'educazione ai comportamenti sicuri, sulla responsabilizzazione dei cittadini a partire dall'infanzia e sull'integrazione dei dati per ottenere risultati più robusti, capaci di sostenere politiche e azioni più efficaci. Con riferimento alle statistiche disponibili in Italia, nel presente Capitolo sono illustrati i dati del 2023 relativi agli incidenti stradali con lesioni a persone, ai feriti gravi, agli infortuni, alla mortalità sul lavoro e agli incidenti domestici. Questo Capitolo si conclude con un *Box* sugli infortuni sul lavoro degli occupati nati all'estero, per i quali è previsto l'obbligo di assicurazione all'INAIL.

Anticipando i dati più recenti del 2024, diffusi dall'Istat nel mese di luglio 2025, che saranno illustrati nel Rapporto Osservasalute del prossimo anno, in Italia si è consolidato definitivamente il ritorno a una mobilità su livelli analoghi a quelli del periodo pre-pandemia, con un aumento degli spostamenti per motivi di lavoro, di studio e di turismo (5). Il numero delle vittime a seguito di incidenti stradali è rimasto pressoché stabile (3.030, -0,3% rispetto al 2023), mentre si è registrato un aumento sia degli incidenti (173.364, +4,1%) sia dei feriti (233.853, +4,1%). Rispetto al 2019, nel 2024 le vittime e i feriti hanno registrato una diminuzione (rispettivamente, -4,5% e -3,1%), mentre gli incidenti stradali hanno registrato un leggero aumento (+0,7%). I feriti gravi a seguito di incidenti stradali, disponibili per il 2023, rappresentano circa l'8% dei feriti totali, sono pressoché stabili rispetto al 2022 (16.989, +0,7%) e in diminuzione rispetto al 2019 (-3,5%). Il loro rapporto per ciascun decesso è pari a 5,6, a sottolineare che il percorso verso il conseguimento degli obiettivi di sicurezza stradale è iniziato con difficoltà e i progressi sono lenti, ma gli sviluppi per gli anni futuri sono ottimistici.

Gli infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL nel 2023, nel settore dell'Industria e dei Servizi, sono stati 467.813 (-19,7% rispetto al 2022 e -7,1% rispetto al 2019). Gli eventi mortali sono stati 1.012 (-7,7% rispetto al 2022 e -3,3% rispetto al 2019). Dal 2022 al 2023, il tasso di infortuni per 100.000 addetti-anno si è ridotto da 3.201,4 a 2.484,5 mentre quello di mortalità è passato da 6,02 a 5,37. Nel complesso, gli andamenti mostrano una ripresa post-pandemia, ma anche l'emergere di nuove criticità legate alle condizioni di lavoro, alle infrastrutture e alle dinamiche di mobilità casa-lavoro (6). In questo ambito, risulta strategico investire in formazione continua, vigilanza, qualità delle infrastrutture e contrasto alla precarietà, con particolare attenzione ai lavoratori di cittadinanza straniera, che risultano i più esposti alle condizioni di rischio.

Nel 2023, dai dati dell'Indagine Multiscopo sugli Aspetti della vita quotidiana condotta dall'Istat, nei 3 mesi precedenti l'intervista gli incidenti in ambito domestico hanno coinvolto 534 mila persone, pari a 9,1 per 1.000 abitanti (7).

Di conseguenza, nell'arco di 12 mesi si può stimare che il fenomeno abbia coinvolto oltre 2 milioni di persone, pari a circa 36 individui ogni 1.000 abitanti: si tratta soprattutto di donne e di ultra 75enni. Il numero complessivo di incidenti domestici rilevati nei 3 mesi precedenti l'intervista è stato di 589 mila: sono spesso dovuti a cadute, ustioni, urti o contatti con sostanze pericolose. Per migliorare la copertura e la qualità dei dati relativi a tali incidenti, è necessaria una raccolta più sistematica e completa, anche sfruttando appieno il contributo dei dati sugli accessi al PS, al fine di progettare interventi mirati su ambienti, comportamenti e sottogruppi di popolazione a rischio.

Nel complesso, il presente Capitolo conferma la natura fortemente interdisciplinare degli incidenti e la rilevanza di potere contare su fonti statistiche, dati e indicatori integrati e aggiornati, al fine di contribuire a ridurre sia l'incidenza sia la gravità. Consolidare tale patrimonio informativo, infatti, rappresenta la chiave per monitorare l'evoluzione di tutti i tipi di incidente, pianificare politiche mirate e valutarne l'efficacia nell'adozione, con

l'obiettivo di promuovere e supportare una cultura della prevenzione realmente efficace e partecipata. Gli incidenti scaturiscono da una combinazione di fattori prevedibili e, soprattutto, prevenibili che devono essere affrontati in modo sistemico, attraverso interventi mirati, basati su buone pratiche consolidate e condivise. La comprensione di tali fattori e l'elaborazione di misure efficaci di contrasto rappresentano un elemento cruciale per costruire ambienti più sicuri ed equi, contribuendo a migliorare la qualità della vita delle persone e a contenere anche i costi sociali connessi.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization - WHO. 2022. Preventing injuries and violence: an overview. Disponibile sul sito: www.who.int/publications/i/item/9789240047136.
- (2) World Health Organization - WHO. 2023. Global status report on road safety 2023. Disponibile sul sito: www.who.int/publications/i/item/9789240086517.
- (3) Istituto Superiore di Sanità - ISS. EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/temi/incidenti/incidenti.asp.
- (4) European Commission. 18th March 2025. EU road fatalities drop by 3% in 2024, but progress remains slow. Disponibile sul sito: https://transport.ec.europa.eu/news-events/news/eu-road-fatalities-drop-3-2024-progress-remains-slow-2025-03-18_en.
- (5) Istituto Nazionale di Statistica - Istat, e Automobile Club d'Italia - ACI. 2025. Incidenti stradali in Italia. Anno 2024. Disponibile sul sito: www.istat.it/wp-content/uploads/2025/07/REPORT_INCIDENTI_STRADALI_2024.pdf.
- (6) Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - INAIL. Banca Dati Statistica. Disponibile sul sito: <http://bancadaticsa.inail.it/bancadaticsa/login.asp>.
- (7) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana. Anno 2023. Disponibile sul sito: www.istat.it/microdati/multiscopo-sulle-famiglie-aspetti-della-vita-quotidiana.

Incidenti stradali

Significato. La rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone riguarda tutti gli incidenti stradali verificatisi sulla rete stradale del territorio nazionale, verbalizzati da un'autorità di Polizia o dai Carabinieri, avvenuti su una strada aperta alla circolazione pubblica, e che hanno causato lesioni a persone, morti e/o feriti, con il coinvolgimento di almeno un veicolo. La rilevazione è condotta correntemente dall'Istat, con la partecipazione dell'Automobile Club d'Italia e di numerosi Enti pubblici istituzionali: a carattere totale e a cadenza mensile, è inserita tra le rilevazioni di interesse pubblico nel Programma Statistico Nazionale (PSN) (Codice IST-00142).

L'impianto organizzativo della rilevazione si fonda su un modello flessibile del flusso informativo, che si articola attorno alla sottoscrizione, da parte dell'Istat, di un Protocollo di Intesa nazionale e alla stipula di convenzioni specifiche con le regioni e le province. Tale approccio risulta funzionale al decentramento di alcune fasi del processo di produzione, risponde alle esigenze informative delle amministrazioni locali connesse alle attività di programmazione di adeguati interventi in materia di sicurezza stradale e contribuisce a

migliorare la qualità delle informazioni prodotte.

Per descrivere l'importanza e la gravità degli incidenti stradali in Italia, sono stati utilizzati due indicatori: il tasso di mortalità standardizzato e il tasso di incidentalità stradale. Tali indicatori consentono di definire la letalità, l'occorrenza e la gravità degli eventi oggetto di studio. Per fornire una misura diretta dell'intensità del fenomeno, sono stati inseriti nelle tabelle anche i dati sull'ammontare degli incidenti stradali e dei decessi, espressi in valore assoluto.

Il livello di disaggregazione del territorio è regionale; la serie temporale analizzata è quella relativa al triennio 2021-2023, mentre il tasso std di mortalità è calcolato anche per genere.

La standardizzazione dei tassi è stata effettuata con il metodo diretto della popolazione tipo: la popolazione standard utilizzata è quella del Censimento della Popolazione e delle abitazioni del 2011. Il tasso di incidentalità stradale è calcolato come il rapporto tra il numero di incidenti con lesioni a persone e la popolazione media residente ed è riferito al periodo 2021-2023.

Tasso di mortalità per incidente stradale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Decessi per incidente stradale}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

Tasso di incidentalità stradale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Incidenti stradali con lesioni a persone}}{\text{Popolazione media residente}} \times 1.000$$

Validità e limiti. Il calcolo dei tassi std di mortalità si basa sull'utilizzo dei decessi registrati, derivanti dalla rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone condotta dall'Istat. La fonte complementare è l'Indagine sulle cause di morte, anch'essa a cura dell'Istat. Per il calcolo degli indicatori citati, da qualche anno si è deciso di utilizzare la verbalizzazione degli incidenti stradali da parte delle Forze di Polizia e dei Carabinieri in luogo della fonte a carattere sanitario, con l'obiettivo di fare riferimento a dati più omogenei, confrontabili e armonizzati nelle definizioni adottate. La qualità dei dati provenienti dalla rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone è inoltre migliorata nel tempo; a oggi, infatti, escludendo gli scostamenti tra i contingenti dovuti al permanere di alcune differenze definitorie, il numero di decessi elaborato da questa rilevazione risulta congruente con quanto registrato dall'Indagine sulle cause di morte.

Infine, i tassi di mortalità standardizzati e di incidentalità stradale sono calcolati rapportando i decessi a seguito di incidenti stradali e gli incidenti per regione di evento alla popolazione residente, e non all'effettiva popolazione presente sul territorio ed esposta al rischio di incidente, non disponibile a oggi da alcuna fonte di dati. Benché questo possa introdurre un bias dovuto alla non corrispondenza tra numeratore e denominatore, tale approssimazione è comunemente accettata ai fini dell'interpretazione del fenomeno. Per costruire indicatori statistici con denominatori più aderenti alla misurazione dell'incidentalità stradale, l'Istat ha curato e pubblicato statistiche a carattere sperimentale, basate sul rapporto tra incidenti stradali e lunghezze di carreggiata, espresse in metri, per senso di marcia di un arco stradale, desunte da *OpenStreetMap* (1). La nuova misurazione fornisce una prima serie coerente di dati relativi ai diversi ter-

ritori. Tale informazione non è disponibile dalle statistiche ufficiali poiché, se da un lato esistono archivi e grafi stradali dettagliati per regione, provincia e comune, dall'altro non è ancora stato istituito un Catasto Nazionale delle Strade armonizzato e sistematico. Al momento è in corso di realizzazione il progetto che prevede la stima dei reali flussi di traffico (veicoli/Km) sulla rete viaria nazionale mediante basi dati amministrative (Revisioni dei Veicoli e Parco Veicolare, del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti e dell'Automobile Club d'Italia) e attraverso *Big Data*. Tali dati consentiranno di calcolare sia le probabilità di essere coinvolti in un incidente sia i tassi reali di esposizione al rischio di incidente stradale. Un altro approccio per fornire un quadro più completo di tale fenomeno e studiarne più a fondo le cause è di tipo esplorativo ed è legato all'utilizzo di fonti integrate di dati e di analisi di contesto, come ad esempio gli infortuni stradali in occasione di lavoro o in itinere, il parco veicolare circolante e i prezzi del carburante (2).

Valore di riferimento/Benchmark. I confronti sono effettuati tra i livelli dei tassi, con dettaglio regionale e ripartizionale, e il dato medio italiano, nonché tra i Paesi europei e i valori medi dell'UE-27.

Descrizione dei risultati

Il 2023 è caratterizzato da una stabilizzazione della mobilità rispetto al 2022, quando, in termini di spostamenti rilevati, si era registrato un netto incremento rispetto al periodo delle fasi più acute della pandemia. Sul fronte dell'incidentalità stradale, nel 2023 si è registrato un lieve miglioramento del numero di vittime rispetto all'anno precedente; in controtendenza, incidenti e feriti sono aumentati, seppure in misura

contenuta. Nel 2023, gli incidenti stradali sono stati 166.525 (+0,4% rispetto all'anno precedente), i morti a seguito di tali incidenti 3.039 (-3,8%), i feriti 224.634 (+0,5%). I valori aumentano leggermente rispetto al 2022 per quanto riguarda incidenti e feriti, ma diminuisce il numero delle vittime. Continua a registrarsi una diminuzione rispetto al 2019, anno di benchmark per la nuova decade della sicurezza stradale prevista dall'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, per incidenti, vittime e feriti (rispettivamente, -3,3%, -4,2% e -6,9%) (3, 4).

Dall'analisi dei tassi std di mortalità nel 2023, come di consueto più elevati per gli uomini, si rileva che le regioni con i livelli più alti dell'indicatore, escludendo la Valle d'Aosta e le PA che assumono spesso valori oscillanti nel tempo a causa del numero assoluto più esiguo dei casi mortali rilevati, sono Sardegna, Veneto, Puglia, Lazio ed Emilia-Romagna (valori tra 0,65-0,58 per 10.000). I livelli più bassi si registrano invece in Liguria, Lombardia, Campania, Piemonte e Friuli-Venezia Giulia (da 0,31 a 0,43 per 10.000). Tra il 2021 e il 2023, in Italia questo tasso varia tra 0,48 e 0,49 per 10.000. Per analizzare le variazioni sul territorio, tenendo sotto controllo le oscillazioni degli indicatori nelle regioni con numero ridotto di casi, è stato calcolato anche il tasso medio standardizzato di mortalità su base triennale 2021-2023 (Tabella 1).

Nel periodo 2021-2023, i tassi medi standardizzati di incidentalità stradale registrano valori più contenuti in Calabria, Molise, Campania e Basilicata (da 1,49 a 1,73 per 1.000 abitanti), mentre quelli più elevati si riscontrano in Liguria, Toscana, Emilia-Romagna, Lazio e Marche (da 4,98 a 3,27 per 10.000 abitanti) (Tabella 2).

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per incidente stradale per genere e regione - Anni 2021-2023

Regioni	Maschi			Femmine			Totale			Tasso medio std (2021-2023)		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023	2021	2022	2023	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	0,73	0,96	0,68	0,16	0,15	0,11	0,43	0,54	0,39	0,79	0,14	0,46
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,13	1,41	0,69	0,00	0,23	0,13	0,07	0,82	0,37	0,73	0,12	0,42
Lombardia	0,63	0,69	0,58	0,09	0,12	0,15	0,35	0,40	0,36	0,64	0,12	0,37
Bolzano-Bozen	0,90	1,00	1,20	0,06	0,23	0,13	0,45	0,62	0,62	1,05	0,14	0,57
Trento	0,66	1,04	1,12	0,21	0,17	0,11	0,44	0,59	0,63	0,95	0,17	0,55
Veneto	0,98	1,07	0,98	0,20	0,24	0,24	0,59	0,65	0,61	1,02	0,23	0,62
Friuli-Venezia Giulia	1,15	0,94	0,74	0,24	0,23	0,13	0,69	0,58	0,43	0,95	0,20	0,57
Liguria	0,65	0,56	0,57	0,16	0,13	0,08	0,40	0,34	0,31	0,60	0,12	0,35
Emilia-Romagna	1,10	1,17	0,96	0,17	0,22	0,23	0,61	0,67	0,58	1,09	0,20	0,63
Toscana	0,87	0,96	0,84	0,16	0,22	0,17	0,50	0,57	0,49	0,90	0,19	0,53
Umbria	0,91	0,92	0,67	0,25	0,16	0,30	0,55	0,52	0,48	0,85	0,24	0,53
Marche	0,94	0,89	0,88	0,15	0,29	0,24	0,53	0,58	0,55	0,92	0,23	0,56
Lazio	0,86	0,92	0,95	0,16	0,27	0,23	0,50	0,58	0,58	0,92	0,22	0,56
Abruzzo	1,07	0,81	0,90	0,17	0,11	0,20	0,61	0,45	0,55	0,94	0,17	0,54
Molise	0,73	0,79	0,68	0,26	0,10	0,31	0,50	0,45	0,49	0,75	0,23	0,49
Campania	0,68	0,72	0,61	0,10	0,11	0,17	0,38	0,40	0,38	0,68	0,13	0,39
Puglia	0,91	0,96	0,95	0,14	0,22	0,23	0,51	0,57	0,58	0,94	0,20	0,56
Basilicata	0,90	1,47	0,87	0,39	0,23	0,12	0,64	0,82	0,49	1,07	0,25	0,65
Calabria	0,73	0,71	1,01	0,20	0,11	0,14	0,45	0,39	0,56	0,83	0,15	0,48
Sicilia	0,80	0,82	0,81	0,14	0,12	0,18	0,46	0,46	0,48	0,82	0,15	0,47
Sardegna	0,98	1,09	1,02	0,16	0,21	0,28	0,57	0,64	0,65	1,03	0,22	0,62
Italia	0,83	0,89	0,81	0,15	0,18	0,19	0,48	0,52	0,49	0,85	0,17	0,50

Nota: i tassi di mortalità standardizzati sono stati costruiti utilizzando la popolazione standard al Censimento 2011.

Fonte dei dati: Istat. Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone. Anni 2021-2023; Istat. Popolazione Residente al 1° gennaio. Anni 2021-2023; per gli anni 2021-2024 i dati sulla popolazione residente sono del “Bilancio demografico nazionale” (Istat 2024). Anno 2025.

Tasso medio (standardizzato per 10.000) di mortalità per incidente stradale per regione. Anni 2021-2023

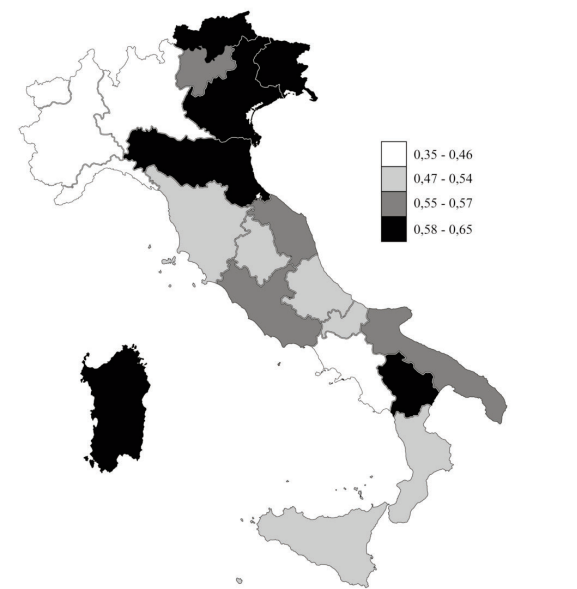


Tabella 2 - Tasso e media (valori per 1.000) di incidentalità stradale, incidenti stradali e decessi (valori assoluti) per incidente stradale per regione - Anni 2021-2023

Regioni	Tassi di incidentalità stradale				Incidenti stradali			Decessi per incidenti stradali		
	2021	2022	2023	Media (2021-2023)	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Piemonte	2,29	2,39	2,36	2,35	9.759	10.148	10.028	192	241	178
Valle d'Aosta	2,00	2,66	2,35	2,33	247	327	289	1	10	5
Lombardia	2,59	2,89	2,92	2,80	25.838	28.786	29.190	357	402	377
Bolzano-Bozen	2,80	3,32	3,30	3,14	1.492	1.775	1.767	24	33	36
Trento	2,08	2,48	2,37	2,31	1125	1.346	1.289	25	33	35
Veneto	2,55	2,73	2,63	2,64	12.403	13.220	12.774	285	321	309
Friuli-Venezia Giulia	2,48	2,73	2,67	2,63	2.970	3.265	3.187	82	74	56
Liguria	4,73	5,22	4,99	4,98	7.166	7.863	7.530	64	57	55
Emilia-Romagna	3,44	3,77	3,78	3,66	15.231	16.679	16.809	281	311	279
Toscana	3,70	4,12	4,08	3,97	13.596	15.111	14.933	190	225	202
Umbria	2,32	2,63	2,67	2,54	2.001	2.252	2.280	53	49	45
Marche	3,12	3,33	3,34	3,27	4.663	4.951	4.956	84	91	89
Lazio	3,06	3,55	3,48	3,36	17.486	20.275	19.929	288	339	346
Abruzzo	2,13	2,22	2,34	2,23	2.729	2.824	2.974	80	59	72
Molise	1,44	1,52	1,64	1,53	421	442	476	15	14	16
Campania	1,60	1,76	1,83	1,73	9.014	9.821	10.242	214	228	220
Puglia	2,31	2,38	2,52	2,40	9.086	9.286	9.843	203	226	232
Basilicata	1,69	1,70	1,81	1,73	918	914	968	36	46	27
Calabria	1,39	1,54	1,54	1,49	2.587	2.847	2.840	85	74	109
Sicilia	2,06	2,18	2,25	2,16	9.943	10.444	10.830	225	226	241
Sardegna	2,01	2,10	2,15	2,09	3.200	3.313	3.391	91	100	110
Italia	2,57	2,82	2,82	2,74	151.875	165.889	166.525	2.875	3.159	3.039

Fonte dei dati: Istat. Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone. Anni 2021-2023; Istat. Popolazione Residente al 1° gennaio. Anni 2021-2023; per gli anni 2021-2024 i dati sulla popolazione residente sono del “Bilancio demografico nazionale” (Istat 2024). Anno 2025.

Confronto internazionale

Nel corso del 2023, nel complesso dei Paesi dell’UE-27 le vittime di incidenti stradali sono state 20.466, contro le 20.719 nel 2022, anno in cui la mobilità ha registrato una completa ripresa anche sulle strade europee dopo gli anni della pandemia, 22.823 nel 2019 e 29.690 nel 2010. Nel complesso, la diminuzione del numero dei decessi a seguito di incidenti stradali è stata molto contenuta nel 2023, pari a -1,2% rispetto al 2022 (a -10,3% rispetto al 2019), e si è registrata anche in 16 Paesi dell’UE-27. La riduzione del numero di vittime stradali è stata particolarmente rilevante a Malta (-42,9%), in Lussemburgo (-27,8%) e in Ungheria (-12,1%). All’opposto, gli aumenti hanno interessato i restanti Paesi e, soprattutto, la Lituania (+32,5%), la Lettonia (+20,0%), l’Irlanda (+18,4%) e l’Estonia (+18,0%) (Tabella 3, Grafico 1) (5).

Il tasso di mortalità stradale (numero di decessi a seguito di incidenti stradali per 1 milione di abitanti) nel 2023 si è attestato su 45,9 nell’UE-27 e su 51,5 in Italia. Il nostro Paese si conferma al 19° posto nella graduatoria europea allo stesso livello della Polonia (Grafico 2). Per il decennio 2021-2030, gli obiettivi europei sulla sicurezza stradale prevedono il dimezzamento del numero di vittime e di feriti gravi entro il 2030 rispetto all’anno di benchmark (fissato al 2019) e il monitoraggio di specifici indicatori di prestazione (*Key Performance Indicators*) per i seguenti temi: velocità, uso dei sistemi di protezione (casco, cinture di sicurezza e seggiolini per bambini), uso di alcool e droghe, livello di sicurezza del parco veicolare e della rete stradale nazionale, distrazione alla guida ed efficienza dei sistemi di soccorso in caso di incidente.

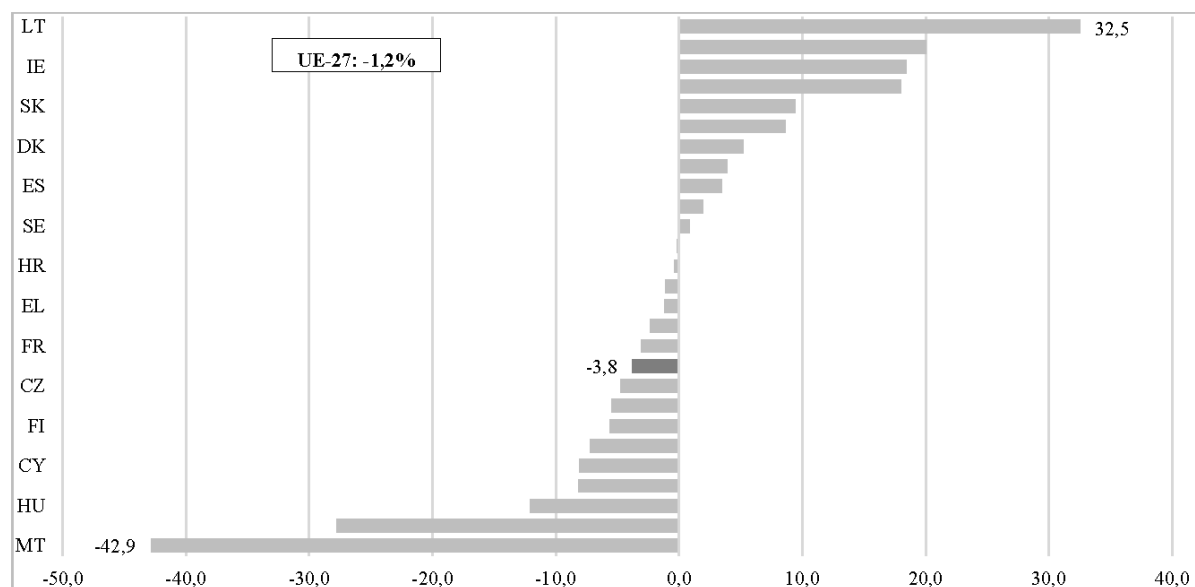
Tabella 3 - Decessi (valori assoluti) per incidente stradale per Paese dell'Unione Europea-27 e dell'Unione Europea-28 - Anni 2001, 2010, 2015-2023

Paesi	2001	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Austria	958	552	479	432	414	409	416	344	362	370	402
Belgio	1.486	841	762	670	609	604	644	499	516	540	501
Bulgaria	1.011	776	708	708	682	611	628	463	561	531	525
Cipro	98	60	57	46	53	49	52	48	45	37	34
Croazia	647	426	348	307	331	317	297	237	292	275	274
Danimarca	431	255	178	211	175	171	199	163	130	154	162
Estonia	199	79	67	71	48	67	52	59	55	50	59
Finlandia	433	272	270	258	238	239	211	223	225	196	185
Francia	8.162	3.992	3.461	3.477	3.448	3.248	3.244	2.541	2.944	3.267	3.167
Germania	6.977	3.651	3.459	3.206	3.177	3.275	3.059	2.719	2.562	2.776	2.830
Grecia	1.880	1.258	793	824	731	700	688	584	624	654	646
Irlanda	411	212	162	182	154	134	140	141	132	152	180
Italia	7.096	4.114	3.428	3.283	3.378	3.334	3.173	2.395	2.875	3.159	3.039
Lettonia	558	218	188	158	136	148	132	139	151	115	138
Lituania	706	299	242	192	192	173	186	175	147	120	159
Lussemburgo	70	32	36	32	25	36	22	26	24	36	26
Malta	16	15	11	22	19	18	16	12	9	28	16
Paesi Bassi	1.083	640	620	629	613	678	661	610	582	745	684
Polonia	5.534	3.907	2.938	3.026	2.831	2.862	2.909	2.491	2.245	1.896	1.893
Portogallo	1.670	937	593	563	602	700	688	536	561	618	642
Repubblica Ceca	1.334	802	734	611	577	658	617	517	531	527	502
Romania	2.450	2.377	1.893	1.913	1.951	1.867	1.864	1.646	1.779	1.634	1.545
Slovacchia	625	353	274	242	250	229	245	224	226	244	267
Slovenia	278	138	120	130	102	91	102	80	114	85	83
Spagna	5.517	2.478	1.689	1.810	1.830	1.806	1.755	1.370	1.533	1.746	1.806
Svezia	534	266	259	270	253	324	221	204	210	227	229
Ungheria	1.239	740	644	607	625	633	602	460	544	537	472
UE-27	51.403	29.690	24.413	23.880	23.444	23.381	22.823	18.906	19.979	20.719	20.466
Regno Unito*	3.598	1.905	1.804	1.860	1.856	1.839	1.808	1.516	1.608	1.766	1.695
UE-28	55.001	31.595	26.217	25.740	25.300	25.220	24.631	20.422	21.587	22.485	22.161

*Il Regno Unito non fa più parte dell'Unione europea dal 31 gennaio 2020.

Fonte dei dati: ETSC. 2025. 19th Annual Road Safety Performance Index (PIN) Report. Anno 2025.

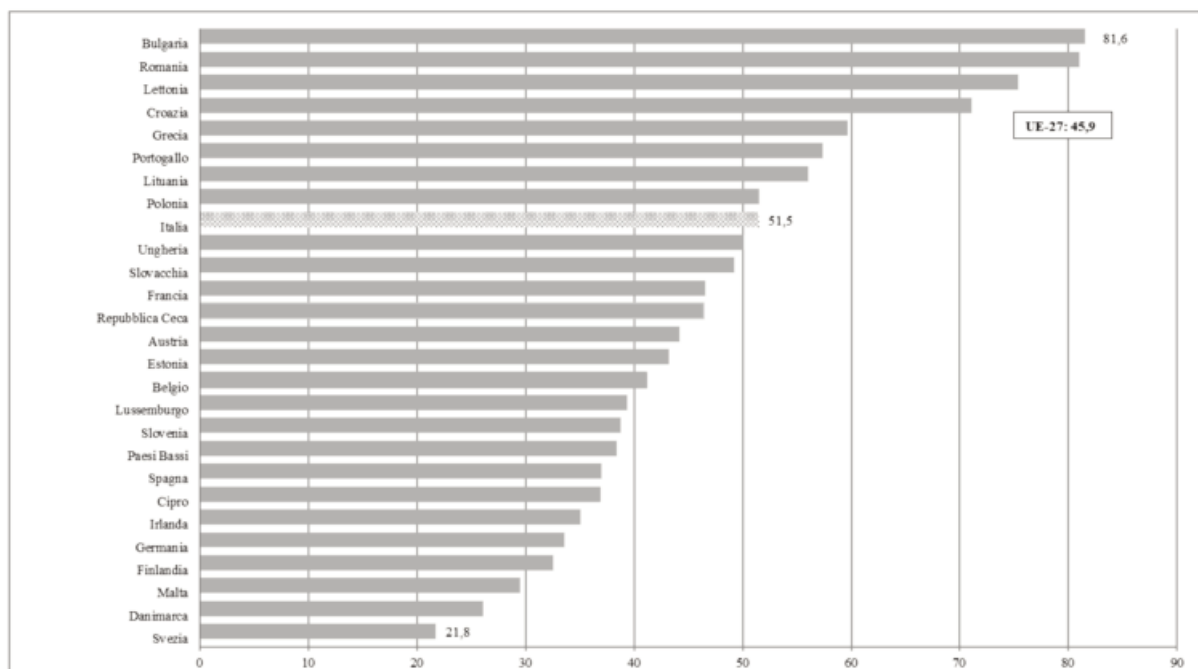
Grafico 1 - Decessi (variazioni - valori per 100) per incidente stradale per Paese dell'Unione Europea-27 - Anni 2022-2023



Legenda: AT Austria; BE Belgio; BG Bulgaria; CY Cipro; CZ Repubblica Ceca; DE Germania; DK Danimarca; EE Estonia; EL Grecia; ES Spagna; FI Finlandia; FR Francia; HR Croazia; HU Ungheria; IE Irlanda; IT Italia; LT Lituania; LU Lussemburgo; LV Lettonia; MT Malta; NL Olanda; PL Polonia; PT Portogallo; RO Romania; SE Svezia; SI Slovenia; SK Repubblica Slovacca.

Fonte dei dati: ETSC. 2025. 19th Annual Road Safety Performance Index (PIN) Report. Anno 2025.

Grafico 2 - Tasso (valori per 1.000.000) di mortalità per incidente stradale per Paese dell'Unione Europea-27 - Anno 2023



Fonte dei dati: ETSC. 2025. 19th Annual Road Safety Performance Index (PIN) Report. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel Quadro strategico per la sicurezza stradale 2021-2030 (EU Road Safety Policy Framework 2021-2030), l'UE ha confermato l'obiettivo di dimezzare i decessi e i feriti con lesioni gravi entro il 2030, in linea con l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, e si è impegnata ad avvicinarsi all'azzeramento delle vittime stradali entro il 2050 (6).

In tale contesto, se da un lato dai dati illustrati si evince che il percorso verso il conseguimento degli obiettivi di sicurezza stradale presenta alcune criticità e i progressi sono lenti, dall'altro si auspicano sviluppi positivi per i prossimi anni.

La Commissione europea, infatti, sta implementando un vero e proprio *Road Safety System*, con un set di indicatori di prestazione (*Key Performance Indicators*) che anche l'Italia sta mettendo a punto nell'ambito del Piano Nazionale Sicurezza Stradale 2030 (7). A questo si aggiunge l'impegno nel miglioramento continuo della produzione delle statistiche, per rappresentare in modo più corretto fenomeni così rilevanti.

Riferimenti bibliografici

(1) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2025. Utilizzo di OpenStreetMap per il calcolo di indicatori di incidentalità stradale sulla rete viaria italiana. Anno 2023. Statistiche Sperimentali, disponibile sul sito: [www.istat.it/statistica-](http://www.istat.it/statistica-sperimentale/)

www.istat.it/statistica-sperimentale/utilizzo-di-open-street-map-per-il-calcolo-di-indicatori-per-l'incidentalita-stradale-sulla-rete-viaria-italiana-anno-2023.

(2) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2025. Le percorrenze dei veicoli stradali circolanti. Anno 2021. Statistiche Focus. Disponibile sul sito: www.istat.it/wp-content/uploads/2025/06/Le-percorrenze-dei-veicoli-stradali-circolanti.pdf.

(3) Istituto Nazionale di Statistica - Istat, e Automobile Club d'Italia - ACI. 2024. Incidenti stradali in Italia. Anno 2023. Disponibile sul sito: www.istat.it/wp-content/uploads/2024/07/REPORT-INCIDENTI-STRADALI-2023.pdf.

(4) Istituto Nazionale di Statistica - Istat, e Automobile Club d'Italia - ACI. 2023. Incidenti stradali in Italia. Anno 2022. Disponibile sul sito: www.istat.it/wp-content/uploads/2023/07/REPORT_INCIDENTI_STRADALI_2022_IT.pdf.

(5) European Transport Safety Council - ESTC. 2025. Ranking EU Progress on Road Safety. 19th Road Safety Performance Index (PIN) Report. Disponibile sul sito: <https://etsc.eu/19th-annual-road-safety-performance-index-pin-report>.

(6) Parlamento europeo. 2021. Risoluzione del Parlamento europeo del 6 ottobre 2021 sul Quadro strategico dell'UE per la sicurezza stradale 2021-2030 - Raccomandazioni sulle prossime tappe verso l'obiettivo "zero vittime". Disponibile sul sito: www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0407_IT.pdf.

(7) Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibili - MIMS. 2022. Piano Nazionale Sicurezza Stradale 2030. Disponibile sul sito: https://mit.gov.it/nfsmitgov/files/media/progetti/2022-09/20220916_Piano%20Nazionale%20Sicurezza%20Stradale_Def.pdf.

Feriti gravi in incidenti stradali

Significato. Il Programma di azione sulla sicurezza stradale 2021-2030, adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, rappresenta un deciso impegno a migliorarne la sicurezza e stabilisce l'obiettivo di dimezzare il numero di decessi e feriti con lesioni gravi entro il 2030 (1). In linea con questo Programma, il Quadro strategico per la sicurezza stradale 2021-2030 dell'UE prevede anche l'azzeramento del numero di vittime e di feriti gravi a seguito di incidenti stradali entro il 2050. Al fine di rendere comparabili e armonizzate le statistiche fornite dai Paesi dell'UE, la Commissione europea ha emanato Linee Guida per la

classificazione della gravità delle lesioni derivanti da incidenti stradali (2). Seguendo una delle possibili strategie proposte, l'Italia ha definito il numero dei feriti gravi a seguito di incidenti stradali sulla base delle informazioni riportate nella SDO, di competenza del Ministero della Salute. Il calcolo dei feriti gravi è stato effettuato secondo la classificazione *Maximum Abbreviated Injury Scale 3+* (MAIS3+)¹. Riguardo agli indicatori proposti, il rapporto di gravità fornisce il numero di feriti gravi per ogni morto in un incidente stradale, mentre il tasso grezzo di lesività indica il numero di feriti gravi per 100.000 abitanti.

Rapporto di gravità

Numeratore	Feriti gravi per incidente stradale
Denominatore	Decessi per incidente stradale

Tasso grezzo di lesività grave

Numeratore	Feriti gravi per incidente stradale
Denominatore	Popolazione media residente

x 100.000

Validità e limiti. Per la definizione di ferito grave e per la classificazione dei livelli di gravità delle lesioni, la Commissione europea ha proposto l'uso dell'*Abbreviated Injury Scale* (AIS) e, in particolare, della sua variante MAIS3+.

L'AIS (dell'*Association for the Advancement of Automotive Medicine*) (3) è una scala di misurazione basata su un sistema di punteggio che attribuisce alla gravità generale della lesione l'importanza relativa delle ferite riportate per area del corpo: da 1 (lesioni lievi) a 6 (lesioni molto gravi, non curabili). La classificazione dei feriti gravi viene effettuata tramite l'utilizzo delle regole di riclassificazione dei codici ICD-9-CM (4) in codici AIS, con l'attribuzione del valore 1 per i casi in cui viene accertata la gravità della lesione (punteggio AIS ≥3), 0 per i feriti non gravi (punteggio AIS <3) e 9 per i casi per i quali non è possibile definire la gravità².

Valore di riferimento/Benchmark. I confronti sono effettuati tra i livelli dei tassi e i rapporti, con dettaglio regionale, e il dato medio italiano. A livello internazionale, i confronti sono condotti tra i Paesi che adottano la classificazione MAIS3+.

Descrizione dei risultati

In Italia, nel 2023, il numero dei feriti gravi a seguito di incidenti stradali è pari a 16.989, in lieve aumento rispetto al 2022 (+0,7%) e in diminuzione rispetto al 2019 (-3,5%)³. I valori più elevati si rilevano nelle regioni estese e con un maggiore peso demografico, ovvero Lazio, Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, Sicilia e Campania (da 2.538 feriti gravi a 1.340) (Tabella 1). Il rapporto di gravità (5,6 feriti gravi ogni decesso per l'Italia nel 2023) rimane pressoché stabile rispetto al 2019 (5,5 feriti gravi ogni decesso), ma aumenta dal 2022 (5,3 feriti gravi ogni decesso), con una tendenza opposta a quella della mortalità stradale (-3,8% dal 2022 al 2023). Liguria, Lazio, Campania,

¹ I primi risultati dello studio sui feriti gravi in incidenti stradali applicando la Classificazione MAIS3+ sono stati presentati nell'Edizione del Rapporto Osservasalute 2015; la presente Edizione illustra un aggiornamento con dati riferiti al 2023.

² I casi riconducibili a lesioni a seguito di incidente stradale sono stati individuati utilizzando le informazioni congiunte del codice ICD-9-CM riferite alle lesioni, assegnato per le diagnosi principali e/o secondarie, dell'informazione sulla modalità della causa accidentale e del codice della causa esterna (ICD-9-CM E), attribuito solo nel caso di ammissione ospedaliera a seguito di traumatismo o avvelenamento. Per ciascun anno elaborato sono stati considerati il primo ricovero e i *record* con un codice anonimo di tracciamento valido; la selezione dei casi è stata effettuata includendo la diagnosi principale e le diagnosi secondarie. Gli individui deceduti entro 30 giorni dal ricovero sono stati esclusi: secondo la definizione adottata, infatti, sono conteggiati tra i decessi a seguito di incidente stradale. Per gli anni 2016-2022, la data di morte è stata ottenuta con un algoritmo messo a punto dal Ministero della Salute utilizzando il *linkage* con l'Anagrafe fiscale dell'Agenzia delle Entrate, al fine di individuare anche i pazienti deceduti dopo la dimissione dall'Ospedale o il trasferimento ad altro istituto per acuti. A partire dal 2023, l'elaborazione è stata effettuata dall'Istat sull'archivio delle SDO.

³ I dati presentati illustrano l'andamento del fenomeno ma presentano elementi di criticità dovuti all'individuazione dei feriti gravi che è condizionata dalla qualità delle informazioni registrate sulle SDO. La corretta compilazione della variabile "causa esterna" è fondamentale, poiché consente di identificare con esattezza i casi di ricovero per lesioni a seguito di incidenti stradali. La sua eventuale assenza può comportare l'esclusione di individui infortunati dal campo di osservazione, soprattutto se associata all'omissione di informazioni sulla modalità dell'incidente.

Lombardia, Friuli-Venezia Giulia e Sicilia si caratterizzano per i valori più elevati (tra 7,7 e 5,7 feriti gravi ogni decesso), così come Valle d'Aosta e la PA di Bolzano, seppure con livelli oscillanti nel tempo a causa della numerosità esigua di casi (rispettivamente, 9,0 e 6,4 feriti gravi ogni decesso). In Basilicata, Calabria, Sardegna, Veneto, Toscana, Umbria, Molise e Puglia si rilevano i valori più contenuti (tra 3,9 e 4,9 feriti gravi per ogni decesso) (Tabella 1).

Al fine di dimensionare i dati rispetto alla popolazione media residente, sono stati calcolati i tassi grezzi di

lesività grave (numero di feriti gravi per 100.000 abitanti) (Cartogramma).

Nel 2023, il tasso per l'Italia si attesta a 28,8 feriti gravi a seguito di incidenti stradali ogni 100.000 abitanti, in crescita dal 2020 (23,7 feriti gravi) e in diminuzione rispetto al 2019 (29,7 feriti gravi). Valori particolarmente elevati si riscontrano nel Lazio, nella PA di Bolzano, in Valle d'Aosta, in Emilia-Romagna e nella PA di Trento (da 44,4 a 33,3 per 100.000); i tassi sono più ridotti in Basilicata, Lombardia, Piemonte, Campania e Umbria (da 19,8 a 25,0 per 100.000).

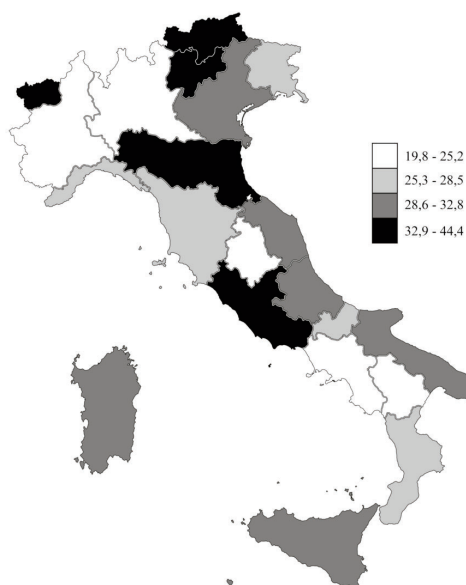
Tabella 1 - Feriti gravi (valori assoluti) per incidente stradale e rapporto di gravità* per regione - Anni 2018-2023

Regioni	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	Feriti gravi	Feriti gravi/morti	Feriti gravi	Feriti gravi/morti	Feriti gravi	Feriti gravi/morti	Feriti gravi	Feriti gravi/morti	Feriti gravi	Feriti gravi/morti	Feriti gravi	Feriti gravi/morti
Piemonte	933	3,7	846	3,6	671	3,7	897	4,7	822	3,4	933	5,2
Valle d'Aosta	58	4,8	45	11,3	29	-	25	..	39	3,9	45	9,0
Lombardia	2.450	5,1	2.126	4,9	1.879	5,9	2.141	6,0	2.302	5,7	2.184	5,8
Bolzano-Bozen	181	5,5	185	4,0	139	4,5	222	9,3	234	7,1	231	6,4
Trento	216	7,2	199	8,0	179	7,2	193	7,7	235	7,1	181	5,2
Veneto	1.494	4,8	1.621	4,8	1.297	5,7	1.448	5,1	1.543	4,8	1.516	4,9
Friuli-Venezia Giulia	405	5,3	360	5,0	297	6,3	323	3,9	346	4,7	320	5,7
Liguria	318	2,6	410	6,4	360	6,1	382	6,0	443	7,8	425	7,7
Emilia-Romagna	1.666	5,3	1.675	4,8	1.302	5,8	1.496	5,3	1.628	5,2	1.572	5,6
Toscana	1.401	5,9	1.262	6,0	960	6,3	1.141	6,0	1.143	5,1	981	4,9
Umbria	200	4,2	179	3,5	193	4,3	209	3,9	209	4,3	214	4,8
Marche	554	6,4	583	5,9	398	5,8	437	5,2	445	4,9	443	5,0
Lazio	2.624	7,8	2.330	7,9	1.907	7,3	2.149	7,5	2.287	6,7	2.538	7,3
Abruzzo	570	7,5	510	6,5	426	7,2	464	5,8	347	5,9	366	5,1
Molise	77	5,1	69	2,5	57	2,3	55	3,7	46	3,3	78	4,9
Campania	1.443	7,0	1.393	6,2	1.088	6,2	1.198	5,6	1.330	5,8	1.340	6,1
Puglia	1.322	6,6	1.293	6,2	1.008	6,3	1.055	5,2	1.145	5,1	1.142	4,9
Basilicata	143	3,2	108	3,7	128	7,1	117	3,3	96	2,1	106	3,9
Calabria	736	5,8	612	5,9	350	5,7	403	4,7	433	5,9	478	4,4
Sicilia	1.306	6,2	1.321	6,3	1.034	6,4	1.147	5,1	1.272	5,6	1.385	5,7
Sardegna	517	4,9	473	6,7	400	4,2	488	5,4	530	5,3	511	4,6
Italia	18.614	5,6	17.600	5,5	14.102	5,9	15.990	5,6	16.875	5,3	16.989	5,6

*Rapporto tra feriti gravi in incidente stradale (dai dati SDO) e morti in incidente stradale (dalla Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone).

Fonte dei dati: Ministero della Salute, già Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 6. Anno 2023; Istat - Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone. Anno 2025.

Tasso (grezzo per 100.000) di lesività grave per regione. Anno 2023



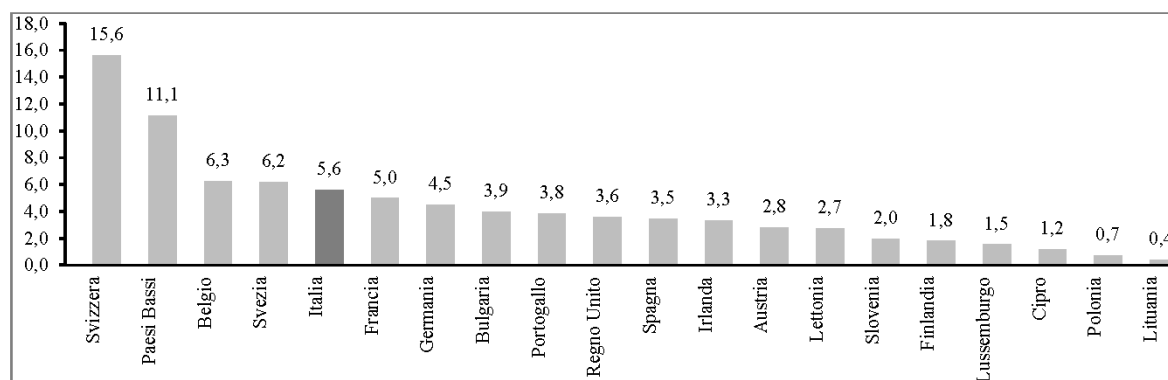
Confronto internazionale

Come per gli incidenti stradali, attraverso il 19th *Annual Road Safety Performance Index Report*, pubblicato dall'*European Transport Safety Council* per la divulgazione di dati e informazioni agli *stakeholder* e ai decisori politici, è possibile confrontare i dati relativi ai feriti gravi di quei Paesi europei che adottano la classificazione MAIS3+.

In particolare, nel Grafico 1 è illustrato il rapporto di gravità relativo all'ultimo anno disponibile per ciascun

Paese considerato. Seppure con tempistiche di aggiornamento ancora molto differenziate, i livelli del rapporto tra feriti gravi e decessi a seguito di incidenti stradali variano da 15,6 in Svizzera (2022, l'anno più recente disponibile), a 0,7 in Polonia (con dati fermi al 2014) e a 0,4 in Lituania (l'anno di riferimento è il 2024). Con 5,6 feriti gravi per decesso, l'Italia segue il Belgio (6,3 feriti gravi) e la Svezia (6,2 feriti gravi) collocandosi ancora tra i Paesi con i valori più alti.

Grafico 1 - Rapporto di gravità per incidente stradale per alcuni Paesi europei - Ultimo anno disponibile*



*2014: Polonia e Slovenia; 2018: Lussemburgo; 2019: Regno Unito; 2022: Belgio, Germania, Spagna, Svizzera; 2023: Austria, Finlandia, Irlanda, Italia, Portogallo; 2024: Bulgaria, Cipro, Francia, Lettonia, Lituania, Paesi Bassi, Svezia.

Fonte dei dati: ETSC. 2025. 19th Annual Road Safety Performance Index (PIN) Report. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il dimezzamento dei feriti gravi a seguito di incidenti stradali è stato formalmente posto come obiettivo prioritario nell'Agenda per la Sicurezza Stradale 2030 dell'UE, inserita nel Quadro strategico per la sicurezza stradale 2021-2030.

In precedenza, a febbraio 2020, è stata approvata la Dichiarazione di Stoccolma, un impegno politico globale che mira alla cosiddetta *Vision Zero*, ovvero 0 vittime sulle strade entro il 2050, e stabilisce nuove priorità, fondate sul rafforzamento della cooperazione internazionale, per garantire il massimo impegno e la continuità politica nel miglioramento della sicurezza stradale. Tale Dichiarazione è stata ampiamente sostenuta dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nell'ambito della Risoluzione (del 31 agosto 2020) (1) e ha contribuito allo sviluppo del *Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2021-2030*.

Il primo passo per le corrette misure e le valutazioni in materia di sicurezza stradale è senz'altro rappresentato dall'armonizzazione dei metodi di calcolo e di classificazione tra i Paesi. In tale contesto, l'Italia

continua a contribuire al consolidamento delle sinergie e alla condivisione di buone pratiche tra tutte le Istituzioni nazionali coinvolte, anche per produrre e rilasciare gli indicatori di prestazione richiesti (*Key Performance Indicators*).

Riferimenti bibliografici

- (1) United Nations, General Assembly. 2020. Resolution adopted by the General Assembly on 31 August 2020. Improving global road safety. Disponibile sul sito: <https://docs.un.org/en/A/RES/74/299>.
- (2) European Commission. Serious Injuries. Disponibile sul sito: https://road-safety.transport.ec.europa.eu/european-road-safety-observatory/data-and-analysis/serious-injuries_en.
- (3) Association for the Advancement of Automotive Medicine - AAAM. Disponibile sul sito: www.aaam.org/abbreviated-injury-scale-ais.
- (4) Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. 2008. Classificazione delle malattie, dei traumi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Versione italiana dell'ICD-9-CM (International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification), 2007. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_2251_allegato.pdf.

Infortuni e mortalità sul lavoro

Significato. Indicazioni sui rischi legati allo svolgimento dell'attività lavorativa sono fornite dai tassi di seguito proposti, ottenuti rapportando le denunce di infortunio pervenute all'INAIL ai lavoratori assicurati esposti al rischio di incidente professionale. Il primo indicatore considera il totale dei casi denunciati, men-

tre il secondo i soli eventi mortali; entrambi gli indicatori sono calcolati per la gestione assicurativa dell'Industria e Servizi che raccoglie oltre l'80% degli infortuni pervenuti all'INAIL e per la quale sono disponibili i denominatori. Gli indicatori si riferiscono al territorio in cui si verifica l'evento infortunistico.

Tasso di infortuni sul lavoro nel settore dell'Industria e Servizi

Numeratore	Infortuni sul lavoro denunciati all'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro	
Denominatore	Popolazione lavorativa (addetti-anno Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro)	x 100.000

Tasso di mortalità per infortuni sul lavoro nel settore dell'Industria e Servizi

Numeratore	Decessi per infortuni sul lavoro denunciati all'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro	
Denominatore	Popolazione lavorativa (addetti-anno Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro)	x 100.000

Validità e limiti. I dati per il calcolo dei tassi del quinquennio 2019-2023 sono estratti dalla Banca Dati Statistica dell'INAIL, aggiornati al 31 ottobre 2024 (1). Gli infortuni sul lavoro denunciati comprendono tutti i casi avvenuti in occasione di lavoro, per causa violenta ed esterna, che hanno determinato un'inabilità temporanea assoluta (>3 giorni) o un'inabilità permanente (parziale o assoluta) oppure la morte (art. 2 del DPR n. 1124/1965). Sono inclusi gli infortuni in itinere, ossia quelli che accadono nel tragitto casa-lavoro e viceversa o nel raggiungimento di un'altra sede di lavoro o di un luogo di ristoro (art.12 del D. Lgs. n. 38/2000). Solo a fini statistici e informativi le denunce di infortunio comprendono anche le comunicazioni obbligatorie che comportano un'assenza dal lavoro di almeno 1 giorno (art. 18 del D. Lgs. n. 81/2008). Gli eventi mortali considerano tutte le denunce per le quali il decesso è conseguenza dell'infortunio sul lavoro, anche se successivo alla data dell'evento. Dal 2020 rientrano tra gli infortuni sul lavoro (mortali e non) anche i contagi da SARS-CoV-2 (COVID-19) (art. 42 del D. Lgs. n. 18/2020 e Circolari INAIL n. 13/2020 e n. 22/2020), inquadrabili tra le malattie-infortunio di origine infettiva e parassitaria per le quali la causa virulenta è equiparata alla causa violenta. La tutela riguarda sia i contagi in occasione di lavoro sia quelli avvenuti in itinere.

Gli addetti-anno (o unità di lavoro annue) sono stimati sulla base delle masse salariali dichiarate dai datori di lavoro, rapportate alle retribuzioni medie giornaliere (dei soli lavoratori indennizzati per infortunio) multi-

plicate per 300 (numero medio annuo di giornate lavorate). Nel conteggio sono compresi anche i lavoratori autonomi, per i quali si contano le teste effettive assicurate, mentre sono escluse alcune categorie di lavoratori, come gli apprendisti e i lavoratori a somministrazione (ex interinali).

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che i tassi di infortunio e di mortalità sul lavoro si attestino ai livelli più bassi possibili.

Descrizione dei risultati

Le denunce di infortunio sul lavoro nel settore dell'Industria e dei Servizi per l'anno 2023 sono state 467.813, in calo del 19,7% rispetto all'anno precedente e del 7,1% rispetto al 2019. Il quinquennio 2019-2023 è caratterizzato da un andamento altalenante, con il valore più elevato nel 2022 e quello più basso nell'ultimo anno.

Sul numero elevato di casi del 2022 (583 mila circa) hanno inciso l'aumento dell'occupazione (+6,9% la crescita degli addetti-anno rispetto al 2021, che spiega anche l'incremento degli infortuni) e, contestualmente, la ripresa dei contagi professionali da SARS-CoV-2 (circa un caso su sei denunce); nell'anno successivo, fortunatamente, tali effetti si sono drasticamente ridotti a poche migliaia.

Nel 2023 gli eventi mortali dell'Industria e dei Servizi sono stati 1.012, 84 casi in meno rispetto al 2022 (-7,7%) e 35 in meno rispetto al 2019 (-3,3%). Considerando il quinquennio, per i decessi si evidenzia l'alto numero

registrato nel 2020 (1.514 denunce mortali), imputabile agli eventi fatali dovuti al contagio da SARS-CoV-2 (un terzo di tutte le vittime sul lavoro), e il minimo toccato nell'ultimo anno, in cui, tra l'altro, non sono pervenute denunce mortali da COVID-19.

La contrazione degli infortuni sul lavoro nel 2023 rispetto all'anno precedente è dovuta alla componente in occasione di lavoro (-23,8%), mentre per i casi in itinere si osserva un incremento (+4,3%) più sostenuto per quelli occorsi senza mezzo di trasporto (+13,8%). La diminuzione degli infortuni è accompagnata da una crescita degli addetti-anno assicurati all'INAIL; questi ultimi, nel 2023, hanno superato i 18,8 milioni, aumentando del 3,4% rispetto all'anno precedente e del 9,1% rispetto al 2019. Per quanto riguarda i soli decessi, si osserva un calo generalizzato in entrambe le modalità di accadimento: in occasione di lavoro (-3,8%) e *in itinere* (-17,8%).

Passando ai tassi relativi al complesso delle denunce di infortunio sul lavoro del quinquennio 2019-2023 (Tabella 1), a livello nazionale si osserva un andamento altalenante, con due punte nel 2020 e nel 2022 e un minimo nel 2023. Nell'ultimo anno, a fronte di una contrazione media del 22,4% rispetto al 2022, a livello territoriale si osservano cali generalizzati che interessano tutte le regioni, più marcati in Campania (-42,0%), nella PA di Bolzano (-35,6%), in Molise (-33,3%) e in Sicilia (-32,6%). Nel confronto con il 2019, i tassi registrano una riduzione media del 14,9%, con contrazioni più evidenti in Calabria (-20,9%) e in Puglia (-20,3%).

In generale, i tassi più elevati si rilevano nelle regioni del Centro-Nord; in particolare, risaltano le PA di Trento (4.998 infortuni sul lavoro ogni 100.000 addetti nel 2023) e di Bolzano (3.667,3 per 100.000) nelle prime posizioni per incidenza infortunistica da diversi anni, nonché l'Emilia-Romagna (3.493,4 per 100.000). I livelli di rischio più bassi, invece, sono nel Lazio (1.484,4 per 100.000, notoriamente la regione con i tassi più contenuti), in Campania (1.518,6 per 100.000) e in Lombardia (1.954,3 per 100.000), così come nelle altre regioni del Mezzogiorno. Al di sotto del tasso medio nazionale si collocano 8 regioni; solo Lombardia e Piemonte sono del Nord.

Ulteriori ragionamenti possono essere fatti distinguendo le denunce di infortunio per modalità di accadimento: attraverso l'analisi dei relativi tassi si verifica se disegnano una geografia diversa (Cartogrammi). Con riferimento ai casi in occasione di lavoro, emerge un andamento dell'indicatore a livello nazionale altalenante, anche in questo caso, come per il complesso degli infortuni, con i valori più elevati nel 2020 e nel 2022 e il minimo nel 2023. Nell'ultimo anno, rappresentato nel Cartogramma, si riscontra quanto già evidenziato a livello complessivo: i tassi più elevati si registrano per la PA di Trento (4.570,4 per 100.000 addetti), che si distacca in modo significativo da

Emilia-Romagna (2.911,7 per 100.000), dalla PA di Bolzano (2.907,5 per 100.000) e dal Veneto (2.761,0 per 100.000). Sostanzialmente, i tassi relativi all'occasione di lavoro collocano al di sotto del tasso medio nazionale 8 regioni, con il Lazio (1.096,6 per 100.000) in ultima posizione, Campania e Lombardia immediatamente sopra, analogamente a quanto rilevato dai tassi complessivi.

Diversamente, i tassi di infortuni in itinere a livello nazionale mostrano, nel quinquennio, dopo il minimo del 2020, una risalita che resta al di sotto del dato del 2019. Per il 2023 la PA di Bolzano è prima (759,8 per 100.000 addetti), seguita dalla Toscana (614,0 per 100.000, ottava nel caso dell'occasione di lavoro), dal Friuli-Venezia Giulia (588,1 per 100.000) e dall'Emilia-Romagna (581,7 per 100.000). Ben 14 le regioni con tassi in itinere inferiori a quello medio nazionale, con la Campania in ultima posizione (233,8 per 100.000) preceduta da Molise, Calabria e Lazio. La PA di Trento è l'undicesima.

I tassi per gli eventi mortali evidenziano un andamento crescente dal 2019 al 2020, a seguito dell'aumento significativo dei decessi a fronte di un'occupazione calante; i 3 anni successivi segnano una tendenza decrescente che raggiunge il minimo nel 2023, anno caratterizzato dal minimo delle morti sul lavoro e da un aumento dell'occupazione (Tabella 2).

Per una corretta lettura e interpretazione è opportuno ricordare che, trattandosi di eventi numericamente più contenuti, variazioni di poche unità possono determinare oscillazioni anche molto significative negli anni, soprattutto nelle regioni che contano numeri inferiori (ad esempio la Valle d'Aosta), come si evince dall'andamento nel tempo degli indicatori. Nelle prime posizioni si collocano molte delle regioni che risultano nella parte bassa della graduatoria dei tassi di infortunio. Per il 2023, Abruzzo (12,01 decessi per 100.000 addetti), Calabria (9,70) e Umbria (9,32) sono le regioni con i tassi di mortalità più elevati. In fondo alla graduatoria si colloca, invece, la Valle d'Aosta (2,23 per 100.000) che tuttavia era al primo posto nel 2022 e per la quale valgono le considerazioni fatte sopra sulla cautela interpretativa; è preceduta dal Veneto (3,58 per 100.000) e dalla Lombardia (3,76 per 100.000). In generale, i tassi di decessi nel 2023 variano in un ampio intervallo compreso tra 2,23 e 12,01 per 100.000, con un tasso medio nazionale di 5,37 per 100.000 lavoratori. Al di sotto del tasso medio nazionale si collocano 11 regioni, quasi tutte del Nord, con la Toscana, le Marche e il Lazio del Centro.

Facendo riferimento ai tassi di infortunio, è frequente osservare che alcune regioni più virtuose presentino, di contro, rischi più elevati di mortalità per infortuni sul lavoro, come si evince dal confronto tra le due tabelle.

A incidere sugli andamenti regionali vi sono vari fat-

tori, tra i quali la struttura economico-produttiva e i diversi livelli di rischio delle lavorazioni che caratterizzano i territori, gli aspetti demografici legati al peso di manodopera di origine straniera e all’incidenza di

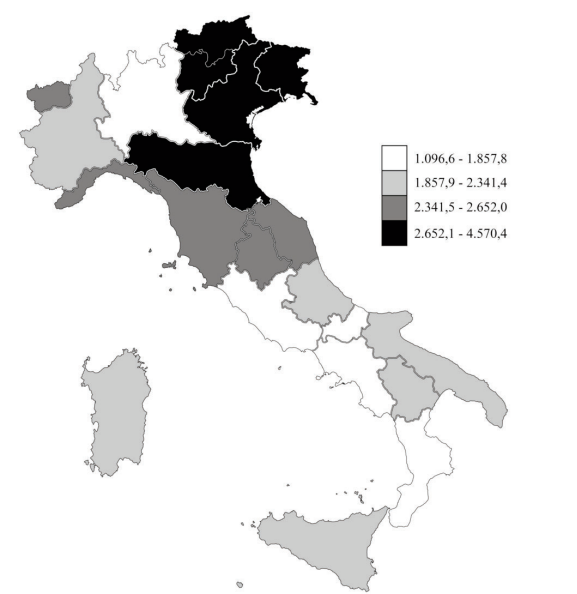
lavoratori anziani, la conformazione geografica (clima e condizione delle infrastrutture) e non ultimo la diversa propensione alla denuncia degli infortuni sul lavoro.

Tabella 1 - *Tasso (valori per 100.000) di infortuni sul lavoro per regione - Anni 2019-2023*

Regioni	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	2.734,1	3.766,9	2.675,6	3.378,0	2.360,4
Valle d’Aosta-Vallée d’Aoste	3.028,7	4.054,0	3.072,0	3.710,8	2.824,9
Lombardia	2.292,2	2.691,1	2.199,1	2.547,0	1.954,3
Bolzano-Bozen	4.172,4	4.605,5	4.007,5	5.697,8	3.667,3
Trento	6.160,0	5.824,4	5.401,6	5.471,2	4.998,0
Veneto	3.375,3	4.229,6	3.510,5	3.468,1	3.223,2
Friuli-Venezia Giulia	3.909,1	4.118,6	3.708,8	4.158,8	3.240,6
Liguria	3.682,4	4.013,6	3.677,4	3.699,2	3.101,1
Emilia-Romagna	4.135,5	4.012,9	3.811,3	3.890,3	3.493,4
Toscana	3.534,2	3.570,5	3.324,9	3.720,9	3.211,9
Umbria	3.482,7	3.224,9	3.335,8	3.548,0	3.138,1
Marche	3.512,3	3.563,5	3.256,3	3.488,2	2.945,7
Lazio	1.706,9	1.724,7	1.587,6	2.084,2	1.484,4
Abruzzo	3.263,1	3.357,5	3.014,2	3.999,6	2.751,0
Molise	2.208,6	2.318,0	2.336,2	3.003,8	2.002,7
Campania	1.805,0	2.362,4	1.875,3	2.619,1	1.518,6
Puglia	3.177,0	3.268,0	2.827,3	2.943,1	2.530,8
Basilicata	2.825,3	2.992,4	2.736,6	2.652,7	2.354,0
Calabria	2.693,3	2.581,7	2.433,6	2.892,3	2.130,7
Sicilia	2.749,7	2.862,0	2.649,1	3.378,9	2.277,1
Sardegna	2.982,2	3.216,2	2.771,0	3.367,5	2.538,1
Italia	2.918,0	3.178,9	2.775,5	3.201,4	2.484,5

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati presenti in Banca Dati Statistica INAIL (aggiornamento al 31 ottobre 2024). Anno 2025.

Tasso (valori per 100.000) di infortuni in occasione di lavoro per regione. Anno 2023



Tasso (valori per 100.000) di infortuni in itinere per regione. Anno 2023

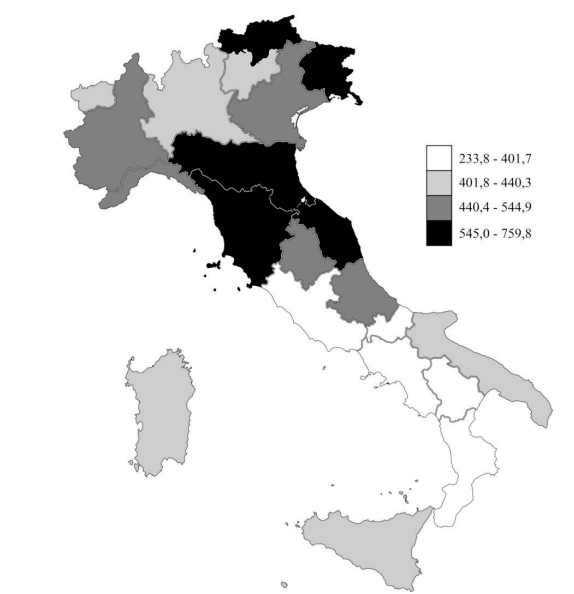


Tabella 2 - Tasso (valori per 100.000) di mortalità per infortuni sul lavoro per regione - Anni 2019-2023

Regioni	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	6,55	10,00	7,92	6,86	5,28
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,28	5,10	9,89	16,49	2,23
Lombardia	4,28	8,35	4,42	4,35	3,76
Bolzano-Bozen	6,02	14,78	9,08	6,15	5,18
Trento	6,12	3,81	5,28	5,43	4,36
Veneto	5,40	5,20	6,23	7,35	3,58
Friuli-Venezia Giulia	6,07	6,87	6,62	6,59	5,52
Liguria	4,90	7,14	8,87	3,39	4,62
Emilia-Romagna	5,84	8,57	6,65	5,11	4,78
Toscana	5,85	6,42	5,90	5,95	4,07
Umbria	5,89	5,99	10,59	8,98	9,32
Marche	7,08	12,70	7,33	8,12	5,27
Lazio	4,82	7,24	6,00	5,00	4,39
Abruzzo	10,25	14,90	12,88	6,52	12,01
Molise	17,08	31,93	22,59	8,92	8,95
Campania	9,40	19,85	14,71	9,04	8,60
Puglia	8,71	14,07	12,32	8,07	8,70
Basilicata	13,13	8,17	15,75	8,90	8,78
Calabria	8,95	18,35	8,98	9,92	9,70
Sicilia	9,87	12,98	9,73	7,18	7,68
Sardegna	5,62	9,19	9,20	8,67	6,79
Italia	6,07	9,55	7,32	6,02	5,37

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati presenti in Banca Dati Statistica INAIL (aggiornamento al 31 ottobre 2024). Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

La strategia per il decennio 2025-2034 dell’Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (*European Agency for Safety and Health at Work*) individua come prioritarie tre linee di azione che possono riassumersi nella promozione della cultura della prevenzione, nella diffusione di conoscenze che favoriscano l’elaborazione di politiche mirate e nella sensibilizzazione e creazione di reti per una cultura della sicurezza e della salute sul lavoro (2). L’invecchiamento dei lavoratori, la transizione digitale e quella verde sono alcune delle tematiche prioritarie dei prossimi anni. In generale, l’allungamento della vita media sta comportando una maggiore permanenza nel mondo del lavoro; in questo contesto, con una popolazione lavorativa sempre più anziana, sarà necessario tenere conto dei cambiamenti legati all’età che possono essere più rilevanti per coloro che svolgono un’attività faticosa, di tipo manuale e che richiede sforzi fisici. Con il cambiamento delle abilità, anche il lavoro dovrà essere modificato, migliorandone l’organizzazione, progettando ambienti e attrezzature più ergonomiche e, contemporaneamente, promuovendo uno stile di vita sano che rallenti il degrado delle capacità fisiche. La valutazione del rischio, inoltre, deve considerare non solo la discriminante del-

l’età, ma anche le esigenze lavorative in relazione alle capacità fisiche e sensoriali dell’individuo. La diffusione dell’intelligenza artificiale e della robotica rappresenta già uno strumento in grado di svolgere azioni pericolose in autonomia, consentendo la sostituzione dell’uomo in alcune attività particolarmente rischiose. Nuove sfide e opportunità dovranno essere affrontate per tutelare la salute e la sicurezza, con l’obiettivo principale di contrastare i fenomeni infortunistici e tecnopatici. In un mondo lavorativo in rapida evoluzione, il monitoraggio dei rischi emergenti rappresenta un elemento fondamentale da cui partire per comprendere i fenomeni e per attuare politiche volte alla salute e alla sicurezza dei lavoratori, anche in un’ottica di genere.

Riferimenti bibliografici

(1) Istituto Nazionale per l’Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - INAIL. Banca Dati Statistica. Disponibile sul sito: www.inail.it/portale/it/attivita-e-servizi/dati-e-statistiche/banca-dati-statistica.html.
(2) European Agency for Safety and Health at Work. 2025. EU-OSHA Strategy 2025–2034. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponibile sul sito: <https://osha.europa.eu/en/publications/eu-osha-strategy-2025-2034>.

Incidenti domestici

Significato. Gli incidenti domestici si verificano all'interno o nei locali adiacenti a un'abitazione, indipendentemente dal fatto che si tratti dell'abitazione propria o di altri (parenti, amici, vicini etc.): sono caratterizzati dall'accidentalità (indipendenza dalla volontà umana) e determinano una compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute, a causa di ferite, fratture, contusioni, lussazioni, ustioni o altre lesioni a danno dei soggetti coinvolti. Gli incidenti domestici rappresentano un problema di

Sanità Pubblica di grande rilevanza (1). Politiche di prevenzione e sicurezza, al fine di ridurre la portata, sono state avviate da alcuni anni in diversi Paesi europei ed extraeuropei. In Italia, la Legge n. 493/1999 indica le funzioni del Sistema Sanitario Nazionale in materia di sorveglianza e prevenzione degli incidenti domestici, dando particolare enfasi alle azioni di informazione ed educazione sanitaria e alla realizzazione di un sistema informativo dedicato istituito presso l'ISS.

Tasso di persone coinvolte in incidenti domestici

Numeratore	Persone coinvolte in incidenti domestici
Denominatore	Popolazione residente, al netto della popolazione residente in convivenza, al 1° gennaio di ogni anno

x 1.000

Incidenti domestici per persona

Numeratore	Incidenti domestici
Denominatore	Persone coinvolte in incidenti domestici

Validità e limiti. Le fonti attualmente disponibili non consentono di effettuare stime esaurienti della dimensione complessiva del fenomeno su scala nazionale, poiché l'Indagine Multiscopo sugli Aspetti della vita quotidiana condotta dall'Istat fornisce stime degli eventi non mortali, mentre i dati relativi alla mortalità, pur in costante miglioramento qualitativo, risultano sottostimati.

I dati desumibili dalla Scheda di dimissione ospedaliera del Ministero della Salute contengono informazioni sulla causa esterna del trauma, ma intercettano solo i casi che danno luogo a un ricovero.

Un'altra fonte campionaria è il Sistema Informativo Nazionale sugli Infortuni negli Ambienti di Civile Abitazione (SINIACA) coordinato dall'ISS. Il SINIACA è integrato nel Sistema europeo di sorveglianza ospedaliera degli incidenti (*European Injury Database* - EU-IDB), nonché nei sistemi attivi a livello territoriale (Progetto multiregionale SINIACA-IDB), estendendo così la sua rete di sorveglianza, che attualmente copre 11 regioni (2).

Valore di riferimento/Benchmark. Sulla base dei dati dell'Indagine Multiscopo sugli Aspetti della vita quotidiana condotta dall'Istat nell'arco del primo trimestre di ogni anno si possono stimare circa 2 milioni e 300 mila incidenti domestici non mortali per l'intero

anno 2023, con oltre 2 milioni di persone coinvolte (3). Le stime del SINIACA-IDB possono essere utilizzate come proxy della gravità dell'incidente, ovvero del numero di infortuni che determinano il ricorso alle strutture di PS e il ricovero. Secondo questa fonte¹, oltre 1 milione e 800 mila persone sono giunte al PS a causa di un incidente domestico, mentre dai dati dei ricoveri ospedalieri risulta che circa 135 mila all'anno riguardino tale causa. Tali valori sono in linea con quanto rilevato nel 2014 attraverso il modulo di approfondimento dedicato, inserito nell'Indagine Multiscopo sugli Aspetti della vita quotidiana, da cui è emerso che il 43% degli incidenti domestici aveva dato luogo al ricorso al PS.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, nei 3 mesi precedenti l'intervista, gli incidenti in ambito domestico hanno coinvolto 534 mila persone, pari a 9,1 per 1.000 abitanti (Tabella 1). Su questa base, si può stimare che nell'arco di 12 mesi il fenomeno abbia coinvolto oltre 2 milioni di persone, pari a circa 36 persone ogni 1.000. Il numero complessivo di incidenti domestici rilevati nel trimestre è di 589 mila (Tabella 2).

Il 61% di tutti gli incidenti è a svantaggio delle donne (11,0 per 1.000), mentre tra gli uomini il tasso è più basso (7,2 per 1.000). L'età è associata a rischi più

¹Disponibile sul sito: www.iss.it/web/guest/siniaca-dati.

elevati: oltre 16 ultra 75enni ogni 1.000 hanno subito un incidente nei 3 mesi precedenti l'intervista. Quanto alle differenze territoriali, esistono, ma non sono particolarmente accentuate. Nel 2023, nel Nord-

Ovest sono state vittime di incidenti domestici 10 persone su 1.000, che salgono a 12,2 nel Nord-Est; con valori più contenuti seguono il Centro (8,3 per 1.000), il Sud (7,5 per 1.000) e le Isole (5,8 per 1.000).

Tabella 1 - *Persone (valori assoluti in migliaia) e tasso (valori per 1.000) di incidenti domestici nella popolazione che nei 3 mesi precedenti l'intervista hanno subito incidenti in ambiente domestico per regione - Anno 2023*

Regioni	N persone	Tassi
Piemonte	43	10,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	6,8
Lombardia	97	9,8
Bolzano-Bozen	5	9,7
Trento	5	10,1
Veneto	55	9,4
Friuli-Venezia Giulia	11	11,5
Liguria	21	8,9
Emilia-Romagna	63	13,8
Toscana	26	14,4
Umbria	5	7,1
Marche	17	6,2
Lazio	49	11,5
Abruzzo	12	8,6
Molise	3	9,9
Campania	34	10,5
Puglia	34	6,2
Basilicata	6	8,9
Calabria	10	10,5
Sicilia	23	5,5
Sardegna	14	4,9
Italia	534	9,1

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Tabella 2 - *Incidenti (valori assoluti in migliaia e valori assoluti) in ambiente domestico nei 3 mesi precedenti l'intervista per regione - Anno 2023*

Regioni	Incidenti in ambiente domestico	Incidenti per persona coinvolta
Piemonte	43	1,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	1,0
Lombardia	109	1,1
Bolzano-Bozen	11	1,2
Trento	6	1,0
Veneto	5	1,0
Friuli-Venezia Giulia	57	1,1
Liguria	12	1,1
Emilia-Romagna	23	1,1
Toscana	71	1,0
Umbria	26	1,4
Marche	7	1,4
Lazio	24	1,1
Abruzzo	53	1,2
Molise	14	1,0
Campania	3	1,1
Puglia	36	1,2
Basilicata	41	1,0
Calabria	6	1,1
Sicilia	11	1,1
Sardegna	26	1,0
Italia	589	1,1

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

È auspicabile che i sistemi di rilevazione degli incidenti in PS siano ulteriormente implementati per consentire l'acquisizione di informazioni più puntuali sulla loro dinamica.

Gli approcci più produttivi in termini di contenimento e riduzione del fenomeno sono quelli di tipo integrato, che comprendono sia attività di informazione ed educazione sanitaria sia interventi su ambienti e strutture. È opportuno che le azioni siano modulate per singoli gruppi di popolazione (bambini, anziani, casalinghe, ecc.), poiché i rischi sono molto differenziati, così come le modalità di insorgenza di tali eventi.

In seguito alla Legge n. 493/1999 ("Norme per la tutela della salute nelle abitazioni e istituzione dell'assicurazione contro gli infortuni domestici"), inoltre, l'INAIL ha istituito l'assicurazione obbligatoria per la tutela di uomini e donne in età compresa tra 18-65 anni che svolgono esclusivamente un'attività non remunerata in ambito domestico e che vengono colpiti

da infortuni domestici con danno permanente di una certa gravità. Tale tutela è stata ampliata dalla Legge n. 145 del 30 dicembre 2018 ("Bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021"), che ha stabilito una copertura fino a 67 anni e una riduzione del grado di invalidità necessario per la costituzione della rendita.

Riferimenti bibliografici

- (1) Michelazzi, R. (a cura di). 2010. Infortuni nelle abitazioni. Manuale tecnico per gli operatori della prevenzione. Disponibile sul sito: www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2094910.pdf.
- (2) Pitidis, A., G. Fondi, M. Giustini, E. Longo, G. Balducci, e Gruppo di lavoro IDB. 2014. "Il Sistema SINIACA-IDB per la sorveglianza degli incidenti domestici". Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, Volume 27, N. 2. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_publicazioni_2243_allegato.pdf.
- (3) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana. Anno 2023. Disponibile sul sito: www.istat.it/microdati/multiscopo-sulle-famiglie-aspetti-della-vita-quotidiana.

Infortuni sul lavoro dei nati all'estero

Dott.ssa Adelina Brusco

Contesto

Nel 2023 gli infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL sono stati oltre 590 mila; di questi, circa 119 mila hanno coinvolto lavoratori nati all'estero. Nello stesso anno gli eventi mortali sono stati 1.187, di cui 227 occorsi ai lavoratori nati all'estero.

Nel quinquennio 2019-2023 si registra un incremento costante dell'incidenza degli infortuni dei nati all'estero rispetto al totale dei casi: in particolare, per le denunce si è passati dal 16,9% del 2019 al 20,2% dell'ultimo anno. Per i decessi la quota del 2023 (19,1%) supera quella del 2019 (18,7%), ma nell'analisi di periodo i numeri più contenuti rendono l'incidenza altalenante.

I lavoratori con cittadinanza straniera nel quinquennio rappresentano circa il 10% di tutti gli occupati e, per il 2023, si attestano a circa 2,4 milioni.

Metodi

I dati presi in esame riguardano il quinquennio di accadimento 2019-2023 e sono estratti dalla Banca Dati Statistica dell'INAIL, aggiornata al 31 ottobre 2024. Le statistiche si riferiscono agli infortuni sul lavoro denunciati dai nati all'estero (di seguito, per brevità, stranieri, seppure trattandosi di una *proxy*) individuati tramite il codice fiscale (la Z alla dodicesima posizione e le tre cifre successive indicano il Paese di nascita), ritenuto più affidabile rispetto all'indicazione della cittadinanza, poiché sottoposto a un controllo di validità accurato.

Le denunce di infortunio riguardano gli eventi avvenuti in occasione di lavoro per causa violenta ed esterna, che hanno determinato un'inabilità temporanea assoluta di durata superiore a 3 giorni, o un'inabilità permanente assoluta o parziale al lavoro, oppure la morte. Sono compresi anche i casi avvenuti in itinere, ossia nel tragitto casa-lavoro-casa o nel raggiungimento di un'altra sede di lavoro o di un luogo di ristoro. Dal 2020 sono inclusi anche i contagi professionali da SARS-CoV-2 (malattie-infortunio per le quali la causa virulenta è equiparata a quella violenta). Esclusivamente a fini statistici e informativi, sono conteggiate anche le comunicazioni di infortunio di almeno un giorno (benché prive di valenza assicurativa). Gli infortuni mortali comprendono tutte le denunce per le quali il decesso avviene in conseguenza dell'evento infortunistico, anche se in data successiva.

Risultati e discussione

Nel 2023 le denunce di infortunio dei lavoratori stranieri sono state 119.189, in flessione del 2,9% rispetto all'anno precedente; il calo è sintesi della riduzione della componente in occasione di lavoro (-4,7%) e dell'incremento di quella in itinere (+7,1%). Contestualmente, i casi mortali sono stati 227, in diminuzione del 9,2% rispetto al 2022; a incidere sulla riduzione sono i decessi in occasione di lavoro (-6,5%) e, ancora di più, quelli in itinere (-16,7%).

Nel quinquennio 2019-2023 si osserva un andamento condizionato dalla pandemia; in particolare, per le denunce, gli anni 2020 e 2022 sono stati i più interessati, quando le infezioni professionali da SARS-CoV-2 sono state più elevate, rappresentando il 21,0% del complesso degli infortuni nel primo anno e il 9,0% nel 2022.

Anche per quanto riguarda i decessi, il cui andamento nel quinquennio è altalenante, la pandemia ha influito in modo rilevante nel 2020, anno in cui si registrano 248 vittime tra gli stranieri e oltre un caso su 4 è dovuto al virus.

È bene precisare che le vittime da SARS-CoV-2 hanno avuto un peso maggiore nel primo anno della pandemia, ma già nel 2021 l'incidenza è stata dell'8% circa e nulla nel 2022 e nel 2023.

Gli infortuni in itinere rappresentano nel 2023 il 16,6% delle denunce degli stranieri, in aumento rispetto agli anni precedenti, quando il dato si attestava al 15% circa, fatta eccezione per il 2020, in cui la percentuale si è ridotta all'11,9% a causa del maggior ricorso al lavoro agile e delle limitazioni alla circolazione. Non si registrano differenze significative rispetto al complesso delle denunce: l'incidenza media del quinquennio è abbastanza in linea con quella riferita a tutti gli infortuni (14,8% rispetto al 14,7% di tutti i casi).

Le vittime in itinere rappresentano nel 2023 il 24,2% di tutti i decessi degli stranieri, una quota inferiore rispetto a quella del 2019 (32,8%) e del 2022 (26,4%). In generale, la percentuale media per i nati all'estero è più elevata rispetto a quella osservata sul complesso delle denunce mortali del quinquennio (24,6% vs 22,0%).

L'analisi delle caratteristiche demografiche del lavoratore evidenzia alcuni aspetti di interesse: per tutti gli eventi la composizione per genere mostra una percentuale di denunce degli uomini superiore a quella delle donne che, nel caso dei nati all'estero, è di 8,0 p.p. più elevata (72,5% nel 2023) ed è spiegabile con la maggiore

presenza di uomini stranieri impiegati in attività a rischio maggiore. Sono prevalentemente uomini anche le vittime sul lavoro (circa nove casi ogni dieci), senza differenze sostanziali tra i Paesi di nascita. Gli stranieri che si infortunano presentano una struttura per età mediamente più giovane: tre su quattro hanno un'età inferiore a 50 anni (il rapporto è di due su tre considerate tutte le denunce del quinquennio).

I Paesi di nascita più rappresentati sono nell'ordine: Romania e Marocco (11,8% per entrambi), Albania (9,9%), Pakistan (4,0%), Moldavia (3,4%) e Perù (3,1%). Per i casi mortali nelle prime tre posizioni, Romania (18,1%), Albania (15,0%) e Marocco (7,0%), che risultano tra i più numerosi tra i lavoratori e, a seguire, India (6,2%).

Nel 2023 gli infortuni degli stranieri avvengono in oltre nove casi su dieci nelle attività della gestione assicurativa dell'Industria e dei Servizi (91,6%), il 4,5% in Agricoltura e il 3,9% nella gestione per conto dello Stato (Tabella 1). Rispetto al complesso delle denunce si osservano differenze: qui, infatti, la quota dei casi che confluiscono nell'Industria e Servizi risulta inferiore (79,2%), indicativa di un maggiore coinvolgimento di lavoratori stranieri nelle attività di gestione, mentre quella per conto dello Stato (16,3%) è più elevata e praticamente identica a quella dell'Agricoltura.

Gli eventi mortali si verificano per lo più nell'Industria e Servizi (86,8%) e, a seguire, nell'Agricoltura (12,8%), con un residuo nella gestione per conto dello Stato (0,4%). Anche per i decessi emergono alcune differenze rispetto al complesso delle vittime, per le quali si rileva, in particolare, un maggiore numero di casi nella gestione per conto dello Stato, la cui incidenza è pari al 3,1%, compensata da livelli leggermente inferiori nelle altre due gestioni assicurative.

I settori di attività economica dell'Industria e dei Servizi con più denunce, al netto dei casi non determinati, sono il manifatturiero (28,5% dei casi nel 2023), le costruzioni (14,9%), il trasporto e il magazzinaggio (14,2%) e il noleggio e i servizi di supporto alle imprese (9,7%), comparti nei quali la presenza di lavoratori stranieri è molto significativa. I decessi si concentrano tradizionalmente nel settore delle costruzioni (31,7%), a conferma dell'alto grado di pericolosità, e nel trasporto e nel magazzinaggio, nonché nel settore manifatturiero (19,8% per entrambi).

A livello territoriale, emerge che, in valore assoluto, la regione con più infortuni occorsi a lavoratori nati all'estero è la Lombardia, con poco meno di un caso su quattro (23,3%), seguita da Emilia-Romagna (18,2%), Veneto (15,4%), Toscana (8,4%) e Piemonte (7,3%). Sono confermate molte delle regioni citate anche per gli eventi mortali, con la Lombardia che registra una vittima professionale ogni cinque (20,0%), seguita dal Veneto (15,9%), dal Piemonte (10,1%) e dall'Emilia-Romagna e dal Lazio (8,8% per entrambe).

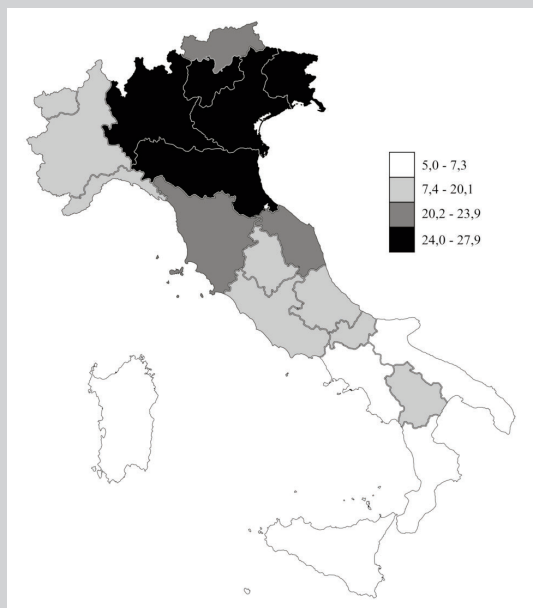
L'incidenza delle denunce degli stranieri sul totale dei casi, per regione, evidenzia quote elevate in Emilia-Romagna (27,9%), Veneto (26,2%), Friuli-Venezia Giulia (25,5%) e Lombardia (25,1%) (Cartogramma). Percentuali superiori alla media nazionale (20,2%) si riscontrano in quasi tutte le regioni del Nord e in molte del Centro, mentre quelle del Mezzogiorno si collocano in fondo alla graduatoria, con un minimo per la Sardegna (5,0%), la Campania (5,6%), la Sicilia e la Puglia (5,7% per entrambe). Per gli infortuni mortali si osservano incidenze più elevate in Veneto (32,4%), in Piemonte e in Toscana (27,1% in entrambe) e nella PA di Bolzano (26,7%).

Tabella 1 - *Infortuni e casi mortali (valori assoluti) sul lavoro denunciati occorsi a nati all'estero per gestione assicurativa (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro) - Anni 2019-2023*

Gestione assicurativa	2019	2020	2021	2022	2023
Industria e Servizi	97.743	92.809	94.443	113.225	109.171
Agricoltura	5.704	4.765	5.179	5.219	5.388
Per Conto dello Stato	5.163	1.994	3.064	4.313	4.630
Totale	108.610	99.568	102.686	122.757	119.189
di cui casi mortali	232	248	226	250	227

Fonte dei dati: Elaborazioni su dati presenti in Banca Dati Statistica Inail (aggiornamento al 31 ottobre 2024). Anno 2025.

Incidenza (valori per 100) di infortuni sul lavoro di nati all'estero sul complesso delle denunce per regione. Anno 2023



Riferimenti bibliografici

(1) Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro - INAIL. Banca Dati Statistica. Disponibile sul sito: www.inail.it/portale/it/attivita-e-servizi/dati-e-statistiche/banca-dati-statistica.html.

Ambiente

Tra i numerosi fattori che influenzano la salute umana, un ruolo di primo piano è sicuramente rivestito dall'ambiente. In questo Capitolo vengono descritti alcuni temi prioritari per la caratterizzazione del rapporto ambiente-salute attraverso l'impiego di indicatori, alcuni dei quali già adottati nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute e di cui si riporta un aggiornamento.

I rifiuti rappresentano uno degli indicatori di maggiore pressione, non solo in termini ambientali, ma anche in termini sociali e sanitari. Relativamente ai rifiuti solidi urbani (quantità prodotta, volume smaltito attraverso la discarica controllata e/o l'incenerimento ed entità del ricorso alla raccolta differenziata) si fa riferimento ai dati presentati nel Rapporto Osservasalute 2023, mentre vengono qui presentati i dati relativi ai rifiuti speciali prodotti (comprendendo in tale ambito le diverse tipologie di rifiuto: rifiuti speciali pericolosi, rifiuti speciali non pericolosi e rifiuti da costruzione e demolizione) e alla quantità totale di rifiuti speciali gestiti attraverso le principali modalità (recupero di materia, smaltimento in discarica ed incenerimento). In Italia, nel 2022, la quantità totale di rifiuti speciali prodotta è stata pari a circa 161,4 milioni di tonnellate, quasi totalmente costituita da rifiuti speciali non pericolosi (93,8%) e, per la restante parte, da rifiuti speciali pericolosi. Rispetto all'anno precedente, la produzione totale mostra una modesta riduzione dovuta pressoché completamente alla produzione di rifiuti non pericolosi. Relativamente alla gestione, la quantità totale di rifiuti trattati è pari a oltre 176,6 milioni di tonnellate (prevalentemente costituiti da rifiuti non pericolosi rispetto a quelli pericolosi). La ripartizione percentuale delle diverse tipologie di recupero e smaltimento dei rifiuti pericolosi e non pericolosi evidenzia come il recupero di materia rappresenti la quota predominante, seguito dalla messa in riserva, dal trattamento chimico-fisico o biologico e ricondizionamento preliminare, dallo smaltimento in discarica e dal deposito preliminare. La principale forma di smaltimento continua ad essere la discarica.

Nel presente Rapporto vengono riportati, per l'ultimo anno disponibile (2022), gli indicatori quantitativi relativi all'acqua prelevata a scopo potabile immessa nelle reti di distribuzione ed erogata.

In Italia, sono stati erogati circa 4.612 milioni di m³ d'acqua potabile distribuiti prevalentemente nelle regioni del Nord-Ovest e, in minor misura, nelle altre macroaree quali l'Italia meridionale, il Nord-Est, le regioni dell'Italia centrale e insulare. La regione con il maggior quantitativo di acqua erogata è la Lombardia, con 945 milioni di m³ (corrispondenti al 20,5%), seguita da Lazio (10,6%) e Campania (8,5%). Per quanto riguarda i dati pro capite, le regioni dell'Italia Nord-occidentale dispongono di 251 litri/ab/die, valore superiore a quello nazionale (214 litri/ab/die); per contro, nelle regioni centrali e insulari il consumo pro capite assume livelli più bassi della media nazionale: infatti, nel Centro si rilevano 194 litri/ab/die e nelle Isole si raggiunge il livello più basso (186 litri/ab/die). I valori minimi si riscontrano in Sicilia (181 litri/ab/die), tra le isole, e in Umbria (167 litri/ab/die) tra le regioni centrali. Relativamente alla percentuale di acqua erogata sul totale di acqua immessa nelle reti di distribuzione comunali, a fronte di una media nazionale del 57,6%, si nota un marcato gradiente Nord-Sud ed Isole: infatti, a partire dall'Italia Nord-occidentale per finire all'Italia insulare e meridionale, si registrano valori medi dal 65,7% al 46,5%. Anche per quanto riguarda alcuni aspetti qualitativi, quali quelli relativi alla necessità di sottoporre l'acqua prelevata a trattamenti di potabilizzazione, si notano rilevanti modificazioni in funzione delle ripartizioni geografiche. Nel 2022 emerge, inoltre, rispetto agli anni precedenti, un calo dell'acqua erogata di 6 litri/ab/die rispetto al 2015 e di ben 53 litri/ab/die rispetto al 1999; preoccupa, infine, la percentuale di acqua erogata rispetto a quella immessa nelle reti di distribuzione che, nel 2022 (57,6%), evidenzia una ulteriore perdita in rete rispetto al 71,5% del 1999.

Rifiuti speciali

Significato. I rifiuti speciali comprendono tutti i rifiuti non urbani prodotti da industrie e aziende; in particolare, vengono enumerati in tale ambito diverse tipologie di rifiuto, quali quelli derivanti da attività agricole, industriali, artigianali, commerciali ed edilizie (demolizione e scavo), nonché le attività sanitarie che possono essere di tipo pericoloso e non pericoloso e rispondono alle definizioni ed alle classi del Catalogo Europeo Rifiuti presenti nei dettami normativi dell'art. 183 del D. Lgs. n. 152/2006 (Testo Unico Ambientale) (1) e della Direttiva europea 2008/98/CE del 19 novembre 2008 (2) attuata dal D. Lgs. n. 205/2010 (3). I rifiuti speciali, unitamente ai rifiuti solidi urbani, possono generare un notevole impatto economico ed ambientale sia per le quantità smaltite nel territorio sia per la qualità dei rifiuti stessi che in modalità diverse agiscono sui ricettori idrici, sul terreno e sull'aria. La classificazione dei rifiuti si basa sulla provenienza o sulla funzione che rivestiva il prodotto originario. Per diverse varietà di rifiuto la distinzione in pericoloso o non pericoloso si ha già all'origine, mentre, per altre, è prevista una voce speculare in funzione della concentrazione di sostanze pericolose da determinarsi mediante opportuna verifica analitica. Le conseguenze di una errata gestione dei rifiuti speciali, se non si utilizzano tecnologie più efficienti e sicure, possono essere molteplici, anche se non tutte della stessa criticità e/o priorità (inquinamento del suolo e delle acque o emissione nell'atmosfera di sostanze pericolose, deturpamento del paesaggio o emissioni di ceneri volatili e/o di diossina prodotte dagli inceneritori). Gli effetti sulla salute sono da valutarsi in modo differente, soprattutto se si considera che si tratta di una notevole varietà di agenti e di condizioni di esposizione e di effetti sanitari anche

molto diversi tra loro (diversa gravità, eziologia, meccanismo e latenza). Pertanto, non è facile stabilire il grado di solidità delle evidenze, considerando che gli esiti presi in esame dagli studi epidemiologici sono numerosi (sebbene molti non confrontabili per metodologia e modalità di conduzione). Fra questi ricordiamo l'aumento di incidenza e mortalità per diversi tipi di tumore (soprattutto un rischio maggiore di sviluppare il cancro al fegato, polmone, rene, pancreas, linfoma non-Hodgkin o sarcoma dei tessuti molli) e gli effetti sulla riproduzione (difetti congeniti e basso peso alla nascita). Peraltro, le realtà epidemiologiche disponibili indicano che, in presenza di un efficace ed efficiente sistema di gestione dei rifiuti speciali, l'impatto negativo sulla salute è inesistente o, verosimilmente, molto contenuto, specialmente se sono impiegate tecnologie di ultima generazione (4-6). Questo non può escludere l'esistenza di particolari situazioni di esposizioni a rifiuti tossici non correttamente o legalmente smaltiti che possono colpire limitati gruppi di persone in situazioni particolari. Si tratta di casi che devono essere certamente identificati, caratterizzati e risolti, ma senza creare inutili generalizzazioni spesso solamente ansiogene per la popolazione generale (7).

Gli indicatori proposti misurano, relativamente ai rifiuti speciali riferiti all'anno 2022 in Italia, la quantità totale e pro capite di rifiuti prodotti nel nostro Paese (comprendendo in tale ambito le diverse tipologie di rifiuto, ovvero rifiuti speciali pericolosi, rifiuti speciali non pericolosi e rifiuti da costruzione e demolizione) e, sempre nello stesso anno, la quantità totale di rifiuti speciali gestiti analizzandone le principali modalità (recupero di materia, smaltimento in discarica ed incenerimento).

Rifiuti speciali prodotti

Produzione pro capite di rifiuti speciali

Numeratore	Rifiuti speciali prodotti
Denominatore	Popolazione media residente

Rifiuti speciali gestiti

Rifiuti speciali gestiti con recupero di materia

Rifiuti speciali smaltiti in discarica

Rifiuti speciali inceneriti

Validità e limiti. La produzione e la gestione dei rifiuti speciali sono state calcolate sulla base dei dati contenuti nelle dichiarazioni “Modello Unico di Dichiarazione” (MUD), presentate nel 2023 e riferite al 2022 (8) ai sensi del DPCM 3 febbraio 2023 (9); tale documento deve essere presentato dalle ditte e dagli altri soggetti produttori di rifiuti alla Camera di Commercio. Nonostante nella banca dati MUD siano effettuate le necessarie verifiche sugli errori di unità di misura, sulle doppie dichiarazioni e sulle incongruenze tra schede e moduli, l'accuratezza del dato non risulta sempre soddisfacente in quanto il D. Lgs. n. 152/2006 (1) riconosce svariate esenzioni all'obbligo di dichiarazione. In conseguenza di ciò, al fine di colmare le lacune informative, l'Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale (ISPRA) ha provveduto a integrare i dati raccolti con specifiche metodologie di stima, in particolare in quei settori della produzione per i quali si rilevano maggiori carenze informative (settore delle costruzioni e demolizioni per i rifiuti non pericolosi, settore sanitario, veicoli fuori uso, settore agroindustriale, industria tessile e settore conciario, settore cartario, industria del legno, parte del settore chimico e petrolchimico e industria metallurgica e della lavorazione di prodotti in metallo) (8). Infine, i dati sullo smaltimento in discarica sono stati elaborati tenendo conto dei risultati raccolti mediante appositi questionari inviati dall'ISPRA a tutti i soggetti competenti in materia di autorizzazioni e controlli e, successivamente, confrontati con le dichiarazioni MUD.

Valore di riferimento/Benchmark. I Paesi dell'UE riferita a 27 Stati membri, nel 2022, hanno fatto registrare una produzione annua di oltre 2,2 miliardi di tonnellate di rifiuti speciali, con un valore medio di quasi 83 milioni di tonnellate; l'Italia, nello stesso anno, presenta una produzione di oltre 189 milioni di tonnellate (10).

Descrizione dei risultati

In Italia, nel 2022, la quantità totale di rifiuti speciali prodotta è pari a circa 161,4 milioni di tonnellate (Tabella 1, Grafico 1): il 93,8% (oltre 151,4 milioni di tonnellate) è costituito da rifiuti speciali non pericolosi e il 6,2% (circa 10 milioni di tonnellate) da rifiuti speciali pericolosi (8). Rispetto al 2021 (Grafico 1), la produzione totale di rifiuti speciali mostra un decremento del 2,1% (pari a circa 3,4 milioni di tonnellate); tale decremento è dovuto, in prevalenza, alla produzione di rifiuti non pericolosi (1,8%, oltre 2,7 milioni di tonnellate), essendo la produzione di rifiuti pericolosi ridotta in maniera più modesta (6,4%, pari a circa 700 mila tonnellate). Il 50% del totale dei rifiuti speciali generati in Italia, pari a circa 80,8 milioni di tonnellate, deriva dal comparto delle costruzioni e demolizioni, che contribuiscono in maniera significativa al peso complessivo della produzione nazionale (8).

La produzione media pro capite relativa al 2022 è pari a 2.730 kg/ab (Tabella 1), di cui 2.573 kg/ab corrisponde

a rifiuti non pericolosi e 101 kg/ab a rifiuti pericolosi. Il Nord-Italia (3.379 kg/ab), a motivo della maggior presenza di industrie nel territorio, mostra valori di produzione pro capite superiori al dato nazionale. In particolare, la Lombardia con oltre 35,3 milioni di tonnellate (21,9%) è la maggiore produttrice di rifiuti speciali nel Paese, seguita dal Veneto (10,6%) con circa 17,1 milioni di tonnellate, dall'Emilia-Romagna (9,0%) con oltre 14,5 milioni di tonnellate e dal Piemonte (8,4%) con quasi 13,6 milioni di tonnellate. I dati di produzione del Centro, dove spiccano il Lazio (6,9%) e la Toscana (6,0%) (rispettivamente, circa 11,2 e oltre 9,7 milioni di tonnellate), sono in linea con il dato nazionale. Infine, i dati di produzione del Meridione sono inferiori al valore nazionale (2.036 kg/ab al Sud ed Isole) e, nello specifico, si evidenzia il contributo della Campania (6,4%), della Puglia (6,0%) e della Sicilia (5,5%) attestate tra i 10-8,9 milioni di tonnellate (Tabella 1) (8).

Relativamente alla gestione (Tabella 2), la quantità totale di rifiuti trattati è pari a oltre 176,6 milioni di tonnellate, di cui 167,1 milioni di tonnellate (94,6%) sono rifiuti non pericolosi e i restanti 9,5 milioni di tonnellate (5,4%) sono rifiuti pericolosi. Rispetto al 2021, si evidenzia un decremento dello 0,8% sul totale gestito, pari a 1,4 milioni di tonnellate. In particolare, al Nord si registra il maggior decremento, con circa 1,5 milioni di tonnellate; anche il Sud e le Isole sono interessate da una lieve decrescita, pari a circa 500 mila tonnellate, mentre al Centro si registra un incremento di circa 500 mila tonnellate. Escludendo le quantità stoccate in depositi preliminari e temporanei e messe in riserva (che ammontano a pressoché a 19 milioni di tonnellate), circa 148,2 milioni di tonnellate di rifiuti speciali sono avviate a recupero, mentre circa 28 milioni di tonnellate sono destinate ad attività di smaltimento (8).

Il Grafico 2 riporta la ripartizione percentuale delle diverse tipologie di recupero e smaltimento dei rifiuti pericolosi e non pericolosi, evidenziando come il recupero di materia rappresenti la quota predominante (72,2% del totale), seguito dalla messa in riserva (10,6%), dal trattamento chimico-fisico o biologico e ricondizionamento preliminare (altre operazioni di smaltimento: 9,9%), dallo smaltimento in discarica (5,0%) e dal deposito preliminare (0,6%); solo l'1,0% viene valorizzato energeticamente sia in impianti dedicati (impianti di recupero di biogas, impianti di valorizzazione di biomasse e gassificatori) che in impianti produttivi quali cementifici, impianti per la produzione di energia ed altri impianti che utilizzano rifiuti come combustibile in luogo di quelli convenzionali; lo 0,6% è avviato all'incenerimento.

Nel 2022, la principale forma di smaltimento continua ad essere la discarica con circa 8,9 tonnellate di rifiuti speciali smaltiti (Tabella 2): le regioni che vi conferiscono maggiori quantitativi sono la Lombardia (2.210.233 tonnellate), il Veneto (1.015.093 tonnellate), la Toscana (862.654 tonnellate) e la Sardegna (825.762

tonnellate), seguite dalla Puglia (704.547 tonnellate) e dal Lazio (683.952 tonnellate). La regione con minor entità di smaltimento in discarica è l'Abruzzo (4.806 tonnellate), seguito dal Molise (39.237 tonnellate), dalla Basilicata (39.660 tonnellate) e dal Trentino-Alto Adige (42.043 tonnellate). In Campania, dal 2005, non sono più presenti discariche per rifiuti speciali, pertanto, i rifiuti speciali prodotti in Campania sono smaltiti sia in altre regioni sia in Paesi esteri con quantitativi che, secondo stime fornite dall'Agenzia Regionale per la Protezione Ambientale della Campania, già dal 2010 si attestavano sul milione di tonnellate. Per quanto

riguarda lo smaltimento dei rifiuti speciali attraverso gli inceneritori (su un totale di 70, ben 43 sono localizzati al Nord), il quantitativo totale è di circa 1,1 milione di tonnellate; rispetto al 2021 si registra un lieve aumento di circa 5.000 tonnellate (8). Le regioni con la maggiore quantità di rifiuti inceneriti sono la Lombardia (559.282 tonnellate) e l'Emilia-Romagna (191.514 tonnellate), al contrario, modesti quantitativi vengono inceneriti nel Lazio (3.141 tonnellate), in Calabria (4.393 tonnellate) e in Molise (4.927 tonnellate), mentre in Valle d'Aosta, Liguria, Umbria e Marche non risultano attivi impianti di incenerimento per rifiuti speciali.

Tabella 1 - Produzione (valori assoluti in tonnellate, valori pro capite in kg/ab e valori per 100) di rifiuti speciali per regione - Anno 2022

Regioni	Produzione totale	Produzione pro capite	Produzione %
Piemonte	13.562.928	3.180	8,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	317.917	2.570	0,2
Lombardia	35.327.961	3.546	21,9
Trentino-Alto Adige*	4.644.702	4.319	2,9
Veneto	17.112.108	3.522	10,6
Friuli-Venezia Giulia	4.224.775	3.526	2,6
Liguria	2.978.323	1.967	1,8
Emilia-Romagna	14.542.902	3.281	9,0
Toscana	9.719.699	2.643	6,0
Umbria	3.262.578	3.784	2,0
Marche	3.952.320	2.648	2,4
Lazio	11.174.133	1.953	6,9
Abruzzo	3.207.598	2.509	2,0
Molise	643.767	2.195	0,4
Campania	10.324.709	1.836	6,4
Puglia	9.719.481	2.474	6,0
Basilicata	2.308.491	4.250	1,4
Calabria	2.358.028	1.269	1,5
Sicilia	8.957.548	1.853	5,5
Sardegna	3.097.076	1.949	1,9
Italia	161.437.044	2.730	100,0

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Elaborazione modificata da ISPRA. Rapporto Rifiuti Speciali. Anno 2025.

Produzione pro capite (valori pro capite in kg/ab) di rifiuti speciali per regione. Anno 2022

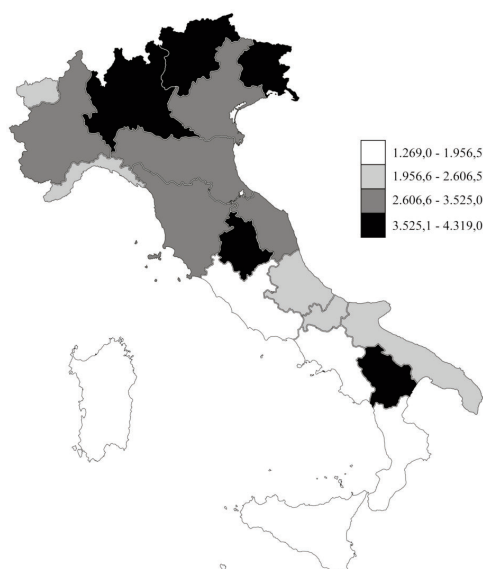
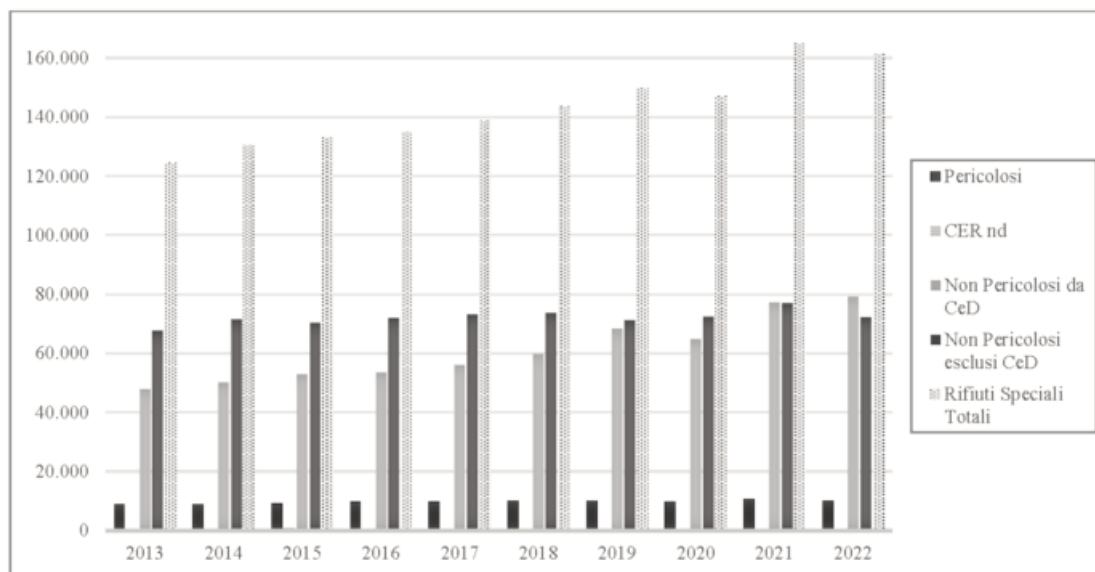


Grafico 1 - Produzione (valori assoluti in tonnellate) di rifiuti speciali per tipologia - Anni 2013-2022

Fonte dei dati: ISPRA. Rapporto Rifiuti Speciali. Anno 2025.

Tabella 2 - Rifiuti speciali (valori assoluti in tonnellate e valori per 100) gestiti, recuperati, smaltiti in discarica e inceneriti per regione - Anno 2022

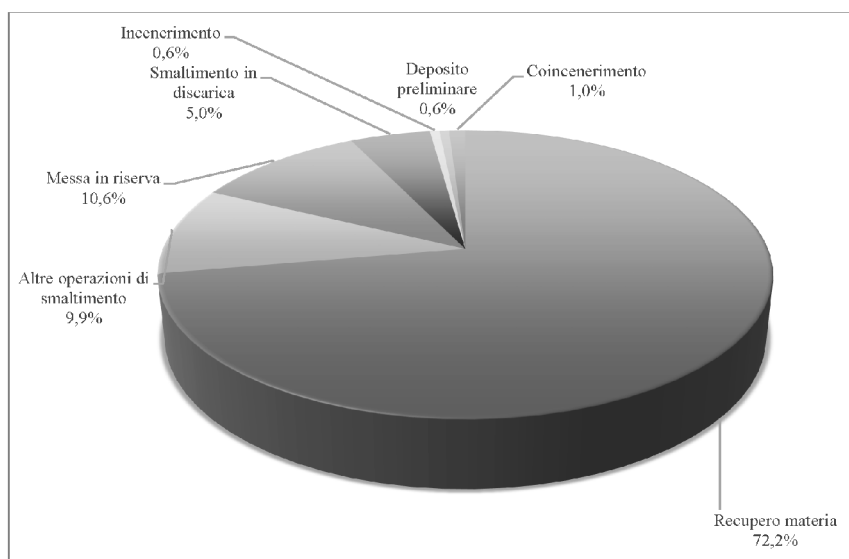
Regioni	Rifiuti speciali gestiti		Rifiuti speciali recuperati		Rifiuti speciali smaltiti in discarica		Rifiuti speciali inceneriti	
	Tonnellate	%	Totali	Pericolosi	Totali	Pericolosi	Totali	Pericolosi
Piemonte	14.894.951	8,4	12.698.784	344.057	485.621	130.183	52.526	3.906
Valle d'Aosta	305.811	0,2	207.967	1.765	81.662	6	-	-
Lombardia	45.303.850	25,6	39.437.061	1.459.596	2.210.233	267.580	559.282	186.205
Trentino Alto Adige*	4.995.520	2,8	4.564.049	31.199	42.043	1	26.366	-
Veneto	18.561.332	10,5	15.483.564	405.885	1.015.093	146.081	59.266	46.612
Friuli Venezia Giulia	5.937.398	3,4	5.452.452	64.384	213.755	40.671	40.388	-
Liguria	3.211.249	1,8	2.514.935	144.820	403.648	0	-	-
Emilia-Romagna	16.309.165	9,2	13.752.719	396.777	301.691	56.098	191.514	39.923
Toscana	10.184.604	5,8	7.252.434	205.143	862.654	85.645	22.045	4.203
Umbria	3.664.333	2,1	3.086.512	23.677	418.827	75.863	-	-
Marche	4.463.504	2,5	3.795.754	64.960	192.437	30.032	-	-
Lazio	9.730.509	5,5	8.213.493	228.682	683.952	0	3.141	3.141
Abruzzo	2.705.971	1,5	2.482.661	44.701	4.806	4.806	20.589	20.536
Molise	839.598	0,5	535.434	9.178	39.237	0	4.927	4.927
Campania	9.108.628	5,2	8.013.653	285.612	0	0	21.771	19.908
Puglia	10.149.316	5,7	8.223.237	172.343	704.547	593	17.354	7.762
Basilicata	2.086.430	1,2	1.407.301	35.728	39.660	9.277	31.707	26.279
Calabria	2.446.031	1,4	1.617.007	83.565	52.729	52.440	4.393	3.076
Sicilia	8.229.074	4,7	7.279.693	206.532	319.420	62.716	41.612	37.280
Sardegna	3.505.695	2,0	2.188.294	338.857	825.762	41.581	11.102	5.659
Italia	176.632.969	100,0	148.207.004	4.547.461	8.897.777	1.003.573	1.107.983	409.417

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

- = dato non disponibile o non comunicato.

Fonte dei dati: Elaborazione modificata da ISPRA. Rapporto Rifiuti Speciali. Anno 2025.

Grafico 2 - Gestione (valori per 100) di rifiuti speciali, pericolosi e non pericolosi differenziati per tipologia di recupero e smaltimento - Anno 2022



Fonte dei dati: ISPRA. Rapporto Rifiuti Speciali. Edizione 2025.

Confronto internazionale

Nel 2022, in Europa (UE-27) sono stati prodotti complessivamente oltre 2,2 miliardi di tonnellate di rifiuti (Tabella 3), di cui oltre 119 milioni di tonnellate di rifiuti pericolosi. I maggiori Paesi produttori sono la Germania (oltre 385 milioni di tonnellate), la Francia (oltre 345 milioni di tonnellate) e l'Italia (oltre 189 milioni di tonnellate), seguiti da Polonia (oltre 174 milioni di tonnellate) e Svezia (oltre 163 milioni di tonnellate).

In particolare, la Finlandia è il principale Paese produttore di rifiuti pericolosi con circa 29 milioni di tonnellate prodotte (quasi un quarto della produzione totale europea), seguito dalla Germania (23 milioni di tonnellate), dalla Bulgaria (oltre 14 milioni di tonnellate) e dalla Francia (11 milioni di tonnellate); l'Italia presenta una posizione di rilievo con un quantitativo prodotto di 10 milioni di tonnellate. Per contro, particolarmente ridotti (al di sotto delle 300 mila tonnellate) i quantitativi prodotti da numerosi Paesi (Malta, Cipro, Lettonia, Slovenia, Croazia, Lituania). Rispetto al 2004, si notano ampie differenze: infatti, a fronte di un calo medio del 14,9%, è particolarmente evidente l'aumento della produzione di rifiuti speciali riscontrato in Lettonia e in Slovenia (rispettivamente, 98,9% e 97,5%); per contro, cali di produzione superiori al 50% si sono rilevati in Romania e in Bulgaria. In generale, per quanto riguarda la produzione di rifiuti pro capite negli stati membri dell'UE, nel 2022, si osservano variazioni da un minimo di 1.330 kg/ab in Lettonia ad un massimo di 19.950 kg/ab in Finlandia (10, 11).

In questo contesto, nel 2022 nell'UE è stato prodotto il 31,1% in più di rifiuti pericolosi rispetto al 2010

(90,8 vs 119,0 milioni di tonnellate): tale dato è in gran parte da attribuire all'aumento di quasi 8 volte dei rifiuti pericolosi prodotti in Finlandia in questo periodo (10, 11).

Relativamente alla problematica di una corretta gestione, il Settimo Programma d'Azione sull'Ambiente dell'UE (2013-2020) (12) ha inserito tra le priorità la corretta gestione e il monitoraggio dei rifiuti; un successivo documento di valutazione (13) rileva l'esistenza di diversi ambiti fondamentali (tra cui la gestione dei rifiuti e l'esposizione alle sostanze chimiche) nei quali l'attuazione carente del citato Programma contribuisce al degrado ambientale rappresentando minacce dirette per la salute dei cittadini. Nel dicembre 2019, in seguito alla scadenza del Settimo Programma d'Azione per l'Ambiente, l'UE ha adottato, con la pubblicazione del *Green Deal* europeo, una nuova visione di crescita basata sulla sostenibilità e sull'integrazione delle politiche ambientali in tutti i settori produttivi (14). L'obiettivo primario del Piano, formalizzato con l'approvazione del Regolamento (UE) 1119/2021 (15), è il raggiungimento della neutralità climatica entro il 2050. Il *Green Deal* si articola in strategie settoriali, tra cui il Nuovo Piano d'Azione per l'Economia Circolare, che mira a disaccoppiare la crescita economica dal consumo di risorse naturali attraverso il riuso, la riparazione, il riciclo e la progettazione ecocompatibile. Nel 2022, con la Decisione (UE) 591/2022 (16) del Parlamento e del Consiglio Europeo, è stato adottato l'Ottavo Programma d'Azione per l'Ambiente, che rappresenta la cornice attuativa e di monitoraggio del *Green Deal*, introducendo un sistema coerente di indicatori per valutare i progressi delle politiche ambientali europee.

In questo contesto, il 30,2% dei rifiuti totali gestiti nei 27 Stati membri, nel 2022, è smaltito in discarica, lo 0,4% è incenerito, mentre più della metà è stata avviata a trattamenti di recupero: 40,8% riciclo, 14,2% *backfilling* e 6,4% recupero energetico. Si rileva, inoltre, un'ampia variabilità di approccio alla gestione dei rifiuti totali tra i diversi Stati membri: infatti, per quanto riguarda lo smaltimento in discarica, si passa

da percentuali <10% nei Paesi Bassi (2,6%), Slovenia (3,0%), Danimarca (6,9%) e Belgio (7,3%) al 90,2% della Romania; lo smaltimento in discarica si attesta a percentuali relativamente contenute (<20%) a Malta (11,9%), in Repubblica Ceca (13,3%) e in Germania (17,7%) e per contro, percentuali molto elevate di smaltimento in discarica (>50%) si registrano in Bulgaria (55,0%) e in Finlandia (59,1%) (10, 11).

Tabella 3 - Produzione (valori assoluti in tonnellate e variazione per 100) di rifiuti speciali nei Paesi dell'Unione Europea-27 - Anni 2004, 2022

Regioni	2004	2022	Δ % (2022-2004)
Austria	53.020.950	73.050.026	37,8
Belgio	52.809.345	62.640.364	18,6
Bulgaria	201.020.467	97.010.833	-51,7
Cipro	2.241.520	3.006.350	34,1
Croazia	7.208.688	7.088.892	-1,7
Danimarca	12.588.952	19.672.784	56,3
Estonia	20.860.680	22.595.461	8,3
Finlandia	69.708.476	110.842.371	59,0
Francia	296.580.889	345.468.378	16,5
Germania	364.021.937	385.794.886	6,0
Grecia	34.952.676	29.826.465	-14,7
Irlanda	24.499.142	15.348.488	-37,4
Italia	139.806.106	189.553.511	35,6
Lettonia	1.257.225	2.500.249	98,9
Lituania	7.010.178	5.672.140	-19,1
Lussemburgo	8.315.766	9.906.937	19,1
Malta	3.146.062	2.659.780	-15,5
Paesi Bassi	92.448.121	122.504.859	32,5
Polonia	154.713.242	174.513.606	12,8
Portogallo	29.317.295	19.600.826	-33,1
Repubblica Ceca	29.275.743	39.191.940	33,9
Romania	369.300.408	160.204.924	-56,6
Slovacchia	10.668.411	13.372.702	25,3
Slovenia	5.770.505	11.399.482	97,5
Spagna	160.668.134	118.439.440	-26,3
Svezia	91.759.469	163.881.439	78,6
Ungheria	24.660.920	27.374.500	11,0
UE-27	2.625.170.000	2.233.120.000	-14,9

Fonte dei dati: Eurostat Data Browser. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei dati relativi al 2022 rileva una lieve contrazione complessiva della produzione di rifiuti speciali, per diminuzione soprattutto dei rifiuti non pericolosi (i rifiuti pericolosi incrementano in modo più contenuto), i quali derivano, prevalentemente, dai settori delle costruzioni e demolizioni e dal manifatturiero. Le attività economiche relative alle costruzioni e demolizioni (50,0%), al trattamento dei rifiuti e al risanamento ambientale (22,8%) e il settore manifatturiero (17,5%) sono tra quelle che producono le maggiori quantità di rifiuti speciali.

Come precedentemente accennato, occorre sottolineare che l'utilizzo della banca dati MUD per la quantificazione della produzione dei rifiuti speciali, per le ragioni già esposte, porta ad una sottostima della produzione complessiva dei rifiuti, peraltro compensata

dalle stime effettuate dall'ISPRA; quindi, per giungere ad una quantificazione più realistica della produzione è auspicabile pervenire ad un maggiore controllo dei flussi dei rifiuti (dal produttore iniziale del rifiuto, all'impianto di trattamento e all'impianto di smaltimento finale) e ad una maggiore precisione nella classificazione non solo per quanto riguarda la pericolosità o meno del rifiuto stesso, ma anche per ciò che riguarda il diverso stato fisico/chimico, con conseguente modifica del codice di identificazione.

Riferimenti bibliografici

- (1) Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152. Norme in materia ambientale. Gazzetta Ufficiale n. 88 del 14 aprile 2006 - Suppl. Ordinario n. 96.
- (2) Direttiva 2008/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 19 novembre 2008 relativa ai rifiuti e che abroga alcune direttive. GU della UE 22 novembre 2008 L312/3.

- (3) Decreto Legislativo 3 dicembre 2010, n. 205. Disposizioni di attuazione della direttiva 2008/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 19 novembre 2008 relativa ai rifiuti e che abroga alcune direttive. G.U. n. 288 del 10 dicembre 2010 - S.G. n. 269/L.
- (4) Comba P., Bianchi F., Fazzo L., Martina L., Menegozzo M., Minichilli F., Mitis F., Musmeci L., Pizzuti R., Santoro M., Trinca S., Martuzzi M. Health Impact of waste management Campania Working Group, "Cancer Mortality in an Area of Campania (Italy) Characterized by Multiple Toxic Dumping Sites". In: Ann NY Acad Sci 2006; 1076:449-461.
- (5) Fazzo L., Belli S., Minichilli F., Mitis F., Santoro M., Martina L., Pizzuti R., Comba P., Martuzzi M., Bianchi F., the Working Group, "Cluster analysis of mortality and malformations in the Provinces of Naples and Caserta (Campania Region)" (pdf 735 kb). In: Ann Ist Super Sanità 2008; 44(1): 99-111.
- (6) OMS Europa, "Population health and waste management: scientific data and policy options. Report of a Who Workshop, Rome, Italy, 29-30 March 2007".
- (7) Azara A., Moscato U., Deiana G. Rifiuti speciali (produzione e gestione) in Osservasalute 2018, 95-101.
- (8) Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale, ISPRA. Rapporto Rifiuti Speciali. Edizione 2020. Rapporti 402/2024. Luglio 2024.
- (9) Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 febbraio 2023. Approvazione del modello unico di dichiarazione ambientale per l'anno 2023. G.U. n. 59 del 10 marzo 2023.
- (10) Waste statistics, 2024. Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Waste_statistics#Waste_treatment.
- (11) Waste statistics, 2024. Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/env_wasgen_custom_16183235/default/table.
- (12) The Seventh Environment Action Programme of the European Community 2013-2020.
- (13) Relazione sull'attuazione del 7° Programma d'Azione per l'Ambiente. 2017/2030 (INI). Disponibile sul sito: www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2018-0059_IT.html.
- (14) Commissione Europea. Il Green Deal europeo. Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni. Bruxelles: COM (2019)640 final; 2019.
- (15) Parlamento Europeo, Consiglio dell'Unione Europea. Regolamento (UE) 2021/1119 del Parlamento europeo e del Consiglio del 30 giugno 2021 che istituisce il quadro per il conseguimento della neutralità climatica e modifica i regolamenti (CE) n. 401/2009 e (UE) 2018/1999 ("Legge europea sul clima"). Gazzetta ufficiale dell'Unione europea L243; 9.7.2021:1-17.
- (16) Parlamento Europeo, Consiglio dell'Unione Europea. Decisione (UE) 2022/591 del Parlamento europeo e del Consiglio del 6 aprile 2022 relativa a un programma d'azione generale per l'ambiente dell'Unione fino al 2030. Gazzetta ufficiale dell'Unione europea L114; 12.4.2022: 22-35.

Acqua potabile

Significato. La disponibilità di un elemento indispensabile per la vita degli esseri viventi, quale l'acqua potabile, rappresenta uno dei più significativi indicatori dello stato di salute di una popolazione. Per essere adeguatamente fruibile, tale bene primario deve essere disponibile in quantità adeguata e possedere buone caratteristiche qualitative. Pertanto, l'acqua non può essere considerata solamente una risorsa da utilizzare ma, piuttosto, un fondamentale patrimonio ereditario del pianeta che va tutelato evitandone il deterioramento e, per quanto possibile, garantendone una adeguata disponibilità.

Nell'ambito degli indicatori quantitativi impiegati in questo tipo di indagini (acqua prelevata a scopo potabile,

acqua potabilizzata, acqua immessa nelle reti di distribuzione ed acqua erogata), l'indicatore rappresentato dalla quantità di acqua erogata è quello più significativo dei volumi di acqua effettivamente consumata, nelle varie regioni e per i diversi tipi di usi, dall'utente finale. In particolare, il valore riflette l'acqua misurata ai contatori dei singoli utenti, cui si somma la stima di quella non misurata ma consumata per diversi impieghi pubblici. Inoltre, in considerazione delle consistenti perdite che avvengono lungo la rete idrica, l'acqua erogata è solo una parte di quella effettivamente "impressa in rete", aspetto analizzato attraverso l'indicatore "Percentuale di acqua potabile erogata/impressa in rete".

Acqua potabile erogata

Acqua potabile pro capite erogata al giorno

Numeratore	Acqua potabile erogata (litri/die)
Denominatore	Popolazione residente

Percentuale di acqua potabile erogata

Numeratore	Acqua potabile erogata nella regione
Denominatore	Acqua potabile erogata in Italia

x 100

Percentuale di acqua potabile erogata sul totale dell'acqua immessa in rete

Numeratore	Acqua potabile erogata
Denominatore	Acqua potabile immessa in rete

x 100

Validità e limiti. L'indicatore è ottenuto dai risultati emersi da una rilevazione censuaria (condotta dall'Istat) sui servizi idrici, riferiti al 2022 (1), che ha coinvolto gli Enti gestori e fornisce informazioni su tutta la filiera di uso pubblico delle risorse idriche, dal prelievo di acqua per uso potabile alla depurazione delle acque reflue urbane e sulle caratteristiche dei servizi idrici presenti in Italia. La rilevazione è stata effettuata attraverso un questionario *online* personalizzato per ogni Ente gestore al fine di agevolare i controlli e la validazione dei dati; nel caso di valori errati, è stato ricontattato il gestore e i dati sono stati integrati e/o corretti.

L'indicatore, peraltro, non tiene conto né degli aspetti qualitativi né di altri aspetti quantitativi, quali acqua prelevata, acqua potabilizzata o immessa nelle reti di distribuzione (se non in relazione all'acqua potabile erogata). È opportuno, inoltre, precisare che il volume di acqua erogata differisce dall'acqua immessa nelle

reti di distribuzione per alcuni aspetti inerenti non solo le perdite idriche che si verificano nelle condotte, ma anche per i quantitativi di acqua che, destinati ad usi pubblici, non vengono misurati e contabilizzati nell'acqua erogata, per l'esubero di acqua rispetto alla capacità dei serbatoi di stoccaggio e la realizzazione di furti e prelievi abusivi dalla rete.

Valore di riferimento/Benchmark. Precedenti indagini sulle acque sono state pubblicate dall'Istat negli anni 2020, 2015, 2009, 2006 e 2003, relative, rispettivamente, agli anni 2015, 2012, 2008, 2005 e 1999; in particolare, nel 2015 si era evidenziata una disponibilità di acqua erogata di 4.872 milioni di m³, corrispondenti a 220 litri/ab/die; nel 2012 si era evidenziata una disponibilità di acqua erogata di 5.232 milioni di m³, corrispondenti a 241 litri/ab/die; nel 2008 si era evidenziata una disponibilità di acqua erogata di 5.531 milioni di m³, corrispondenti a 253 litri/ab/die; nel

2005 si era evidenziata una disponibilità di acqua erogata di 5.449 milioni di m³, corrispondenti a 254 litri/ab/die mentre, nel 1999, la disponibilità era di 5.615 milioni di m³, corrispondenti a 267 litri/ab/die. La quantità di acqua dispersa in rete, espressione dell'efficienza nella gestione della risorsa idrica, era pari, nel 2015, 2012, 2008, 2005 e 1999, rispettivamente, al 41,4%, 37,4%, 32,1%, 30,1% e 28,5% (2-6).

Descrizione dei risultati

In Italia, nel 2022, sono stati erogati 4.612 milioni di m³ d'acqua potabile (Tabella 1). Relativamente alle differenti ripartizioni geografiche nazionali, il 31,5% è fornito nelle regioni del Nord-Ovest, il 20,8% nell'Italia meridionale, il 19,6% nelle regioni del Nord-Est, il 18,8% nell'Italia centrale ed il 9,4% nelle Isole (Grafico 1).

La Lombardia, con 945 milioni di m³ (corrispondenti al 20,5% della quantità di acqua potabile erogata in Italia) è la regione con il maggior quantitativo di acqua erogata, seguita dal Lazio con 488 milioni di m³ (10,6%) e dalla Campania con 394 milioni di m³ (8,5%) (Tabella 1).

Le regioni dell'Italia Nord-occidentale, che per ragioni climatiche ed orografiche hanno una maggiore disponibilità di risorse idriche rinnovabili, presentano un valore pro capite superiore a quello nazionale (214 litri/ab/die). Infatti, nel Nord-Ovest, l'acqua erogata pro capite è pari a 251 litri/ab/die, con valori massimi in Valle d'Aosta (419 litri/ab/die); nel Nord-Est il valore pro capite è pari a 214 litri/ab/die, con valori più elevati della media nella PA di Trento e nella PA di Bolzano (rispettivamente, 329 e 252 litri/ab/die). Nel Meridione, l'acqua erogata pro capite (203 litri/ab/die) è leggermente inferiore al valore nazionale, anche se Calabria e Molise registrano un valore nettamente superiore (rispettivamente, 270 e 228 litri/ab/die), mentre le altre regioni si collocano tutte su valori inferiori rispetto a quello nazionale. Anche nelle regioni centrali e insulari il consumo pro capite assume livelli più bassi della media nazionale: infatti, nel Centro si rilevano 194 litri/ab/die e nelle Isole si raggiunge il livello più basso (186 litri/ab/die). I valori minimi si riscontrano in Sicilia (181 litri/ab/die) tra le isole e in Umbria (167 litri/ab/die) tra le regioni centrali (Tabella 1).

Prendendo in considerazione la percentuale di acqua erogata sul totale di acqua immessa nelle reti di distribuzione comunali, si può osservare che per l'intero territorio nazionale il rapporto raggiunge il 57,6%. In particolare, si evidenzia un marcato gradiente Nord-Sud ed Isole: infatti, a partire dall'Italia Nord-occidentale, proseguendo con la parte Nord-orientale, il Centro, le Isole e il Meridione si registrano, rispettivamente, i seguenti valori: 65,7%, 64,0%, 57,2%, 48,1% e 46,5% (Grafico 1). In particolare, i confronti regionali evidenziano un livello minimo in Basilicata, dove solo il 34,5% dell'acqua immessa viene erogata, seguita dall'Abruzzo (37,5%). I valori più elevati si riscontrano, invece, in PA di Bolzano (71,2%), seguita dall'Emilia-Romagna (70,3%) e dalla Valle d'Aosta (70,1%) (Tabella 1).

Nel 2022, il volume di acqua complessivamente prelevato per uso potabile sul territorio italiano è pari a 8,0 miliardi di m³ (136 m³ per abitante). Le regioni del Nord-Ovest e del Meridione contribuiscono a più della metà dei prelievi complessivi di acqua per uso potabile: in particolare, la Lombardia è la regione dove si preleva il maggior volume di acqua per uso potabile (il 17,3% del totale nazionale), seguita da Lazio (11,3%) e Campania (9,8%). Rispetto al 2015, nel 2022 si osserva un aumento del volume prelevato del 15,8%, pari a circa 1,5 miliardi di m³ di acqua (1). Dal confronto dei dati più recenti con quelli precedentemente pubblicati dall'Istat nel 2020 (riferiti al 2015) (2) emergono interessanti considerazioni: per quanto riguarda l'acqua erogata, nel 2022, risultano distribuiti 260 milioni di m³ in meno rispetto al 2015 (-5,3%), mentre, rispetto al 1999, la diminuzione è ancora maggiore: 1.003 milioni di m³ in meno (-17,9%) (Tabella 2). Tali variazioni quantitative, se rapportate alla popolazione, attraverso l'indicatore rappresentato dall'acqua erogata pro capite, sono indicativi di un calo di 6 litri/die rispetto al 2015 e di ben 53 litri/die rispetto al 1999.

Inoltre, la percentuale di acqua erogata rispetto a quella immessa nelle reti di distribuzione, fa rilevare un ulteriore calo: infatti, il dato rilevato nel 2022 (57,6%) evidenzia un'ulteriore perdita in rete rispetto al 58,6% del 2015 (2), 62,6% del 2012 (3), 67,9% del 2008 (4), 69,9% del 2005 (5) ed al 71,5% del 1999 (6).

Tabella 1 - Volume (valori in milioni di m³ e valori pro capite in litri/die) di acqua potabile erogata e sul totale dell'acqua (valori per 100) immessa in rete per regione - Anno 2022

Regioni	Milioni di m ³	Valore pro capite	Acqua erogata/ immessa in rete
Piemonte	360	232	64,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	19	419	70,1
Lombardia	945	260	68,2
Bolzano-Bozen	49	252	71,2
Trento	65	329	62,9
Veneto	375	212	57,8
Friuli-Venezia Giulia	92	212	57,7
Liguria	128	233	60,0
Emilia-Romagna	322	199	70,3
Toscana	228	171	59,1
Umbria	52	167	50,3
Marche	101	187	65,7
Lazio	488	234	53,8
Abruzzo	95	205	37,5
Molise	24	228	46,0
Campania	394	192	50,1
Puglia	222	156	59,3
Basilicata	35	179	34,5
Calabria	183	270	51,3
Sicilia	319	181	48,4
Sardegna	116	200	47,2
Italia	4.612	214	57,6

Fonte dei dati: Istat. Utilizzo e qualità della risorsa idrica in Italia. Anno 2025.

Volume (valori pro capite in litri/die) di acqua potabile erogata per regione. Anno 2022

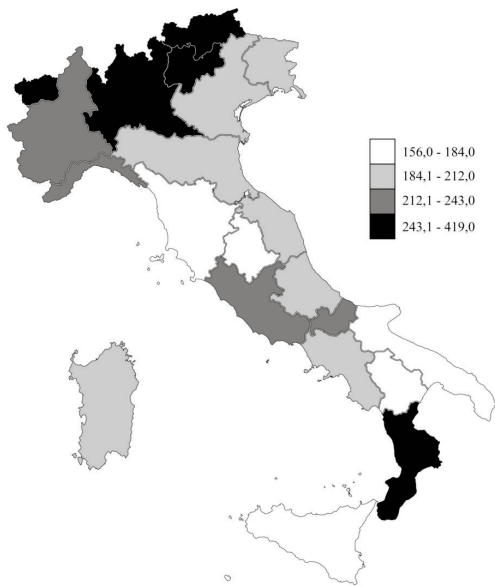
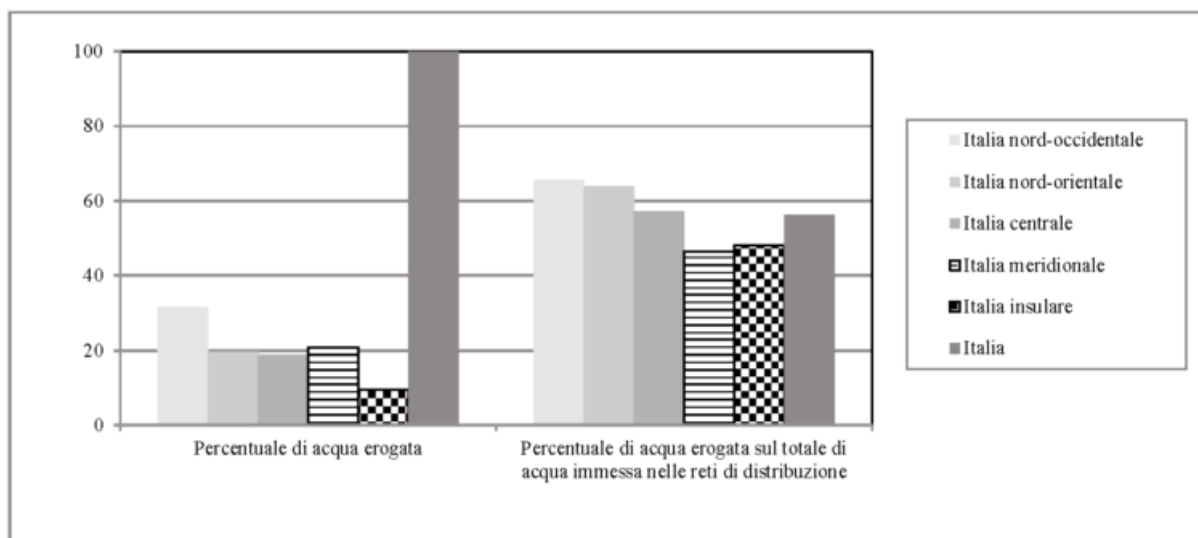


Grafico 1 - Acqua (valori per 100) erogata ed erogata sul totale di acqua immessa nelle reti di distribuzione per macroarea - Anno 2022



Fonte dei dati: Istat. Utilizzo e qualità della risorsa idrica in Italia. Anno 2025.

Tabella 2 - Volume (valori in milioni di m³) di acqua potabile erogata per regione - Anni 1999, 2005, 2008, 2012, 2015, 2022

Regioni	1999	2005	2008	2012	2015	2022	Δ % (2022-1999)
Piemonte	438	414	398	372	378	360	-17,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	16	17	15	21	21	19	18,8
Lombardia	1.102	1.121	1.111	1.053	993	945	-14,2
Bolzano-Bozen	54	65	51	46	48	49	-9,3
Trento	54	49	66	63	64	65	20,4
Veneto	444	458	436	408	388	375	-15,5
Friuli-Venezia Giulia	137	115	118	113	102	92	-32,8
Liguria	221	199	172	166	160	128	-42,1
Emilia-Romagna	349	358	359	360	326	322	-7,7
Toscana	318	319	325	262	241	228	-28,3
Umbria	67	62	61	65	54	52	-22,4
Marche	134	118	118	117	110	101	-24,6
Lazio	597	556	622	517	458	488	-18,3
Abruzzo	116	117	121	134	120	95	-18,1
Molise	26	26	29	29	28	24	-7,7
Campania	477	462	467	449	437	394	-17,4
Puglia	235	246	259	293	231	222	-5,5
Basilicata	58	61	55	43	43	35	-39,7
Calabria	191	169	199	212	206	183	-4,2
Sicilia	431	385	403	377	342	319	-26,0
Sardegna	150	132	146	132	122	116	-22,7
Italia	5.615	5.449	5.531	5.232	4.872	4.612	-17,9

Fonte dei dati: Istat. Utilizzo e qualità della risorsa idrica in Italia. Anno 2025.

Confronto internazionale

In ambito europeo, rispetto alla media dell'UE, l'Italia ha una condizione positiva in termini di volume pro capite di acqua che viene annualmente prelevata per uso potabile da corpi idrici superficiali e sotterranei. Infatti, nel 2022, l'Italia (155 m³ per abitante), nell'insieme dei Paesi UE-27, si colloca in terza posizione, preceduta da Irlanda (200 m³ per abitante) e Grecia (159 m³ per abitante) e seguita da Bulgaria (118 m³

per abitante) e Croazia (111 m³ per abitante). Di contro, Malta è il Paese in cui il valore dell'indicatore raggiunge il minimo (27 m³ per abitante). La maggior parte degli Stati membri (20 su 27) ha prelevato tra 45-90 m³ di acqua dolce per persona per l'approvvigionamento pubblico. Prelievi per uso potabile piuttosto contenuti si rilevano nella maggior parte dei Paesi dell'Europa dell'Est (1).

Raccomandazioni di Osservasalute

L'eccesso di prelievi di acqua è ancora uno dei problemi più gravi in alcune parti d'Europa, quali la costa e le Isole del Mediterraneo, considerate zone a forte "stress idrico" in cui si evidenzia una elevata domanda rispetto alle risorse disponibili; questo provoca l'impoverimento delle acque sotterranee, la perdita di *habitat* e il degrado della qualità dell'acqua. Nel caso delle acque sotterranee, un eccessivo prelievo può anche provocare l'intrusione di acqua salata nelle falde acquifere, rendendo l'acqua inutilizzabile per la maggior parte degli usi.

I dati evidenziati dall'indicatore relativo al volume di acqua erogata sono significativi di una marcata differenza relativamente alla disponibilità di acqua nelle diverse regioni. Infatti, l'interazione fra caratteristiche climatiche, idrologiche ed orografiche e gli insediamenti umani determina una notevole variabilità di situazioni. Inoltre, nel 2024, l'86,4% delle famiglie allacciate alla rete idrica comunale si ritiene molto o abbastanza soddisfatta del servizio idrico. Il livello di soddisfazione varia in misura piuttosto marcata sul territorio: sono molto o abbastanza soddisfatte circa il 92% delle famiglie residenti al Nord, l'85,8% di quelle del Centro e l'81,8% nel Sud, mentre nelle Isole la percentuale raggiunge il minimo (72,3%). Nel Mezzogiorno si rileva un livello di insoddisfazione (poco o per niente soddisfatte) sensibilmente al di sopra della media nazionale (41,4% nelle Isole e 40,3% nel Sud), con valori più alti in Calabria (44,2%), Campania (43,1%) e Sicilia (41,5%) (7).

Inoltre, rispetto ai dati delle precedenti indagini svolte dall'Istat (2-6), continua il trend in diminuzione dell'acqua erogata pro capite, (-6 litri/die rispetto al 2015, -27 litri/die rispetto al 2012, -39 litri/die rispetto al 2008, -40 litri/die rispetto al 2005, -53 litri/die rispetto al 1999) e dell'acqua erogata rispetto all'acqua immessa in rete (-1,0% rispetto al 2015, -5,0% rispetto al 2012, -10,3% rispetto al 2008, -12,3% rispetto al 2005 e -13,9% rispetto al 1999), indicatore

del quantitativo di acqua dispersa in rete. Infatti, nonostante l'efficienza dell'infrastruttura della rete idrica costituisca una esigenza diffusa e ormai impro-rogabile, le dispersioni, per quanto in modesto calo, continuano ad essere persistenti e gravose. Si auspica, quindi, un miglioramento nella gestione degli acquedotti e nell'impiego della risorsa idrica in generale.

Infine, emerge qualche preoccupazione per il fatto che un terzo dei volumi di acqua prelevati per uso potabile sul territorio italiano proviene da un trattamento di potabilizzazione. In particolare, la quota di acqua potabilizzata risente delle caratteristiche idrogeologiche dei territori da cui sono captate le acque; infatti, ove siano disponibili una pluralità di fonti, vengono utilizzate soprattutto le acque sotterranee, in quanto, essendo di migliore qualità, non richiedono di norma processi di potabilizzazione, ad eccezione dei casi in cui sono state riscontrate tracce di inquinamento antropico o di presenza naturale di sostanze tossiche. Per contro, le acque superficiali devono essere sottoposte a trattamenti di potabilizzazione (spesso complessi, costosi e potenzialmente generanti sottoprodotti della disinfezione) pressoché nella quasi totalità dei casi.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istituto Nazionale di Statistica (Istat), Utilizzo e qualità della risorsa idrica in Italia, Roma, 2024.
- (2) Istituto Nazionale di Statistica (Istat), Utilizzo e qualità della risorsa idrica in Italia, Roma, 2019.
- (3) Istituto Nazionale di Statistica (Istat), Statistiche report - Censimento delle acque per uso civile, Roma, 30 giugno 2014.
- (4) Istituto Nazionale di Statistica (Istat), Ambiente e territorio, Statistiche in breve - Censimento delle risorse idriche a uso civile, Roma, 10 dicembre 2009.
- (5) Istituto Nazionale di Statistica (Istat), Statistiche in breve - Ambiente e territorio, Il Sistema delle Indagini sulle Acque, anno 2005, Roma, 29 novembre 2006.
- (6) Istituto Nazionale di Statistica (Istat), Statistiche in breve - Ambiente e territorio, La distribuzione dell'acqua potabile in Italia, anno 1999, Roma, 10 luglio 2003.
- (7) Istituto Nazionale di Statistica (Istat), Le statistiche sull'acqua - anni 2020-2024, Roma 2025.

Il piombo nelle acque destinate al consumo umano

Prof. Umberto Moscato, Prof. Antonio Azara, Dott.ssa Giovanna Deiana

Il piombo è un materiale resistente e duttile e, a tal motivo, utilizzato da diversi millenni per costruire tubazioni utili alla distribuzione di acqua o al suo recupero quale reflu. Molte città italiane, in particolare quelle che storicamente possono ricondursi sin alle popolazioni italiche romane o greco-etrusche, presentano spesso ed ancora sistemi di distribuzione dell'acqua basati su materiali a base di piombo.

Sebbene dagli anni Sessanta dello scorso secolo nuove normative, nuove tecnologie impiantistiche e nuovi materiali abbiano ridotto l'utilizzo di piombo nelle reti di distribuzione dell'acqua destinata al consumo umano, le quantità residue potrebbero comportare ancora rischi per la salute dei consumatori. Esiste, infatti, generale accettazione scientifica che sussista un'associazione tra esposizione al piombo e patologie anche gravi, di diversa natura, tra i quali disturbi neurologici e comportamentali, malattie cardiovascolari, insufficienza renale, ipertensione, ridotta fertilità e aborti, ritardo nella maturazione sessuale e alterato sviluppo dentale, oltre ad altre patologie di organo o tessuto. Tra i gruppi maggiormente sensibili e a rischio si debbono annoverare le donne in gravidanza, i feti, i neonati e i bambini fino a 6 anni di età, mentre, nella popolazione adulta, sono i più esposti a rischio gli individui con disfunzioni renali e gli ipertesi, oltre naturalmente agli anziani ed ai fragili.

Sebbene sia pur sempre possibile che le acque potabili contengano concentrazioni pericolose di piombo (il minerale è ubiquitariamente presente in rocce e sedimenti a potenziale contatto con le sorgenti), la forma di contaminazione da piombo più frequente si deve ascrivere a fenomeni di cessione e rilascio dell'elemento dai materiali delle tubazioni, della rubinetteria e/o al rilascio da raccordi e saldature degli stessi effettuate con il piombo, in seguito al verificarsi di fenomeni di corrosione dei materiali con conseguente rilascio del metallo nelle acque a contatto. In particolare, questo avviene in edifici che risalgono a tempi antecedenti gli anni Sessanta e che non siano mai andati incontro a ristrutturazioni. Nell'ultimo decennio la normativa si è fatta più restrittiva; infatti, il precedente limite di 25 µg/L previsto dal D. Lgs. n. 31/2001, è stato ridotto dalla stessa normativa, a partire dal 26 dicembre 2013, a concentrazioni inferiori a 10 µg/L. Tale parametro è, in generale, rispettato in tutti i capoluoghi di provincia e nelle grandi città, dove per vetustà delle condotte idriche maggiore è il rischio relativo.

In seguito, la Direttiva europea n. 2184/2020 ed il suo recepimento nazionale (D. Lgs. n.18/2023), hanno ulteriormente ridotto il valore limite del piombo a 5,0 µg/L; tuttavia, l'entrata in vigore del nuovo limite, è stata fissata ad un ambito temporale forse troppo ampio, al più tardi, entro il 12 gennaio 2036, data in cui sia i gestori che gli utenti dovranno adeguarsi a tale valore. Infatti, concentrazioni di piombo >10 µg/L e oltre possono essere talvolta riscontrate al punto d'utenza in edifici in cui siano presenti, anche inconsapevolmente, materiali in piombo a contatto con le acque, per quanto il gestore idrico abbia in realtà distribuito a tale punto acqua potabile che rispetti il valore limite.

In questi casi, uno dei fattori principali nell'incremento della concentrazione di piombo nelle acque al punto di utenza, ovvero al rubinetto, è il periodo di contatto dell'acqua con il materiale contenente piombo, favorito dall'assenza di flusso dell'acqua nell'impianto, con conseguente stagnazione. Una assenza di flusso idrico nell'impianto domestico, con tempi di stagnazione dell'acqua superiori a circa 4 ore, potrebbe determinare concentrazioni di piombo nell'acqua anche superiori al valore di parametro di 10 µg/L.

Pertanto, quando l'utente preleva l'acqua dal rubinetto dopo stagnazione notturna, o al rientro nell'abitazione dopo un'assenza di oltre 4 ore o maggiormente prolungata e, quindi, senza un flusso di acqua all'interno dell'impianto interno, l'acqua potrebbe contenere livelli di piombo anche più alti rispetto al limite stabilito, con conseguente impatto sulla salute. Altri fattori sono, peraltro, in grado di favorire il rilascio di piombo dai materiali, in particolare se collegati alle caratteristiche chimico-fisiche delle acque in contatto, in grado di potenziarne il potere "corrosivo" e/o, paradossalmente, ridurlo. Il potere corrosivo delle acque, con aumento eventuale del rilascio di piombo dalle condutture, è favorito da acque con concentrazioni di cloruro e ossigeno disciolto relativamente elevate; acque debolmente acide; acque a basso tenore di durezza (acque dolci o addolcite) per cui è bene porre attenzione all'utilizzo di sistemi di trattamento delle acque e/o al loro posizionamento nell'ambito della rete idrica domestica; acque sottoposte a riscaldamento. Per contro, risulta intuitivo, come condutture molto vecchie, sebbene a rischio maggiore di rottura e/o presenza di altri fenomeni avversi alla salute, tendono altresì a rilasciare sempre meno piombo in quanto questo si consuma al loro interno dalla concentrazione originale e, di conseguenza, ne viene ceduto sempre meno.

È da considerarsi infine che, qualora il livello del piombo sia più elevato di quanto previsto dalla vigente nor-

mativa ($>10 \mu\text{g/L}$) e ciò sia dovuto alla sua presenza nei componenti dell'impianto idrico dell'utenza e, quindi, al suo rilascio nell'acqua, l'unica opera efficace che può essere considerata è la sostituzione delle componenti a rischio con materiali e oggetti conformi al contatto con le acque da parte del titolare o del gestore della struttura o dell'edificio.

Le fasi per questa decisione potrebbero essere il verificare presso il proprio gestore del Servizio Idrico che siano state eseguite le analisi sulla concentrazione di piombo presso il proprio punto di consegna. I risultati di tali analisi sono generalmente a disposizione dell'utente e fruibili in rete internet sul sito del gestore o, direttamente da questi segnalati sulla fattura inviata all'utente o questi può richiederle al gestore idrico. Qualora i valori siano normali sino al punto di utenza, si può richiedere un'analisi della concentrazione di piombo nell'acqua della propria utenza interna ad un laboratorio specializzato, ovvero, in alcuni casi, attraverso lo stesso gestore del Servizio Idrico.

In caso di conferma di superamento dei livelli prudenziali normativi, quale soluzione temporanea di mitigazione della criticità, poiché maggiore è il tempo di contatto dei materiali dell'impianto in piombo con l'acqua maggiore è la quantità di piombo ceduto e rilasciato nell'acqua stessa, è consigliabile non utilizzare da bere o preparare alimenti con acqua che abbia ristagnato nelle tubazioni per un tempo prolungato (orientativamente superiore alle 4 ore). Sarà utile far fluire il proprio impianto per diversi minuti (cercando di raccogliere l'acqua ed utilizzarla per altri scopi che non siano quelli alimentari, riducendone lo spreco a fini ecologici ed energetici), al fine di avere la probabilità che le concentrazioni di piombo, eventualmente maggiori del normale, si riducano in tutti i punti di utenza della propria abitazione. Si consiglia di rivolgersi ad esperti per l'installazione eventuale, al punto d'uso, di sistemi a osmosi inversa o a nanofiltrazione.

Naturalmente, nel lungo periodo, solo la rimozione dei materiali contenenti piombo in contatto con l'acqua e la sostituzione con materiali conformi a quanto previsto nel DM n. 174 del 6 aprile 2004, risulta essere un rimedio efficace e definitivo, sebbene tale intervento richieda in molti casi risorse e tempi significativi, talora implicando la necessità di interventi su tutti i livelli di impianto, in particolare in edifici condominiali in cui il rischio è condiviso tra più utenti.

Sopravvivenza e mortalità per causa

In questa Edizione del Rapporto Osservasalute vengono presentati i dati per la speranza di vita alla nascita e a 65 anni nel periodo 2020-2024.

Al 2024, dalle stime Istat, la speranza di vita alla nascita è pari a 81,4 anni per gli uomini e 85,5 anni per le donne.

Per gli uomini è la PA di Bolzano a presentare la maggiore durata media di vita (82,7 anni), mentre per le donne è la PA di Trento (86,9 anni). La Campania, invece, presenta il valore più basso, tanto per gli uomini (79,7 anni) quanto per le donne (83,8 anni).

I dati relativi alla mortalità per l'anno 2022, ultimo anno disponibile per approfondire lo studio della mortalità con le cause di morte, delineano a livello nazionale un quadro di sostanziale stabilità rispetto all'anno precedente. Il tasso std di mortalità per gli uomini si attesta a 111,3 decessi ogni 10.000 abitanti (vs 111,7 nel 2021), mentre per le donne si osserva un lieve incremento, passando da 73,9 a 75,2 decessi ogni 10.000 abitanti.

A livello regionale, la più elevata incidenza di mortalità nel 2022 si rileva in Campania e Sicilia, per entrambi i generi.

Il confronto con i dati del 2021 evidenzia un peggioramento generalizzato della mortalità per le malattie del sistema respiratorio nella maggior parte delle regioni, a cui si aggiunge un marcato aumento della mortalità attribuibile al COVID-19 in alcune regioni del Mezzogiorno.

In Italia, il numero delle morti sepsi-correlate è cresciuto considerevolmente negli ultimi anni passando da 21.828 nel 2006 a 77.057 nel 2022, con la maggior parte dei decessi (circa il 75% del totale) che si concentra nella fascia di età 75 anni ed oltre. I tassi regionali mostrano un'elevata eterogeneità geografica, con valori più elevati nelle regioni del Nord e del Centro, e più contenuti in quelle del Mezzogiorno.

Negli ultimi 10 anni, si è osservata una progressiva riduzione del tasso di mortalità evitabile in Italia, interrotta bruscamente nel 2020 dalla pandemia da COVID-19. Nel 2022, in Italia sono decedute 105.592 persone per cause evitabili, cioè il 64% di tutti i decessi sotto i 75 anni di età. Il tasso std di mortalità evitabile è stato di 17,6 decessi per 10.000 abitanti, con la componente della mortalità prevenibile predominante (11,3 decessi per 10.000 abitanti) su quella della mortalità trattabile (6,3 per 10.000). Tali valori collocano l'Italia tra i Paesi europei con i tassi di mortalità evitabile più bassi e lontana dal valore medio europeo (25,8 per 10.000).

Livelli e dinamica della sopravvivenza

Significato. La sopravvivenza viene misurata utilizzando come indicatore la speranza di vita (o durata media della vita o vita media) all'età y che rappresenta il numero medio di anni che una persona, alla data

dell' y^{mo} compleanno in un certo anno di calendario, potrebbe aspettarsi di vivere se, nel corso della sua esistenza futura, fosse esposta ai rischi di morte osservati in quello stesso anno di calendario a partire dall'età y .

Speranza di vita (o durata media della vita o vita media)

$$e_y = \frac{\sum_{x=y}^{\omega-1} L_x}{l_y}$$

Significato delle variabili: x = età, varia da y a $\omega-1$ (ω = età massima raggiunta da almeno un componente della popolazione);

L_x = numero di anni vissuti tra le età x e $x+1$ dalla generazione fittizia della tavola di mortalità;

l_y = numero di sopravvissuti all'età y della generazione fittizia della tavola di mortalità.

Validità e limiti. Tra i vantaggi di questo indicatore c'è quello di essere indipendente dalla struttura per età della popolazione permettendo, così, di effettuare confronti nel tempo e nello spazio. Occorre, però, sottolineare che esso è il risultato di un modello teorico che presuppone la completa stazionarietà dei rischi di morte alle diverse età. Solo in questa ipotesi, infatti, le persone che compiono una certa età in un dato anno di calendario potrebbero avere la durata media della vita espressa dall'indicatore.

Si tratta, in definitiva, di un indicatore calcolato sui contemporanei (persone viventi di diverse età) e letto come se esprimesse la storia di sopravvivenza di una generazione (persone che oggi hanno la stessa età e che, quindi, appartengono ad una stessa generazione).

Descrizione dei risultati

Al 2024, dalle stime prodotte dall'Istat, la speranza di vita alla nascita è pari a 81,4 anni per gli uomini e 85,5 anni per le donne (Tabella 1).

Come visto nei precedenti volumi del Rapporto Osservasalute, l'aumento della mortalità dovuta alla diffusione dell'epidemia di COVID-19 aveva causato una forte riduzione della speranza di vita alla nascita nel 2020. Per gli uomini, dal 2021 al 2023, c'era stata una continua ripresa, che comunque al 2023 non aveva ancora permesso di tornare alla situazione pre-pandemica. Per le donne la speranza di vita era aumentata nel 2021 mentre era rimasta stabile nel 2022. Nel 2023, era nuovamente aumentata attestandosi su valori ancora inferiori rispetto al periodo pre-pandemia. I dati aggiornati al 2024 evidenziano che sia gli uomini che le donne continuano la loro crescita riuscendo entrambi a superare il livello pre-pandemico (nel 2019 la speranza di vita era pari a 81,1 anni per gli uomini e 85,4 anni per le donne).

Negli anni passati, le differenze di genere si stavano sempre più riducendo, vedendo un avvicinamento della speranza di vita di uomini e donne, ma con le

seconde comunque in vantaggio. Nel 2019, tale vantaggio era pari a 4,3 anni. Il COVID-19, che ha colpito più gli uomini in termini di mortalità, ha fatto sì che tale distanza aumentasse nuovamente a favore delle donne nel 2020 e nel 2021. Dal 2022 gli uomini hanno iniziato nuovamente il recupero sulle donne riducendo il distacco. Al 2024 le donne hanno una speranza di vita di 4,1 anni in più rispetto agli uomini, riducendo il divario rispetto al periodo pre-pandemia.

Le differenze territoriali evidenziano che la distanza massima tra le regioni è di 3,0 anni per gli uomini e di 3,1 anni per le donne, distanze in aumento rispetto al periodo pre-pandemico. La PA di Bolzano detiene il primato per la speranza di vita alla nascita per gli uomini, superiore di 1,3 anni rispetto al dato nazionale. Per le donne è la PA di Trento: 1,4 anni in più rispetto alla media italiana. La regione più sfavorita è la Campania per entrambi i generi.

Come visto, per gli uomini la graduatoria vede al primo posto la PA di Bolzano (82,7 anni), seguita dalla PA di Trento (82,6 anni), dall'Emilia-Romagna (82,3 anni) e dalla Lombardia, Veneto, Toscana e Marche a pari merito (82,2 anni). La Campania risulta essere la regione con la speranza di vita più bassa (79,7 anni). Per le donne della PA di Trento la speranza di vita alla nascita è pari a 86,9 anni, seguita dalla PA di Bolzano (86,6 anni) e dal Veneto (86,3 anni). In ultima posizione, ancora una volta, c'è la Campania (83,8 anni), regione nella quale una donna vive 1,7 anni in meno rispetto al dato nazionale. Segue la Sicilia con una speranza di vita pari a 84,2 anni.

Nel 2024, rispetto all'anno precedente, gli uomini presentano una speranza di vita di 0,4 anni superiore, il Nord è cresciuto lievemente di più (+0,5 anni) rispetto al Centro e al Meridione (+0,4 anni).

Tutte le regioni hanno visto incrementare la speranza di vita ad eccezione della Valle d'Aosta (-0,5 per gli uomini e -0,3 anni per le donne) che, a causa della ridotta ampiezza demografica, può subire oscillazioni

elevate nella speranza di vita anche con lievi variazioni nel numero di morti. Anche per le donne si è verificato un aumento dell’aspettativa di vita rispetto all’anno precedente. A livello nazionale sono stati guadagnati 0,4 anni. L’aumento è stato leggermente più alto nel Mezzogiorno (+0,4 anni) rispetto al Nord e al Centro (entrambi +0,3 anni). Inoltre, per le donne tutte le regioni evidenziano una crescita. Fanno eccezione soltanto la PA di Trento e l’Umbria che, al 2024, presentano la stessa speranza di vita del 2023 (rispettivamente, 86,9 e 85,9 anni) e la Valle d’Aosta il cui dato non è da considerarsi affidabile per le motivazioni precedentemente descritte. All’età di 65 anni, un uomo ha ancora davanti a sé, mediamente, 19,8 anni di vita ed una donna 22,6 anni (Tabella 2). Per gli uomini la PA di Trento e la PA di Bolzano sono in testa alla graduatoria (20,8 anni entrambe). Seguono a pari merito Veneto, Emilia-Romagna, Umbria e Marche (20,3 anni). Gli uomini della Campania presentano la speranza di vita più bassa (18,6 anni), seguiti dalla Calabria e dalla Sicilia (19,1 anni). Per le donne, il primato spetta alla PA di Trento (23,9

anni), con 0,3 anni in più rispetto alla seconda regione (PA di Bolzano con 23,6 anni). Seguono il Veneto (23,3 anni), le Marche (23,2 anni), la Lombardia e il Friuli-Venezia Giulia a pari merito (23,1 anni) e l’Umbria (23,0 anni). In ultima posizione si trova la Campania (21,3 anni) seguita dalla Sicilia (21,7 anni). Nel 2024, rispetto al 2023, la speranza di vita degli uomini a 65 anni è di 0,4 anni superiore (degli 0,5 anni guadagnati sull’intero arco delle età). Il Centro e il Meridione sono cresciuti di più (+0,4 anni) rispetto al Nord (+0,3 anni). Gli incrementi si osservano in tutte le regioni ad eccezione della Valle d’Aosta che similmente a quanto descritto in precedenza presenta una riduzione di 0,3 anni. Anche per le donne si è verificato un aumento della speranza di vita a 65 anni. A livello nazionale sono stati guadagnati 0,3 anni (degli 0,4 anni guadagnati in totale) e l’aumento è stato più alto nel Mezzogiorno (+0,4 anni) rispetto al Nord e al Centro (entrambi +0,2 anni). Come per gli uomini, esclusa la PA di Trento e l’Umbria che, al 2024, hanno la stessa speranza di vita del 2023, tutte le restanti regioni evidenziano una crescita (anche in questo caso non viene considerata la Valle d’Aosta).

Tabella 1 - *Speranza di vita (valori in anni) alla nascita e variazione (valori assoluti) per genere, regione e macroarea - Anni 2020-2024*

Regioni/Macroaree	Maschi						Femmine					
	2020	2021	2022	2023	2024*	Δ (2024*-2023)	2020	2021	2022	2023	2024*	Δ (2024*-2023)
Piemonte	79,1	80,2	80,4	81,0	81,4	0,4	83,9	84,8	84,7	85,1	85,4	0,3
Valle d’Aosta-Vallée d’Aoste	78,4	80,3	80,5	81,4	81,1	-0,3	83,5	84,4	84,2	85,1	84,6	-0,5
Lombardia	79,0	80,9	81,1	81,9	82,2	0,3	84,0	85,4	85,3	85,9	86,1	0,2
Bolzano-Bozen	80,7	81,3	81,2	82,3	82,7	0,4	85,0	85,6	85,7	86,2	86,6	0,4
Trento	80,5	81,5	82,1	82,3	82,6	0,3	85,2	86,4	86,3	86,9	86,9	0,0
Veneto	80,7	81,1	81,3	81,7	82,2	0,5	85,2	85,7	85,6	86,0	86,3	0,3
Friuli-Venezia Giulia	80,3	79,9	80,7	81,2	81,6	0,4	85,1	84,9	85,4	85,7	86,0	0,3
Liguria	79,3	80,6	80,4	81,0	81,5	0,5	84,1	85,0	84,7	85,2	85,6	0,4
Emilia-Romagna	80,3	80,9	81,4	81,8	82,3	0,5	84,8	85,2	85,2	85,6	85,9	0,3
Toscana	81,1	81,2	81,3	81,9	82,2	0,3	85,3	85,3	85,4	85,7	85,9	0,2
Umbria	81,2	81,0	81,2	81,5	82,0	0,5	85,7	85,5	85,4	85,9	85,9	0,0
Marche	81,0	81,1	81,2	81,9	82,2	0,3	85,2	85,2	85,4	85,9	86,2	0,3
Lazio	80,5	80,4	80,8	80,9	81,3	0,4	84,9	84,8	85,1	84,9	85,3	0,4
Abruzzo	80,2	80,4	80,3	80,6	81,2	0,6	85,1	84,9	85,0	85,4	85,6	0,2
Molise	79,8	78,7	79,6	80,0	80,1	0,1	84,7	84,3	84,4	84,8	85,0	0,2
Campania	78,5	78,6	79,0	79,3	79,7	0,4	83,4	83,0	83,1	83,5	83,8	0,3
Puglia	80,2	79,9	80,6	80,8	81,1	0,3	84,6	84,2	84,6	84,8	85,2	0,4
Basilicata	80,0	80,0	79,9	80,3	80,9	0,6	84,6	84,6	84,4	84,7	85,2	0,5
Calabria	79,9	79,4	79,6	79,8	80,1	0,3	84,5	83,8	83,9	84,1	84,7	0,6
Sicilia	79,4	79,2	79,4	79,7	80,2	0,5	83,7	83,3	83,4	83,7	84,2	0,5
Sardegna	79,8	79,9	79,6	79,9	80,3	0,4	85,0	85,5	84,6	85,2	85,5	0,3
Nord	79,6	80,8	81,0	81,6	82,1	0,5	84,4	85,3	85,2	85,7	86,0	0,3
Centro	80,8	80,8	81,1	81,4	81,8	0,4	85,1	85,1	85,2	85,4	85,7	0,3
Mezzogiorno	79,5	79,4	79,7	79,9	80,3	0,4	84,1	83,8	83,9	84,2	84,6	0,4
Italia	79,8	80,3	80,6	81,0	81,4	0,4	84,5	84,8	84,8	85,1	85,5	0,4

*Valori stimati.
Nota: i valori in tabella sono arrotondati al primo decimale; la differenza presentata nella tabella fa riferimento ai valori originali non arrotondati.

Tabella 2 - *Speranza di vita (valori in anni) a 65 anni e variazione (valori assoluti) per genere, regione e macroarea - Anni 2020-2024*

Regioni/Macroaree	Maschi						Femmine					
	2020	2021	2022	2023	2024*	Δ (2024*-2023)	2020	2021	2022	2023	2024*	Δ (2024*-2023)
Piemonte	17,6	18,7	18,7	19,4	19,7	0,3	21,1	22,0	21,8	22,3	22,6	0,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	17,3	18,9	19,1	19,7	19,4	-0,3	20,6	22,1	22,2	22,6	22,6	0,0
Lombardia	17,2	19,0	19,2	19,9	20,2	0,3	21,1	22,5	22,3	22,9	23,1	0,2
Bolzano-Bozen	19,0	19,5	19,5	20,3	20,8	0,5	22,2	22,7	22,7	23,5	23,6	0,1
Trento	18,6	19,7	20,0	20,5	20,8	0,3	22,2	23,4	23,4	23,9	23,9	0,0
Veneto	18,8	19,3	19,3	19,9	20,3	0,4	22,2	22,7	22,5	23,0	23,3	0,3
Friuli-Venezia Giulia	18,5	18,2	19,0	19,5	19,9	0,4	22,2	22,1	22,5	22,9	23,1	0,2
Liguria	17,9	18,8	18,7	19,3	19,7	0,4	21,4	22,3	21,9	22,4	22,7	0,3
Emilia-Romagna	18,5	19,2	19,5	19,9	20,3	0,4	21,8	22,2	22,2	22,6	22,8	0,2
Toscana	19,1	19,2	19,3	20,0	20,2	0,2	22,3	22,4	22,3	22,8	22,9	0,1
Umbria	19,5	19,3	19,5	19,8	20,3	0,5	22,8	22,6	22,5	23,0	23,0	0,0
Marche	19,0	19,2	19,4	20,0	20,3	0,3	22,3	22,3	22,5	22,9	23,2	0,3
Lazio	18,9	18,8	19,1	19,3	19,7	0,4	22,1	22,1	22,1	22,1	22,5	0,4
Abruzzo	18,8	18,9	18,7	19,1	19,8	0,7	22,3	22,2	22,1	22,6	22,8	0,2
Molise	18,9	18,1	18,7	19,2	19,2	0,0	22,2	21,8	21,6	22,1	22,4	0,3
Campania	17,6	17,7	18,0	18,3	18,6	0,3	21,0	20,6	20,6	21,0	21,3	0,3
Puglia	18,8	18,5	19,1	19,4	19,7	0,3	21,9	21,5	22,0	22,1	22,4	0,3
Basilicata	19,1	19,0	18,8	19,0	19,7	0,7	22,2	21,9	21,7	22,2	22,7	0,5
Calabria	18,8	18,4	18,5	18,8	19,1	0,3	22,0	21,4	21,4	21,7	22,1	0,4
Sicilia	18,3	18,1	18,2	18,5	19,1	0,6	21,3	20,9	20,9	21,2	21,7	0,5
Sardegna	18,9	19,1	18,6	19,2	19,5	0,3	22,4	22,7	22,0	22,6	23,0	0,4
Nord	17,9	19,0	19,2	19,8	20,1	0,3	21,5	22,4	22,3	22,8	23,0	0,2
Centro	19,0	19,0	19,2	19,6	20,0	0,4	22,3	22,2	22,3	22,5	22,7	0,2
Mezzogiorno	18,4	18,3	18,4	18,8	19,2	0,4	21,6	21,3	21,3	21,6	22,0	0,4
Italia	18,3	18,8	18,9	19,4	19,8	0,4	21,7	22,0	21,9	22,3	22,6	0,3

*Valori stimati.
Nota: i valori in tabella sono arrotondati al primo decimale; la differenza presentata nella tabella fa riferimento ai valori originali non arrotondati.

Fonte dei dati: Elaborazione su dati Istat disponibili nel sito www.demo.istat.it. Anno 2025.

Mortalità per causa per classi di età

Significato. La mortalità per causa viene misurata attraverso tassi std, complessivi e specifici, per grandi classi di età (1-19; 20-39; 40-59; 60-74; 75-89; 90 anni ed oltre).

Essi rappresentano il numero di decessi (totale e per grandi classi di età) che si osserverebbe, per una specifica causa o per gruppi di cause, in una popolazione di 10.000 persone con una struttura per età uguale a

Tasso di mortalità

$$T_r^i = 10.000 * \sum_{x=1}^{\theta} D_{x,r}^i / \sum_{x=1}^{\theta} P_{x,r}$$

Significato delle variabili: $D_{x,r}^i$ rappresenta il numero dei decessi all'età x per causa i nella provincia o regione r ; $P_{x,r}$ rappresenta l'ammontare della popolazione di età x nella provincia o regione r .

Validità e limiti. Come tutti i tassi std, anche quello di mortalità per causa non rappresenta una misura reale del fenomeno, in quanto indica il valore che il tasso di mortalità per una certa causa di morte assumerebbe qualora la struttura per età della popolazione considerata fosse uguale a quella della popolazione scelta come standard. Come pregio, il tasso std consente di effettuare confronti, tanto temporali che territoriali, al netto dell'influenza delle strutture demografiche reali delle popolazioni messe a confronto.

Descrizione dei risultati

I dati relativi alla mortalità per l'anno 2022, diffusi dall'Istat e raccolti mediante l'indagine su decessi e cause di morte, delineano, a livello nazionale, un quadro di sostanziale stabilità rispetto all'anno precedente. Il tasso std di mortalità per i maschi si attesta a 111,3 decessi ogni 10.000 abitanti (vs 111,7 per 10.000 nel 2021), mentre per le femmine si osserva un lieve incremento, passando da 73,9 a 75,2 decessi ogni 10.000 abitanti (Tabella 1).

L'analisi della serie storica a partire dal 2003 (www.osservatoriosullasalute.it) evidenzia come, dopo la perturbazione del COVID-19, il trend è tornato ad essere decrescente, sebbene con livelli tuttora superiori a quelli pre-COVID-19, in particolare rispetto al minimo storico del 2019 (Grafico 1).

A livello regionale, la più elevata incidenza di mortalità nel 2022 si rileva in Campania e Sicilia per entrambi i generi. In Campania, i tassi di mortalità sono pari a 125,6 decessi ogni 10.000 abitanti per gli uomini e 89,3 per 10.000 per le donne, mentre in Sicilia risultano pari, rispettivamente, a 125,5 e 88,5 per 10.000. Le regioni con i valori più contenuti risultano essere la PA di Trento (96,2 per 10.000), l'Emilia-Romagna (103,2 per 10.000) e l'Umbria (103,3 per 10.000) per la popolazione maschile, e le

quella considerata nell'*European Standard Population*, Edizione 2013, proposta dalla banca dati europea Eurostat.

I dati analitici utilizzati nel calcolo sono rappresentati, per ogni anno di osservazione, dai quozienti specifici per classi di età quinquennali (con l'eccezione delle classi 1-4 e 95 anni ed oltre), genere e causa.

PA di Trento (61,9 per 10.000) e Bolzano (67,9 per 10.000) per la popolazione femminile (Cartogramma 1, Cartogramma 2).

Un'analisi più approfondita delle cause di morte nelle regioni con i livelli di mortalità più elevati evidenzia che la Campania, storicamente caratterizzata da indicatori critici, presenta nel 2022 i tassi più alti del Paese per malattie del sistema circolatorio e malattie del sistema respiratorio, sia negli uomini che nelle donne. A ciò si aggiunge, per gli uomini, una maggiore incidenza della mortalità per tumori. In Sicilia, oltre ai valori elevati per le patologie circolatorie e respiratorie, si registra la più alta mortalità per COVID-19 in entrambi i generi (Grafico 2, Tabella 2, Tabella 3).

Il confronto con i dati del 2021 evidenzia un peggioramento generalizzato della mortalità per malattie del sistema respiratorio nella maggior parte delle regioni. Tra i casi più rilevanti si segnalano la PA di Bolzano (entrambi i generi) e la Sardegna (popolazione maschile). A questo si aggiunge un marcato aumento della mortalità attribuibile al COVID-19 in tutte le regioni del Mezzogiorno.

Anche in questa Edizione del Rapporto Osservasalute, l'analisi regionale della mortalità per causa è stata disaggregata per classi di età, al fine di fornire un quadro più dettagliato delle dinamiche demografiche e sanitarie a livello territoriale.

Classe di età 1-19 anni

Nel 2022, in Italia, il tasso di mortalità nella fascia di età compresa tra 1-19 anni si è attestato a 14,6 decessi ogni 100.000 abitanti per i maschi e a 8,1 per 100.000 per le femmine. Rispetto al 2021, si osserva un lieve incremento per il genere maschile, mentre tra le femmine si registra una modesta diminuzione (Tabella 4, Tabella 5).

Trattandosi di una classe di età caratterizzata da un

numero estremamente contenuto di decessi, prevalentemente attribuibili a cause esterne (quali incidenti) e a patologie neoplastiche, si rileva una marcata variabilità nei dati regionali da un anno all'altro.

Nel 2022, le regioni con i tassi di mortalità più elevati per i maschi risultano essere, in ordine decrescente, Friuli-Venezia Giulia, Molise e Puglia, con valori leggermente superiori a 18 decessi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda la popolazione femminile, i tassi più alti si osservano in Sardegna, Marche, Calabria ed Emilia-Romagna, con valori compresi tra 10,0-12,5 per 100.000 (Cartogramma 3, Cartogramma 4). Al contrario, i livelli di mortalità più bassi si registrano nelle PA di Trento e Bolzano per entrambi i generi. Per il genere maschile, si aggiunge anche l'Abruzzo tra le regioni a più bassa mortalità, mentre tra le femmine si segnalano la Valle d'Aosta (dove non si è verificato alcun decesso in questa fascia di età) e la Basilicata.

Classe di età 20-39 anni

Anche nella fascia di età 20-39 anni i livelli di mortalità restano complessivamente molto contenuti; tuttavia, l'analisi dei dati evidenzia una significativa eterogeneità a livello regionale e una forte variabilità interannuale, legata alla bassa numerosità dei decessi. Di particolare rilievo è la marcata differenza di genere: i tassi di mortalità tra gli uomini risultano sistematicamente e sensibilmente superiori rispetto a quelli delle donne (Cartogramma 5, Cartogramma 6).

A determinare questo divario è principalmente la maggiore incidenza, tra gli uomini, delle cause esterne di traumatismo e avvelenamento, seguite dalle malattie del sistema circolatorio. Nel 2022, il tasso di mortalità femminile per cause violente varia da un minimo di 2,9 decessi per 100.000 abitanti in Calabria a un massimo di 16,6 per 100.000 in Valle d'Aosta. Per gli uomini, gli estremi regionali oscillano tra circa 11,2 decessi per 100.000 in Campania e un massimo di 47,5 in Valle d'Aosta (Tabella 6, Tabella 7).

Un ulteriore rilevante gruppo di cause di morte in questa fascia di età è rappresentato dai tumori, la cui incidenza, a livello nazionale, risulta relativamente simile tra uomini e donne. Tuttavia, l'analisi territoriale mostra un'ampia variabilità: negli uomini, i tassi regionali variano da 0 decessi registrati in Valle d'Aosta a 18,2 per 100.000 nella PA di Trento; per le donne, i valori oscillano tra 2,9 per 100.000 in Calabria e 16,6 per 100.000 in Valle d'Aosta.

Classe di età 40-59 anni

Nel 2022 si registra, rispetto all'anno precedente, una riduzione generalizzata della mortalità nella popolazione di età 40-59 anni nella quasi totalità delle regioni. Il tasso medio nazionale passa da 281,9 a 268,5 decessi ogni 100.000 abitanti tra gli uomini e da 162,8 a 156,7 per 100.000 tra le donne (Tabella 8, Tabella 9). Tale diminuzione è riconducibile in larga misura al netto

calo della mortalità attribuibile al COVID-19, la cui incidenza in questa fascia di età si è pressoché dimezzata rispetto al 2021.

Le regioni con i tassi di mortalità più elevati nel 2022 risultano essere Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna, sia per gli uomini che per le donne. A queste si aggiungono la Basilicata e il Molise, che registrano livelli particolarmente elevati nella popolazione maschile (Cartogramma 7, Cartogramma 8).

Se calcoliamo la variazione relativa dei tassi regionali rispetto alla media nazionale dal 2003 (espressa attraverso il numero indice), si nota che la dinamica in diminuzione non ha avuto la stessa intensità sul territorio. Nella fascia di età 40-59 anni, (questa analisi fatta nelle altre classi di età non ha prodotto risultati analoghi), alcune regioni del Mezzogiorno e cioè Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, mostrano un progressivo ampliamento del divario rispetto alla media nazionale, peggiorando relativamente la loro già storica condizione di svantaggio. Questa tendenza si riscontra in entrambi i generi (Grafico 3).

In modo specifico, l'aumento della distanza relativa rispetto alla media nazionale è attribuibile, per queste regioni e in questa classe di età, soprattutto a una riduzione meno marcata della mortalità per tumori che in questa classe di età è la principale causa di morte (Grafico 4).

Classe di età 60-74 anni

Anche nella fascia di età 60-74 anni si osserva, tra il 2021 e il 2022, una riduzione dei livelli di mortalità. A livello nazionale, il tasso medio scende a 1.393,2 decessi per 100.000 abitanti tra gli uomini e a 782,8 per 100.000 tra le donne, con una diminuzione rilevabile nella quasi totalità delle regioni. L'eccezione più evidente è rappresentata dalla Sardegna, che mostra un incremento per entrambi i generi (Tabella 10, Tabella 11).

Analogamente a quanto osservato nella classe di età 40-59 anni, il calo complessivo della mortalità è in larga parte attribuibile alla marcata diminuzione dei decessi per COVID-19, che in molte aree ha compensato l'aumento registrato per altre cause di morte, in particolare per le malattie del sistema respiratorio per gli uomini e malattie del sistema nervoso per le donne. Tra le regioni del Mezzogiorno che continuano a presentare livelli di mortalità significativamente superiori rispetto alla media nazionale, nel 2022 si confermano la Campania, con 1.691,4 decessi per 100.000 abitanti tra gli uomini e 994,3 per 100.000 tra le donne, e la Sicilia con, rispettivamente, 1.620,6 e 945,4 decessi per 100.000 (Cartogramma 9, Cartogramma 10).

L'analisi delle variazioni relative dei tassi regionali rispetto al dato nazionale (numero indice), applicata alla serie storica a partire dal 2003, rivela che in questa fascia di età la riduzione della mortalità complessiva per tutte le cause è in linea con il trend osservato

a livello nazionale. Tuttavia, se si osservano le cause specifiche di morte, emerge una dinamica differente: la riduzione della mortalità per tumore risulta notevolmente meno marcata in Campania, Sicilia, Puglia e Calabria rispetto alle altre regioni (Grafico 5).

Tale evoluzione ha determinato, negli ultimi anni, il posizionamento della Campania come la regione con la più alta mortalità per tumore nella fascia di età 60-74 anni, sia per gli uomini che per le donne.

Classe di età 75-89 anni

A livello nazionale, la mortalità in questa fascia di popolazione mostra variazioni contenute, con andamenti divergenti tra uomini e donne. Tra gli uomini, il tasso di mortalità passa da 6.439,9 per 100.000 abitanti nel 2021 a 6.396,6 per 100.000 nel 2022; tra le donne, si osserva un incremento da 4.280,8 a 4.337 per 100.000. Tuttavia, l'analisi disaggregata per regione e genere evidenzia una marcata eterogeneità territoriale (Tabella 12, Tabella 13).

Nella popolazione maschile, diverse regioni registrano un aumento della mortalità. In particolare, in Sardegna il tasso cresce da 5.992,1 a 6.371,1 per 100.000, principalmente per effetto dell'aumento dei decessi legati al COVID-19 e alle malattie del sistema respiratorio. Un incremento rilevante si osserva anche nella PA di Bolzano, dove il tasso passa da 5.775,2 a 6.118,7 per 100.000, a causa dell'aumento di tutte le principali cause di morte, ad eccezione del COVID-19. In Abruzzo, l'incremento di circa 344 decessi ogni 100.000 uomini, attribuibile alle principali patologie tipiche di questa fascia di età, porta il tasso da 6.222,8 a 6.566,5 per 100.000. Al contrario, significative riduzioni della mortalità maschile si rilevano in Friuli-Venezia Giulia, Molise e Puglia, dove il miglioramento è principalmente attribuibile alla diminuzione dell'incidenza del COVID-19 e delle malattie del sistema circolatorio.

In Friuli-Venezia Giulia e Puglia si registrano anche i cali più marcati della mortalità femminile, sempre per effetto della riduzione dei decessi legati alla pandemia. Nella maggior parte delle altre regioni, tuttavia, la mortalità femminile risulta in aumento, con variazioni che vanno da poche decine fino a oltre 409 decessi in più ogni 100.000 donne in Sardegna, dovuti principalmente a patologie circolatorie e al COVID-19.

Nel 2022, la classifica dei tassi di mortalità conferma Campania e Sicilia come le regioni con i valori più elevati per entrambi i generi. Al contrario, i tassi più bassi si osservano nella PA di Trento per gli uomini, mentre per le donne, si trovano oltre che nella PA di Trento, anche nella PA di Bolzano e nel Friuli-Venezia Giulia (Cartogramma 11, Cartogramma 12).

Classe di età 90 anni ed oltre

Dopo la temporanea flessione osservata nel 2021, nel 2022 si registra un nuovo incremento della mortalità nella popolazione di età 90 anni ed oltre. L'aumento dei tassi riguarda tutte le regioni e entrambi i generi, con l'unica eccezione rappresentata dalla popolazione maschile dell'Umbria. L'incremento interessa quasi tutte le principali cause di morte, ma il contributo maggiore proviene dal COVID-19, in particolare nelle regioni del Centro-Sud e nelle Isole (Tabella 14, Tabella 15).

Tra gli uomini ultra 90enni, nel 2022 i tassi di mortalità più elevati si osservano, dopo la Valle d'Aosta, in Sicilia, Piemonte e Marche. I valori più contenuti si registrano, invece, in Sardegna, Calabria, Umbria, PA di Trento e Puglia (Cartogramma 13, Cartogramma 14). Per quanto riguarda la popolazione femminile, i tassi di mortalità più alti si riscontrano in Sicilia, Molise, Campania, Valle d'Aosta e Toscana, mentre i valori più bassi si osservano nella PA di Trento, seguita da Friuli-Venezia Giulia, Sardegna e Lombardia.

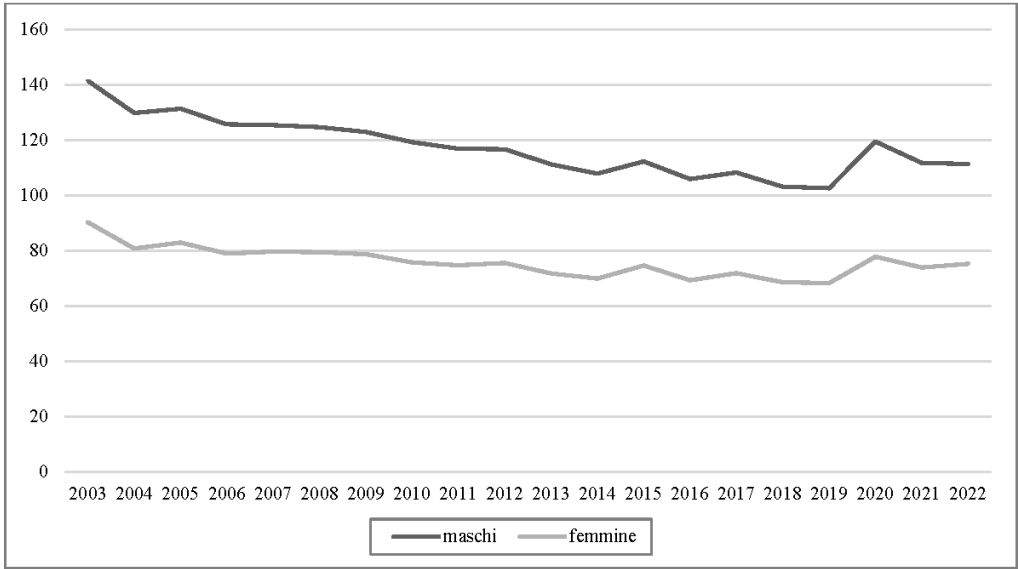
Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per genere e regione di residenza - Anni 2018-2022

Regioni	Maschi					Femmine				
	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	106,8	104,9	131,2	111,6	114,4	71,0	69,1	84,2	72,8	76,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	115,8	107,8	131,4	108,5	110,9	68,1	64,5	87,4	72,5	74,9
Lombardia	100,9	99,5	135,5	106,3	106,4	65,3	64,3	84,6	67,9	70,3
Bolzano-Bozen	92,3	92,3	107,8	100,7	104,0	63,0	60,3	73,9	66,3	67,9
Trento	88,1	92,6	120,2	100,7	96,2	60,5	58,0	73,7	61,1	61,9
Veneto	99,6	97,0	112,3	104,1	105,5	64,9	63,3	72,3	67,1	68,8
Friuli-Venezia Giulia	101,0	99,7	113,2	116,7	108,2	65,7	63,5	71,5	71,1	68,9
Liguria	107,2	104,3	125,8	110,2	112,9	69,7	66,7	79,2	70,4	74,8
Emilia-Romagna	98,4	97,1	114,4	106,0	103,2	65,9	65,8	75,2	71,3	71,9
Toscana	98,0	97,9	106,7	105,0	105,3	65,7	65,6	70,5	70,1	71,9
Umbria	94,0	95,8	102,7	105,1	103,3	62,9	62,4	66,0	68,8	69,4
Marche	95,1	95,9	109,6	107,6	106,4	62,5	62,6	71,4	71,4	70,4
Lazio	102,7	102,5	112,3	112,6	112,3	68,8	69,2	73,8	74,6	75,6
Abruzzo	102,2	101,8	111,5	111,4	113,5	66,8	66,9	71,8	72,7	73,8
Molise	104,7	106,1	109,7	123,7	116,9	64,5	68,4	74,0	76,4	78,0
Campania	117,6	116,8	129,1	128,0	125,6	79,4	80,8	85,2	89,0	89,3
Puglia	100,4	101,0	112,3	115,0	109,1	68,9	69,0	75,1	78,8	75,3
Basilicata	105,0	106,4	109,4	111,4	114,8	68,2	72,1	72,8	74,4	76,7
Calabria	103,3	106,8	110,3	116,8	116,9	71,2	72,2	73,8	80,6	81,5
Sicilia	111,1	112,4	119,3	124,5	125,5	77,0	79,1	82,1	87,1	88,5
Sardegna	100,5	103,5	110,2	108,9	114,0	64,2	64,0	70,2	67,9	74,5
Italia	103,1	102,5	119,4	111,7	111,3	68,5	68,2	77,7	73,9	75,2

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'European Standard Population 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per genere e regione di residenza - Anni 2003-2022



Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

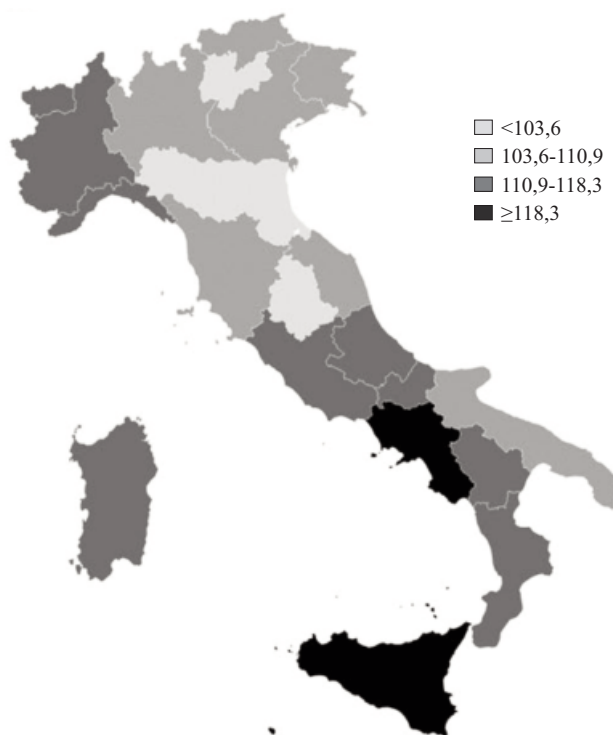
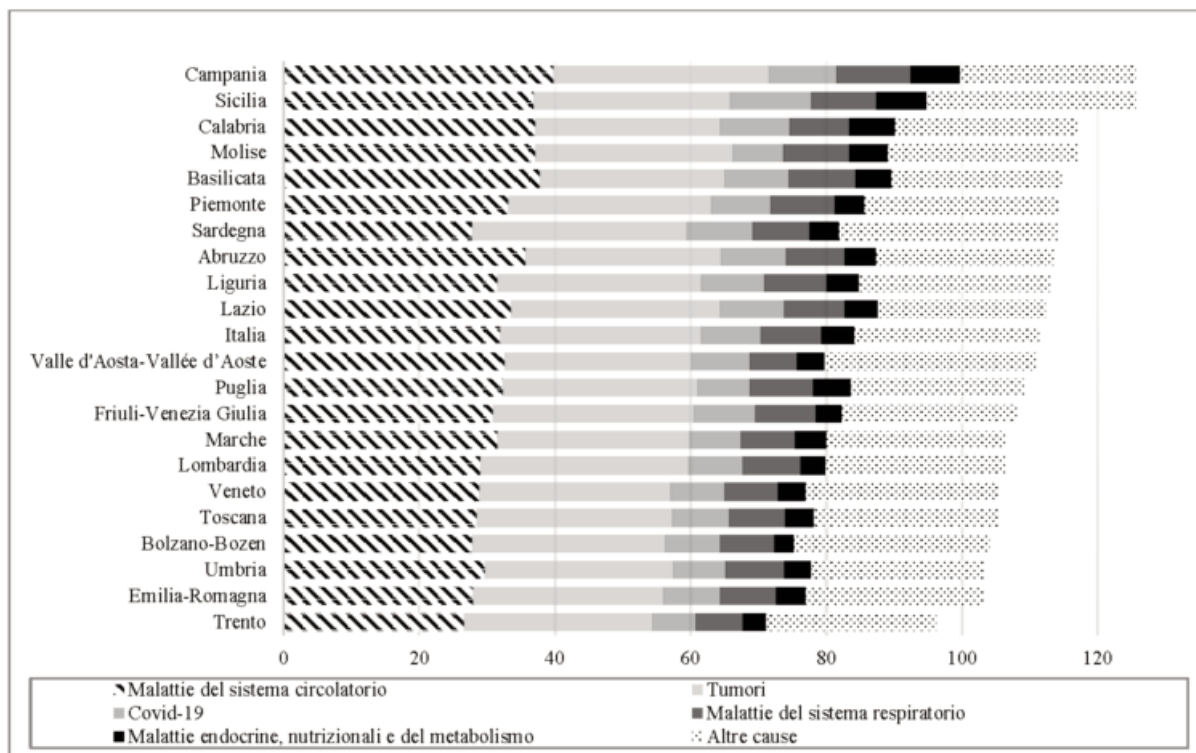
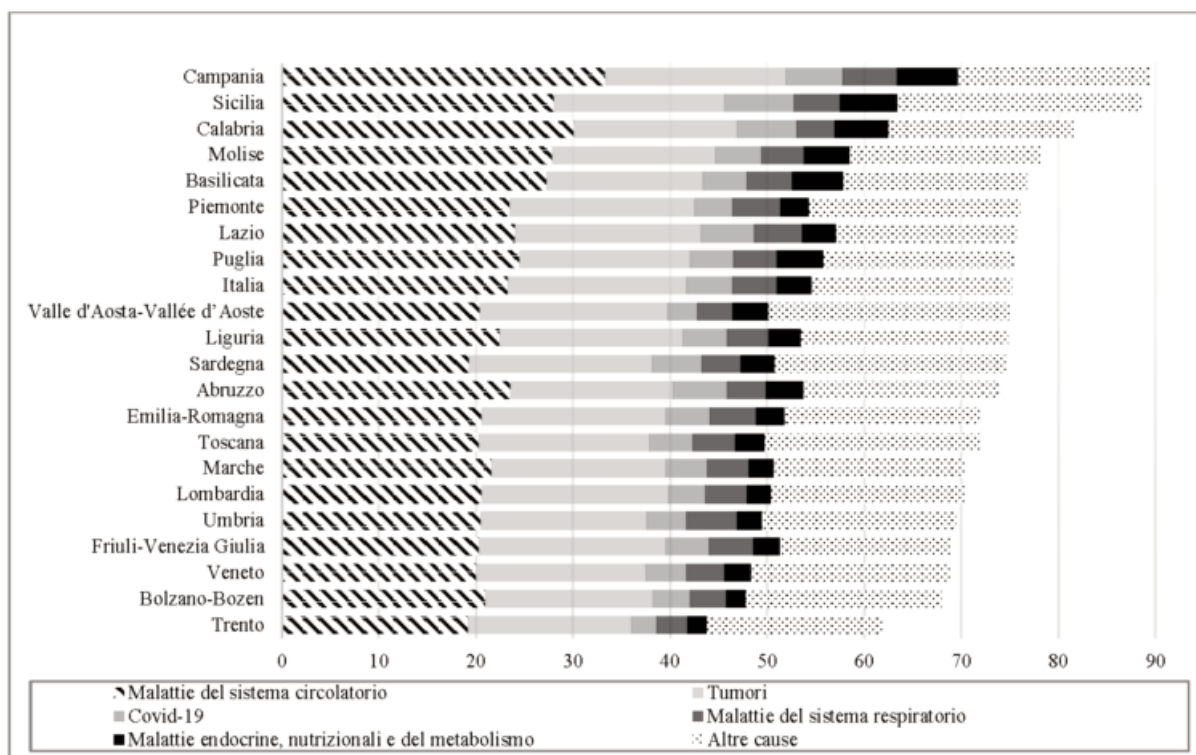
1. Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per regione di residenza. Maschi. Anno 2022**2. Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per regione di residenza. Femmine. Anno 2022**

Grafico 2 -Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per causa di morte e regione di residenza - Anno 2022**Maschi****Femmine**

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

Tabella 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per le principali cause di morte per regione di residenza. Maschi - Anni 2021-2022

Regioni	2021			2022		
	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	COVID-19	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	COVID-19
	Malattie del sistema respiratorio	Totale	Malattie del sistema circolatorio	COVID-19	Tumori	Totale
Piemonte	310,4	296,8	134,7	78,8	331,8	299,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	380,3	285,1	70,1	76,0	325,8	275,8
Lombardia	283,6	310,2	119,2	77,0	290,1	307,7
Bolzano-Bozen	262,0	267,2	134,1	61,5	277,8	285,4
Trento	267,2	272,8	122,9	61,9	265,9	279,0
Veneto	284,8	284,0	105,4	70,8	289,3	281,7
Friuli-Venezia Giulia	308,4	299,8	189,0	73,5	308,3	297,8
Liguria	307,8	307,5	104,0	77,6	315,1	300,9
Emilia-Romagna	278,6	283,1	129,5	76,0	280,0	279,7
Toscana	288,2	294,8	95,7	79,1	284,9	288,5
Umbria	299,6	278,9	97,8	89,7	296,9	278,0
Marche	316,2	283,3	109,2	83,1	315,1	283,7
Lazio	329,7	311,6	117,1	87,9	335,3	308,7
Abruzzo	344,2	279,3	95,7	84,1	356,1	288,8
Molise	419,7	281,8	125,0	84,6	371,0	291,6
Campania	397,1	328,2	127,1	101,1	397,5	318,6
Puglia	326,4	296,1	127,8	85,0	323,5	287,9
Basilicata	353,9	273,8	76,0	104,3	378,4	272,6
Calabria	392,4	276,6	74,0	86,6	371,6	272,6
Sicilia	380,5	307,0	106,2	90,7	369,1	289,3
Sardegna	280,8	339,0	61,2	69,2	278,2	316,8
Italia	317,4	300,7	115,3	81,8	319,4	296,3
						88,9
						1.113,0

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento *European Standard Population* 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

Tabella 3 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per le principali cause di morte per regione di residenza. Femmine - Anni 2021-2022

Regioni	2021			2022		
	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	COVID-19	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	COVID-19
Piemonte	221,8	189,6	64,8	234,6	190,3	39,8
Valle d' Aosta-Vallée d' Aoste-	230,6	194,7	46,7	203,7	193,7	30,5
Lombardia	194,2	193,1	54,1	205,5	192,3	38,4
Bolzano-Bozen	199,1	169,6	63,8	209,7	172,7	38,5
Trento	179,2	175,0	47,9	191,6	168,8	25,9
Veneto	196,2	177,8	50,4	200,5	175,1	40,9
Friuli-Venezia Giulia	207,2	190,8	91,9	202,9	192,3	44,5
Liguria	204,6	188,4	49,0	224,7	187,9	45,6
Emilia-Romagna	202,6	187,4	64,6	205,8	189,8	45,7
Toscana	197,5	185,2	47,0	203,3	175,7	44,6
Umbria	199,5	181,0	45,7	204,7	171,5	40,2
Marche	221,8	183,7	59,2	216,5	178,6	43,1
Lazio	238,5	194,3	60,4	240,2	191,4	54,9
Abruzzo	249,5	160,4	52,8	236,0	166,8	56,1
Molise	272,8	172,3	57,9	278,4	168,2	47,1
Campania	322,8	193,7	68,2	333,5	185,6	58,7
Puglia	257,1	173,7	68,0	244,8	175,8	44,2
Basilicata	265,4	150,4	48,4	273,2	160,5	45,2
Calabria	306,3	171,1	41,4	300,7	168,3	61,7
Sicilia	292,4	184,2	60,6	280,6	174,9	71,7
Sardegna	185,3	182,8	31,1	193,0	188,8	51,2
Italia	229,0	186,1	58,0	232,7	183,9	47,9

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento *European Standard Population* 2013.

Fonte dei dati: Istat. “Indagine sui decessi e cause di morte”. Anno 2025.

Tabella 4 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 1-19 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Maschi - Anni 2021-2022

Regioni	2021			2022		
	Cause esterne di traumatismo e avvelenamenti	Tumori	Totale	Cause esterne di traumatismo e avvelenamenti	Tumori	Totale
Piemonte	6,1	1,4	11,7	6,7	3,3	16,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,0	0,0	0,0	8,7	0,0	17,4
Lombardia	5,4	1,9	11,4	5,6	2,6	13,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>5,3</i>	<i>1,8</i>	<i>9,0</i>	<i>3,5</i>	<i>1,8</i>	<i>7,2</i>
<i>Trento</i>	<i>3,7</i>	<i>2,1</i>	<i>11,4</i>	<i>3,7</i>	<i>4,0</i>	<i>9,5</i>
Veneto	7,3	2,7	15,0	8,4	2,1	15,0
Friuli-Venezia Giulia	4,9	6,0	16,0	9,7	1,1	18,3
Liguria	1,6	4,3	8,3	4,8	2,4	17,1
Emilia-Romagna	6,2	2,3	16,0	5,9	3,4	14,6
Toscana	3,7	1,6	9,6	5,3	2,7	14,5
Umbria	10,7	1,3	12,1	2,6	2,6	12,5
Marche	2,3	3,4	11,2	7,1	3,0	14,2
Lazio	4,6	3,1	12,4	3,9	3,1	12,7
Abruzzo	6,4	1,0	11,3	4,6	1,8	9,5
Molise	3,9	0,0	12,7	4,4	0,0	18,2
Campania	3,3	2,7	15,2	3,3	3,4	13,6
Puglia	5,1	4,2	12,2	5,9	5,2	18,2
Basilicata	2,0	2,0	5,9	7,9	2,0	17,0
Calabria	6,1	4,3	13,8	2,9	1,1	10,2
Sicilia	6,8	2,3	15,7	9,4	2,5	17,9
Sardegna	7,9	3,4	16,1	10,2	2,3	17,1
Italia	5,3	2,6	13,0	5,9	2,9	14,6

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'European Standard Population 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

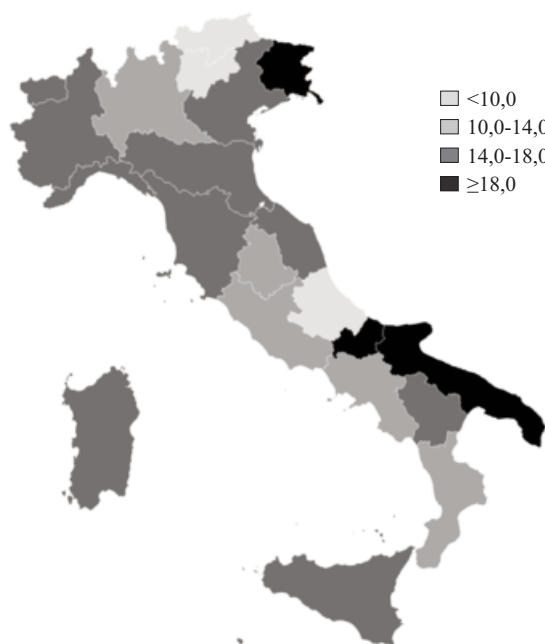
Tabella 5 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 1-19 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Femmine - Anni 2021-2022

Regioni	2021			2022		
	Tumori	Cause esterne di traumatismo e avvelenamenti	Totale	Tumori	Cause esterne di traumatismo e avvelenamenti	Totale
Piemonte	2,4	3,5	9,3	2,0	3,0	8,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lombardia	2,7	2,4	9,2	2,1	1,8	7,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>5,8</i>	<i>3,8</i>	<i>13,6</i>	<i>0,0</i>	<i>1,9</i>	<i>1,9</i>
<i>Trento</i>	<i>6,4</i>	<i>4,0</i>	<i>12,7</i>	<i>2,3</i>	<i>0,0</i>	<i>2,3</i>
Veneto	3,0	3,4	11,4	1,8	2,5	7,7
Friuli-Venezia Giulia	1,0	2,1	9,5	4,4	1,0	6,4
Liguria	1,7	3,5	9,1	1,9	2,6	4,5
Emilia-Romagna	3,7	1,9	9,6	2,5	2,6	10,0
Toscana	3,9	2,0	10,4	2,8	2,0	9,3
Umbria	1,4	6,0	13,4	4,4	1,4	8,6
Marche	5,2	1,6	10,3	6,4	2,4	12,4
Lazio	3,2	2,5	8,6	1,6	0,8	6,8
Abruzzo	3,8	0,0	5,8	3,1	1,0	5,0
Molise	5,1	9,5	19,9	4,4	0,0	4,4
Campania	2,8	1,0	6,9	1,8	0,9	7,9
Puglia	1,1	2,2	6,8	1,5	1,7	9,1
Basilicata	0,0	0,0	4,8	0,0	0,0	2,7
Calabria	0,0	1,8	8,2	1,4	0,7	11,0
Sicilia	3,2	2,3	11,5	1,2	1,6	9,0
Sardegna	0,8	1,9	7,7	3,5	2,5	12,5
Italia	2,8	2,3	9,3	2,1	1,7	8,1

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'European Standard Population 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

3. Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 1-19 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Maschi. Anno 2022



4. Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 1-19 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Femmine. Anno 2022

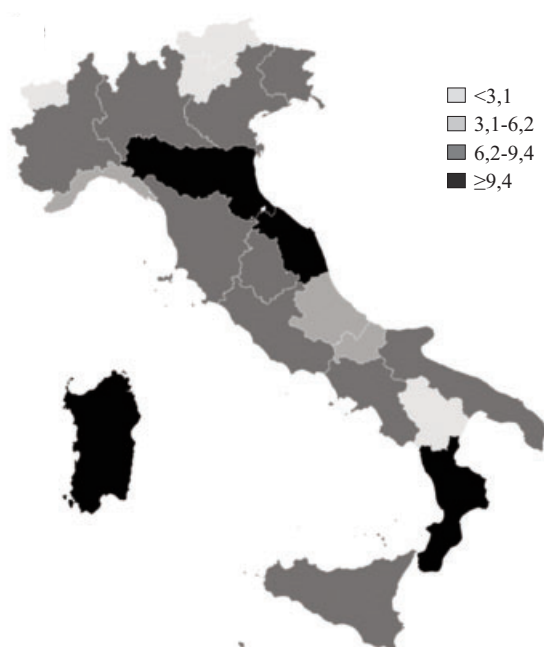


Tabella 6 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 20-39 anni per regione di residenza. Maschi - Anni 2021-2022

Regioni	2021				2022			
	Cause esterne di traumatismo e avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Totale	Cause esterne di traumatismo e avvelenamenti	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Totale
Piemonte	24,7	8,7	5,1	50,4	27,5	8,7	5,7	52,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	15,7	0,0	15,5	47,0	47,5	0,0	8,3	64,1
Lombardia	20,4	7,6	5,2	42,0	23,1	7,3	4,7	46,6
Bolzano-Bozen	27,3	8,0	1,6	47,9	29,1	3,1	3,3	46,9
Trento	24,5	6,7	8,2	56,2	29,7	18,2	0,0	57,7
Veneto	29,0	7,8	4,3	53,2	31,4	7,0	4,4	56,9
Friuli-Venezia Giulia	29,0	8,3	4,2	58,0	27,1	4,2	2,6	46,4
Liguria	14,8	8,2	2,9	48,8	12,9	8,3	2,2	41,7
Emilia-Romagna	25,9	10,4	4,9	53,9	23,5	8,1	6,4	49,1
Toscana	26,9	8,5	4,5	55,5	22,0	8,9	5,1	47,4
Umbria	22,6	12,4	9,1	56,6	34,3	12,7	5,8	63,1
Marche	22,9	7,8	5,2	49,4	31,9	8,4	2,0	54,5
Lazio	27,9	12,2	9,4	67,2	22,3	8,4	9,7	57,5
Abruzzo	27,4	8,6	7,2	55,3	24,1	8,0	8,0	52,6
Molise	24,5	9,2	6,2	70,9	30,3	12,5	9,4	70,9
Campania	10,8	11,8	6,4	69,8	11,2	11,5	5,6	60,3
Puglia	28,1	11,5	6,3	65,0	27,0	11,4	5,5	64,5
Basilicata	19,4	4,9	3,4	53,4	27,7	14,7	11,5	79,8
Calabria	19,8	7,4	5,6	58,8	21,0	8,5	2,4	59,2
Sicilia	26,3	10,5	6,0	64,0	26,3	10,4	6,5	62,1
Sardegna	34,1	12,0	7,8	69,6	37,6	8,5	7,4	70,1
Italia	23,6	9,5	5,8	56,8	24,0	8,9	5,6	55,1

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'European Standard Population 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

Tabella 7 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 20-39 anni per regione di residenza. Femmine - Anni 2021-2022

Regioni	2021				2022			
	Tumori	Cause esterne di traumatismo e avvelenamenti	Malattie del sistema circolatorio	Totale	Tumori	Cause esterne di traumatismo e avvelenamenti	Malattie del sistema circolatorio	Totale
Piemonte	10,3	5,6	3,1	24,5	11,1	3,6	1,7	21,8
Valle d'Aosta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,6	0,0	41,6
Lombardia	8,7	4,9	2,2	20,9	7,7	4,4	1,8	20,8
Bolzano-Bozen	15,3	1,7	0,0	25,3	3,4	15,2	5,1	34,0
Trento	7,2	6,9	0,0	21,0	10,6	12,2	0,0	28,1
Veneto	7,6	9,0	1,2	22,6	9,7	7,8	0,6	25,1
Friuli-Venezia Giulia	7,9	8,0	4,4	25,7	11,6	8,9	0,9	30,3
Liguria	10,4	9,5	3,7	36,8	3,0	3,0	6,6	18,4
Emilia-Romagna	9,4	5,4	1,3	21,3	8,1	7,8	2,9	23,9
Toscana	8,9	6,2	0,8	22,2	8,9	6,2	1,7	21,2
Umbria	9,3	4,7	0,0	23,3	3,5	6,0	0,0	10,7
Marche	10,7	5,4	2,0	28,2	6,1	4,1	2,1	19,7
Lazio	9,7	3,8	2,5	25,4	10,3	6,4	3,7	25,6
Abruzzo	7,5	6,9	3,8	25,0	9,3	3,9	0,0	21,6
Molise	6,7	3,4	0,0	27,0	23,9	3,5	3,4	30,7
Campania	8,8	3,6	4,1	29,2	9,4	3,5	2,8	28,0
Puglia	11,8	6,3	3,0	29,8	12,2	5,9	1,7	29,5
Basilicata	6,9	7,0	0,0	22,5	14,2	7,0	1,7	36,9
Calabria	17,3	6,3	1,5	35,1	12,7	2,9	2,4	38,1
Sicilia	10,5	5,2	3,0	29,8	10,8	4,9	3,0	33,1
Sardegna	13,1	6,1	3,3	30,2	8,4	7,3	0,6	27,4
Italia	9,7	5,5	2,4	25,5	9,4	5,5	2,2	25,5

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'European Standard Population 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

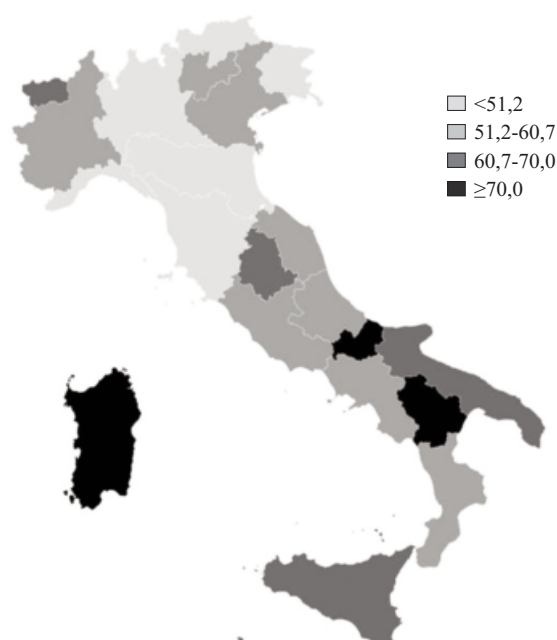
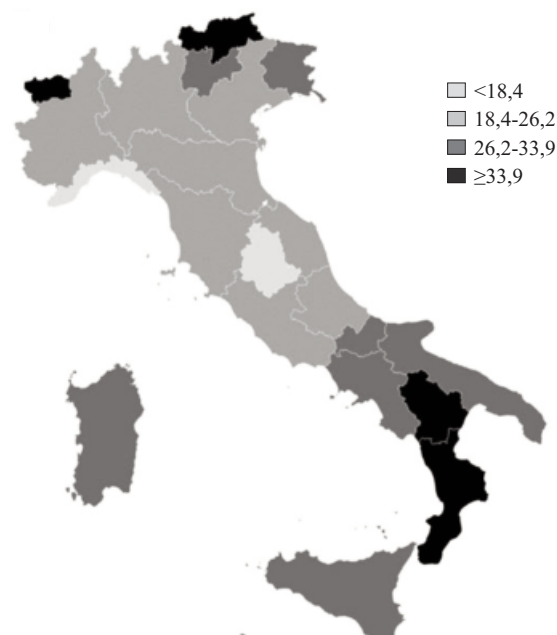
5. Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 20-39 anni per regione di residenza. Maschi. Anno 2022**6. Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 20-39 anni per regione di residenza. Femmine. Anno 2022**

Tabella 8 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 40-59 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Maschi - Anni 2021-2022

Regioni	2021				2022			
	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Cause esterne di traumatismo e avvelenamenti	COVID-19	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Cause esterne di traumatismo e avvelenamenti	COVID-19
Totale	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Cause esterne di traumatismo e avvelenamenti	COVID-19	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	Cause esterne di traumatismo e avvelenamenti	COVID-19
Piemonte	93,2	58,3	38,1	21,3	92,3	56,7	42,4	12,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	81,4	58,5	50,1	0,0	68,1	47,8	53,9	5,5
Lombardia	85,5	48,8	28,6	14,2	84,5	48,9	29,9	6,6
Bolzano-Bozen	71,0	30,9	32,6	12,6	71,4	31,1	49,0	2,3
Trento	63,2	40,3	49,6	15,9	50,3	40,3	48,3	6,9
Veneto	81,1	45,6	34,9	15,4	81,2	44,0	38,7	6,8
Friuli-Venezia Giulia	85,6	45,7	37,8	16,9	85,5	53,7	39,5	5,5
Liguria	91,6	43,4	29,9	16,5	83,8	47,4	28,9	13,6
Emilia-Romagna	84,4	46,8	33,2	24,2	80,4	44,7	29,0	10,2
Toscana	84,7	45,3	29,0	22,3	80,5	42,5	30,1	11,8
Umbria	83,0	42,0	30,0	21,8	84,5	45,1	31,5	8,4
Marche	94,7	45,3	31,4	19,2	83,3	60,5	37,0	7,6
Lazio	92,9	65,7	27,9	31,4	89,7	64,1	29,7	16,6
Abruzzo	82,1	58,6	34,2	27,2	96,3	61,0	28,8	14,8
Molise	78,2	73,6	22,1	52,0	89,7	75,8	25,7	20,0
Campania	119,4	72,0	18,9	46,1	110,6	69,8	15,6	18,5
Puglia	99,8	48,0	28,0	34,5	98,9	54,8	31,3	10,5
Basilicata	93,2	60,8	26,6	19,0	104,3	76,5	31,2	14,9
Calabria	101,8	70,6	29,0	19,7	97,8	70,2	24,2	18,4
Sicilia	101,2	65,9	27,3	33,6	97,2	58,0	33,8	22,6
Sardegna	124,4	57,0	53,9	13,0	109,4	56,6	44,5	13,1
Italia	93,0	54,6	30,4	24,4	90,1	54,4	31,5	12,2
Totale	279,3	243,3	250,3	281,9	279,3	243,3	250,3	268,5

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento *European Standard Population* 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

Tabella 9 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 40-59 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Femmine - Anni 2021-2022

Regioni	2021				Totale	Tumori	2022				Totale
	Malattie del sistema circolatorio	Cause esterne di traumatismo e avvelenamenti	COVID-19	Malattie del sistema circolatorio			Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	COVID-19			
Piemonte	88,7	19,8	7,2	11,0	158,2	90,0	17,7	10,0	5,7	157,6	
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	107,7	11,3	9,8	0,0	163,2	96,8	0,0	9,2	4,5	161,4	
Lombardia	85,8	14,7	8,9	5,5	141,4	86,5	14,0	7,4	3,2	137,5	
Bolzano-Bozen	63,1	8,7	11,2	2,3	113,8	72,6	18,1	6,4	4,6	119,2	
Trento	58,2	17,0	8,8	4,5	112,8	90,5	11,7	16,1	3,5	153,1	
Veneto	86,4	12,5	7,9	5,3	138,9	76,4	10,5	12,1	4,3	133,7	
Friuli-Venezia Giulia	80,2	19,7	10,8	12,3	155,2	88,0	12,5	10,5	3,3	146,9	
Liguria	90,9	14,0	8,3	7,4	153,7	97,2	19,1	4,8	3,5	164,8	
Emilia-Romagna	87,3	13,2	6,6	8,7	146,4	88,9	11,8	9,5	5,3	145,2	
Toscana	93,9	13,7	8,1	8,4	153,4	80,9	15,4	7,2	4,0	136,1	
Umbria	100,8	13,0	14,4	8,5	165,7	77,9	18,9	10,0	4,0	139,7	
Marche	97,3	12,7	4,7	10,2	145,5	78,6	12,3	11,2	6,7	135,8	
Lazio	96,2	18,2	6,6	11,6	165,3	91,9	21,4	6,8	6,6	158,8	
Abruzzo	87,7	18,6	7,7	14,5	162,1	69,5	15,6	7,9	7,2	130,6	
Molise	100,2	15,1	6,0	15,3	174,7	71,9	14,0	10,1	8,8	134,1	
Campania	106,6	26,8	4,5	19,8	212,5	108,0	24,4	4,2	11,0	197,6	
Puglia	93,9	17,6	3,0	14,3	166,6	98,9	17,7	7,9	4,7	167,7	
Basilicata	79,9	18,7	10,7	7,2	164,1	95,0	19,6	8,0	5,9	173,5	
Calabria	101,4	26,2	8,3	11,3	199,1	95,9	28,7	6,6	13,1	189,1	
Sicilia	111,2	24,0	4,4	16,5	205,2	102,1	18,1	6,6	12,6	189,0	
Sardegna	89,6	17,1	6,8	4,3	156,2	100,6	19,7	13,7	5,1	178,3	
Italia	93,0	17,6	7,0	10,4	162,8	90,6	17,0	8,1	6,2	156,7	

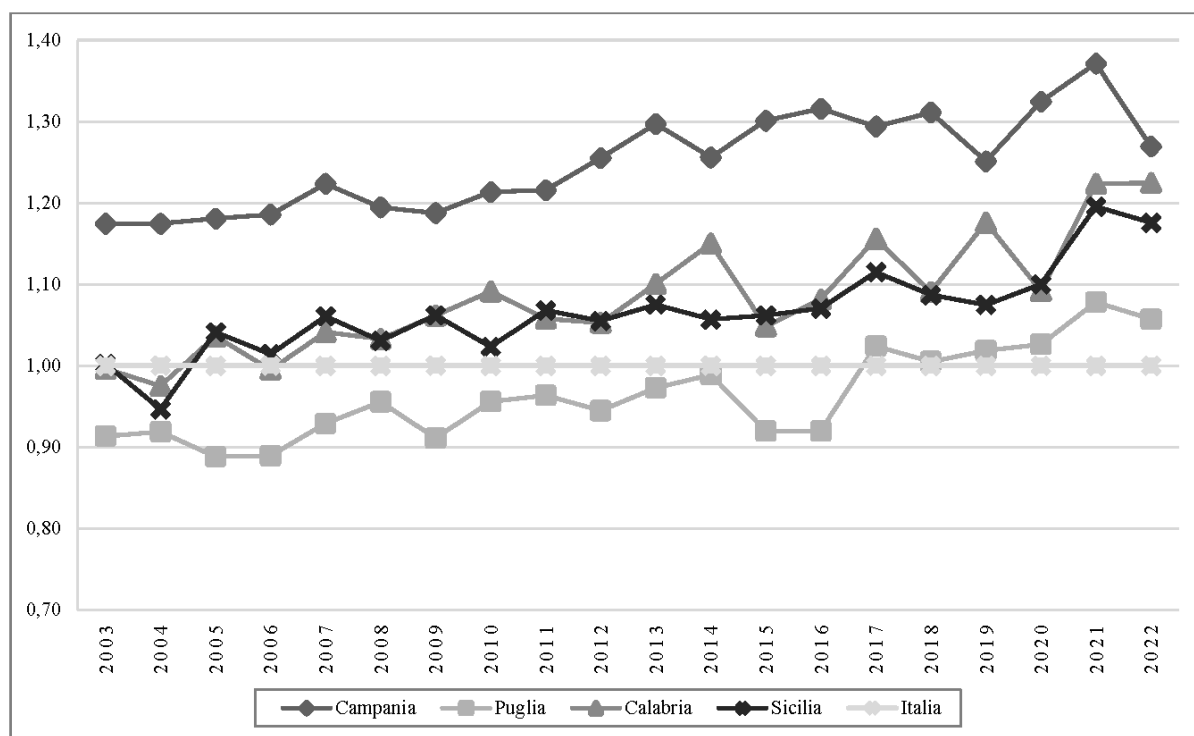
Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento *European Standard Population* 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

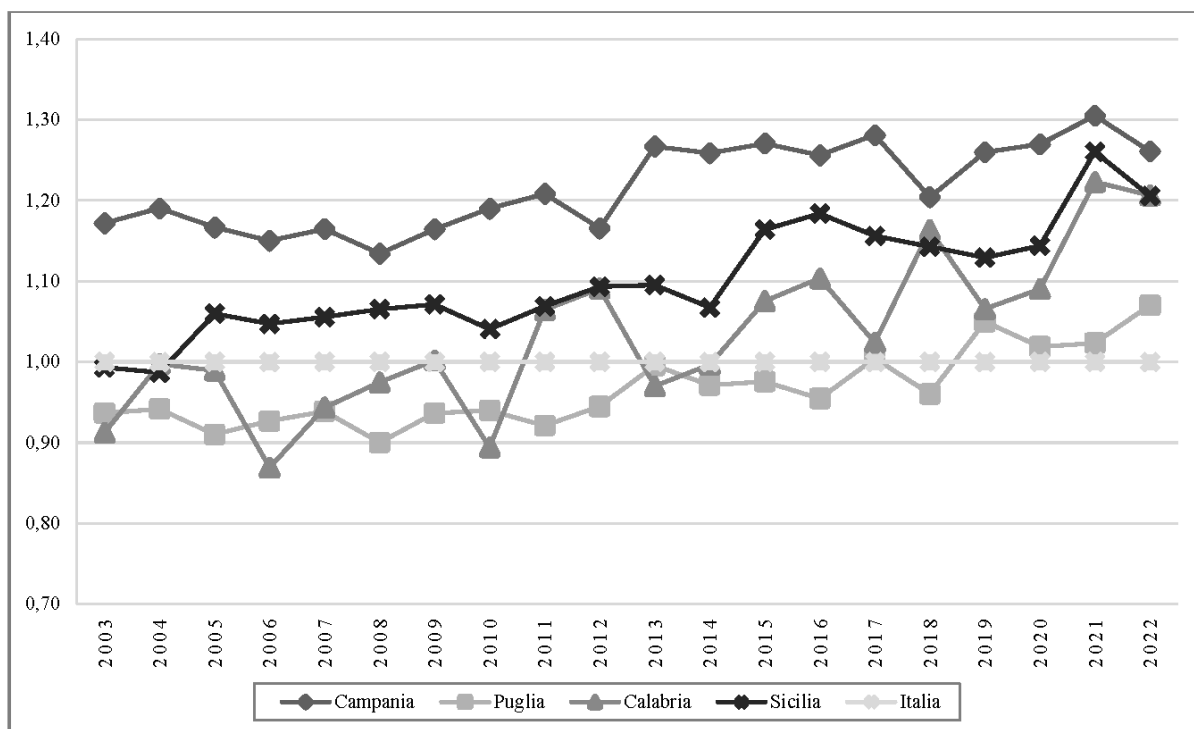
8. Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 40-59 anni per regione di residenza. Maschi. Anno 2022**9. Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 40-59 anni per regione di residenza. Femmine. Anno 2022**

Grafico 3 -Variazione del tasso standardizzato (numero indice con base Italia=1) di mortalità nella popolazione di età 40-59 anni per alcune regioni per genere - Anni 2003-2022

Maschi



Femmine

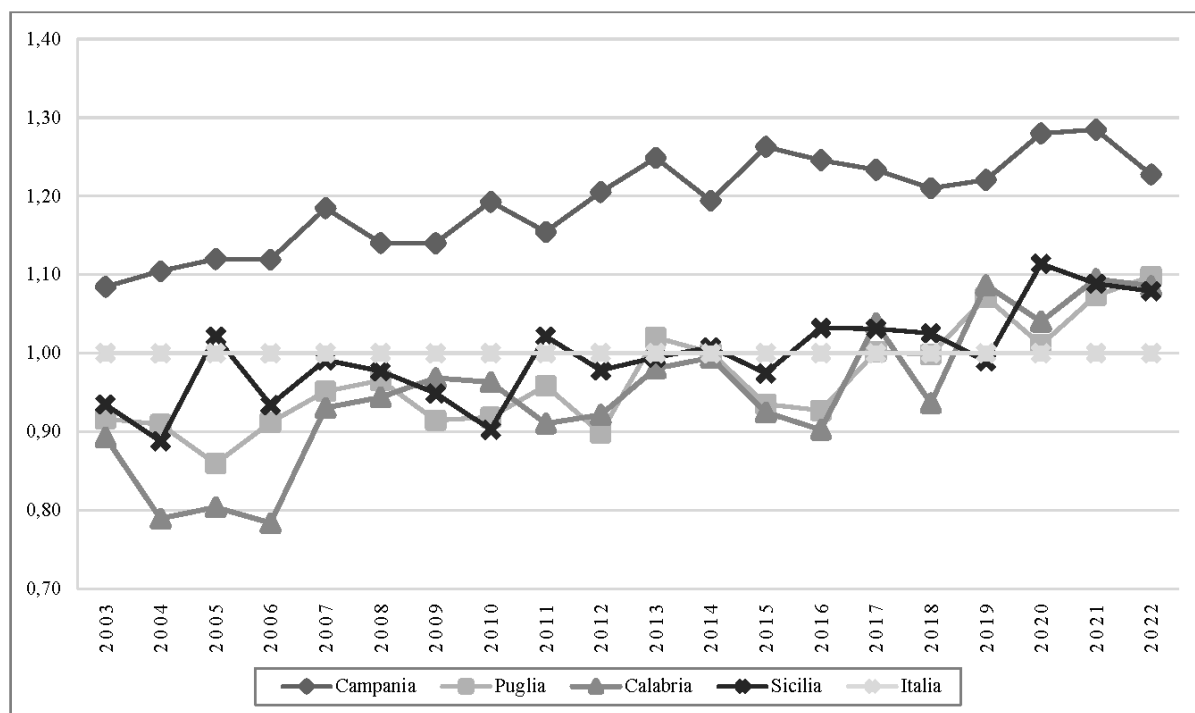


Nota: il numero indice è calcolato come rapporto tra tasso regionale e tasso Italia.

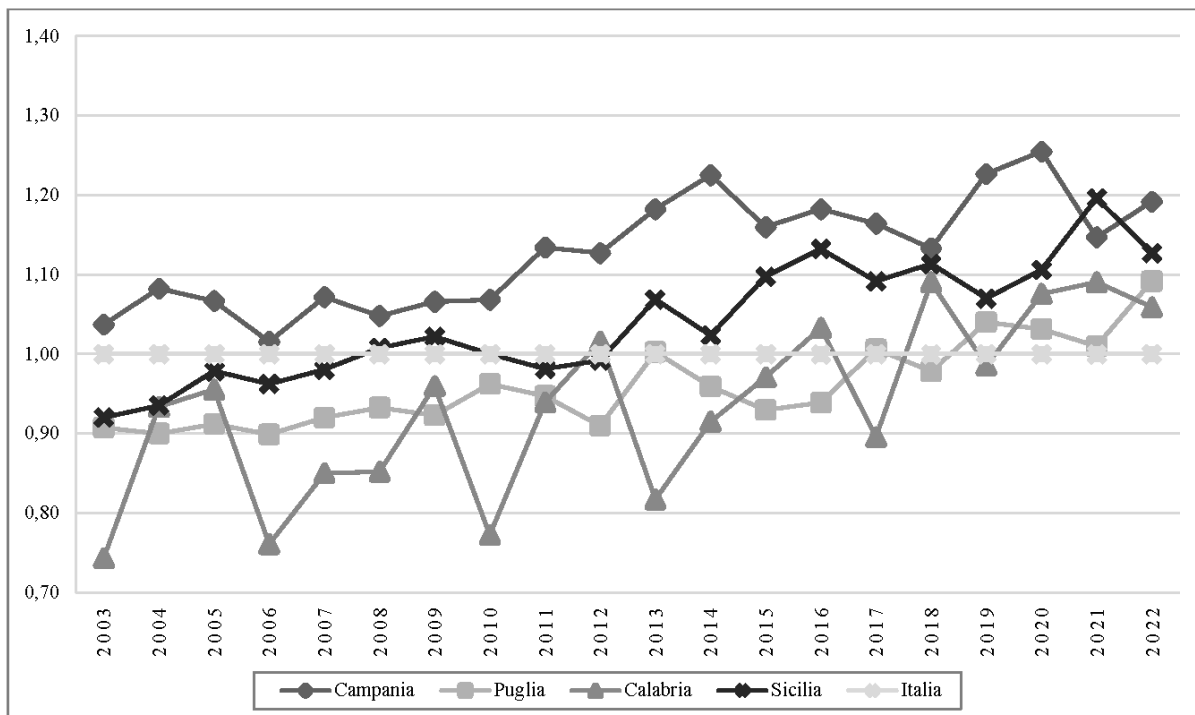
Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

Grafico 4 - Variazione del tasso standardizzato (numero indice con base Italia=1) di mortalità per tumore nella popolazione di età 40-59 anni per alcune regioni per genere - Anni 2003-2022

Maschi



Femmine



Nota: il numero indice è calcolato come rapporto tra tasso regionale e tasso Italia.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

Tabella 10 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 60-74 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Maschi - Anni 2021-2022

Regioni	2021					2022				
	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	COVID-19	Malattie del sistema respiratorio	Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	COVID-19	Malattie del sistema respiratorio	Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo
Piemonte	582,3	293,4	231,6	65,7	62,7	581,1	304,7	83,5	75,2	63,9
Valle d'Aosta	617,7	423,9	95,7	26,1	60,6	495,4	259,5	77,5	78,3	34,8
Lombardia	581,6	272,8	183,4	57,4	41,3	574,4	279,2	78,9	58,8	44,2
Bolzano-Bozen	524,2	261,0	123,5	59,9	44,5	556,3	234,6	66,2	71,1	44,8
Trento	535,8	252,2	162,1	37,8	44,0	483,5	239,6	41,7	58,4	43,9
Veneto	531,4	256,6	155,6	48,5	57,1	530,3	254,3	72,5	48,4	54,1
Friuli-Venezia Giulia	579,1	326,0	273,3	59,3	54,0	590,7	296,3	96,7	61,9	52,6
Liguria	603,7	300,1	164,0	62,5	66,8	560,8	298,3	101,4	95,2	69,9
Emilia-Romagna	528,0	254,8	183,3	53,8	51,1	520,6	266,7	77,6	62,0	57,6
Toscana	557,0	272,7	156,7	53,8	46,9	548,1	253,4	77,5	60,7	46,8
Umbria	520,2	259,6	193,1	68,1	40,1	489,2	288,4	80,0	84,8	53,5
Marche	524,3	259,1	156,2	61,2	55,9	545,7	279,7	64,4	61,0	46,1
Lazio	600,0	351,8	215,3	79,5	59,0	602,1	343,7	111,0	76,2	61,5
Abruzzo	568,1	326,4	181,2	70,6	70,7	559,1	348,9	109,1	70,4	75,4
Molise	593,1	447,0	310,0	62,2	110,1	538,6	394,6	89,3	75,5	85,8
Campania	668,7	382,5	264,3	98,2	105,8	661,4	390,5	132,2	101,2	98,7
Puglia	597,5	293,4	250,0	78,1	75,0	557,4	288,1	76,0	69,4	63,2
Basilicata	596,6	338,4	129,3	92,0	64,3	540,3	380,2	96,9	91,4	60,1
Calabria	513,9	388,7	152,9	80,5	114,0	569,5	362,8	138,5	73,0	98,6
Sicilia	604,0	368,4	193,3	93,3	96,9	590,8	336,3	161,1	90,4	99,6
Sardegna	678,5	292,0	100,2	70,8	44,1	657,8	301,1	100,4	83,4	62,1
Italia	582,2	306,5	195,2	68,8	64,7	574,3	304,6	96,5	71,8	64,4

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'European Standard Population 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

Tabella 11 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 60-74 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Femmine - Anni 2021-2022

Regioni	2021					2022				
	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	COVID-19	Malattie del sistema nervoso	Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo	Tumori	Malattie del sistema circolatorio	COVID-19	Malattie del sistema nervoso	Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo
Piemonte	381,6	126,1	85,4	34,3	32,4	386,1	137,8	38,6	48,7	29,2
Valle d'Aosta	422,2	155,6	39,9	65,5	16,3	378,6	193,7	23,9	24,8	7,9
Lombardia	379,5	119,5	66,4	40,7	21,0	375,4	118,2	34,2	44,7	22,1
Bolzano-Bozen	324,6	125,0	53,6	49,1	15,7	311,1	107,2	23,6	38,0	15,5
Trento	337,3	92,9	52,2	26,2	16,0	293,6	110,1	8,1	36,1	16,0
Veneto	335,6	104,2	49,8	35,3	27,2	323,2	98,9	34,4	41,4	25,9
Friuli-Venezia Giulia	394,0	106,2	113,6	42,6	24,7	395,8	100,2	37,6	43,7	21,7
Liguria	372,4	121,2	64,1	33,2	33,3	368,8	135,9	43,0	38,6	26,2
Emilia-Romagna	368,0	120,2	69,0	41,3	21,9	356,1	120,7	35,2	41,2	29,9
Toscana	378,5	113,5	63,3	37,9	30,5	350,3	117,2	39,4	33,7	26,7
Umbria	356,3	89,4	61,3	37,8	24,5	337,9	113,2	35,0	39,2	24,7
Marche	375,7	103,5	60,0	32,2	24,2	356,5	109,4	32,0	33,4	18,7
Lazio	394,5	153,1	89,6	35,5	37,2	392,1	136,8	54,2	38,6	32,5
Abruzzo	305,6	154,0	70,8	33,4	34,3	347,6	137,0	47,0	43,3	40,9
Molise	364,5	142,4	113,4	22,4	45,5	350,2	169,8	45,2	38,6	51,3
Campania	436,0	215,4	125,1	35,1	61,6	407,0	210,6	76,8	32,4	64,8
Puglia	353,6	145,7	109,0	39,4	44,9	342,5	135,4	40,6	37,4	45,1
Basilicata	300,6	144,9	65,3	25,4	32,7	287,3	159,0	28,7	32,2	39,3
Calabria	348,9	171,3	62,6	31,1	65,5	354,6	171,1	59,5	37,4	66,6
Sicilia	380,5	187,8	90,0	44,0	60,2	367,7	161,0	85,0	42,0	64,1
Sardegna	385,1	108,2	45,5	38,4	28,4	390,0	110,1	54,8	40,8	27,4
Italia	375,7	138,7	78,8	37,6	35,7	366,8	135,3	47,0	40,1	35,9
										782,8

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'European Standard Population 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

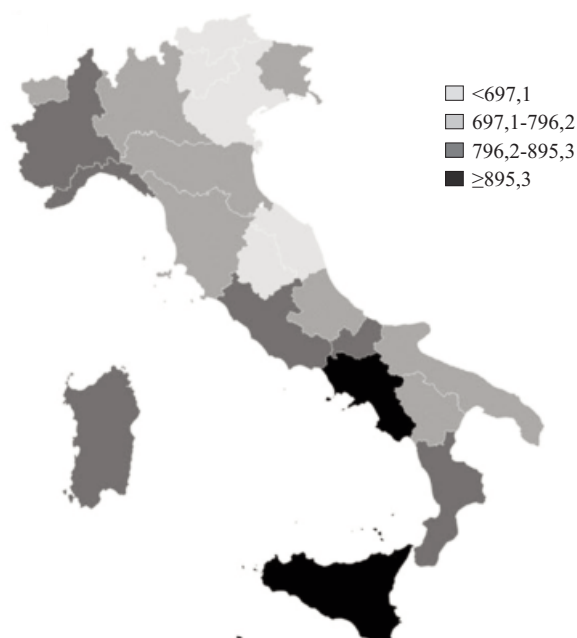
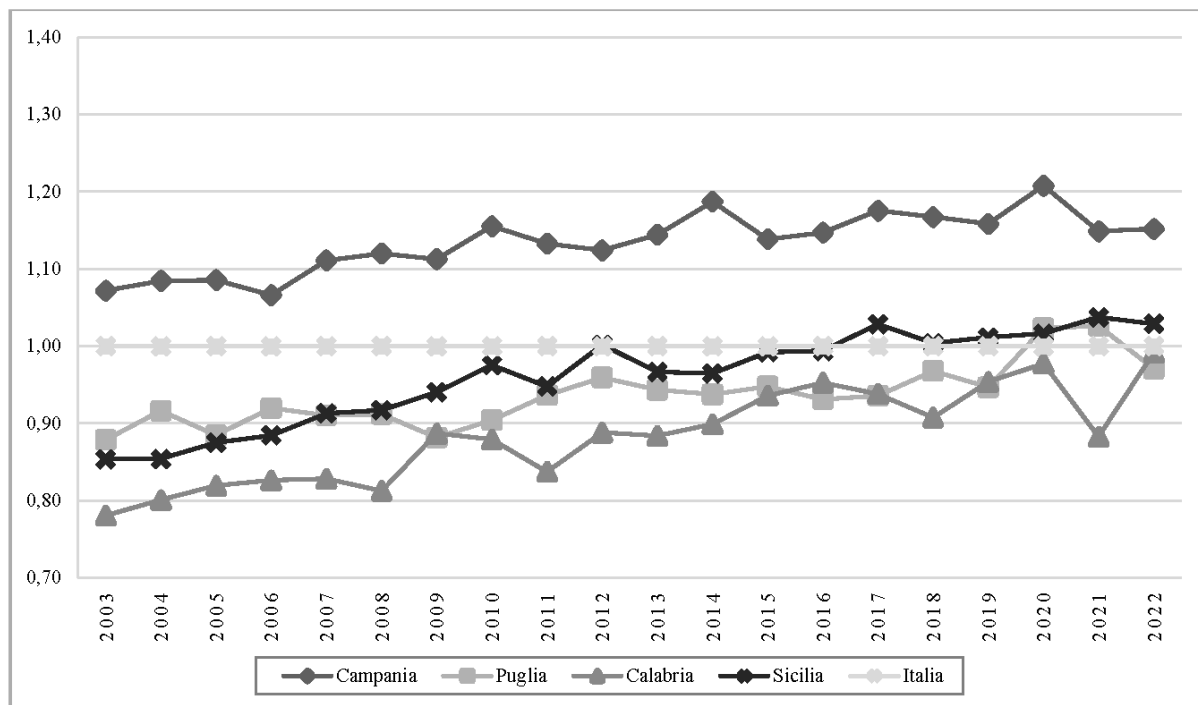
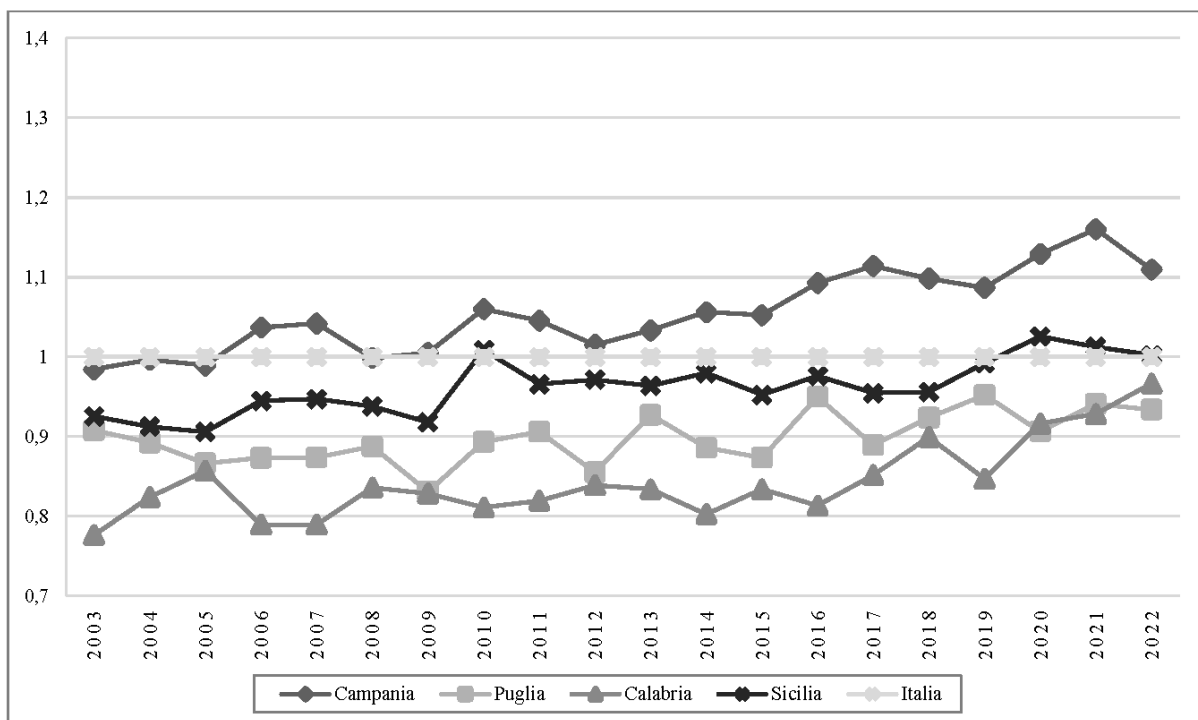
9. Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 60-74 anni per regione di residenza. Maschi. Anno 2022**10. Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 60-74 anni per regione di residenza. Femmine. Anno 2022**

Grafico 5 - Variazione del tasso standardizzato (numero indice con base Italia=1) di mortalità per tumore nella classe di età 60-74 anni per alcune regioni per genere - Anni 2003-2022

Maschi



Femmine



Nota: il numero indice è calcolato come rapporto tra tasso regionale e tasso Italia.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

Tabella 12 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 75-89 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Maschi - Anni 2021-2022

Regioni	2021					2022								
	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	COVID-19	Malattie del sistema respiratorio	Malattie del sistema nervoso del metabolismo	Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	COVID-19	Malattie del sistema respiratorio	Malattie del sistema nervoso del metabolismo	Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo	Totale
Piemonte	1.758,2	1.753,3	842,1	509,5	313,1	222,5	6.443,4	1.923,6	1.752,9	526,5	598,9	350,7	249,2	6.608,4
Valle d'Aosta	2.038,4	1.624,3	545,4	461,6	248,8	142,4	6.161,0	2.067,5	1.617,5	478,7	444,5	323,6	252,1	6.391,6
Lombardia	1.594,7	1.883,4	782,9	481,6	339,5	201,5	6.242,1	1.611,6	1.861,9	489,2	509,0	363,2	221,0	6.140,7
Bolzano-Bozen	1.424,9	1.600,8	885,9	386,9	342,5	120,7	5.775,2	1.606,9	1.671,5	503,0	584,1	407,3	218,1	6.118,7
Trento	1.509,7	1.637,9	784,7	422,8	273,0	207,7	5.761,8	1.467,7	1.716,5	381,4	411,6	292,0	172,5	5.429,5
Veneto	1.656,3	1.702,9	644,8	425,6	276,5	236,5	6.004,1	1.681,7	1.681,8	465,5	466,6	324,2	241,6	6.082,0
Friuli-Venezia Giulia	1.777,7	1.764,8	1.252,1	421,3	265,6	236,6	6.735,2	1.726,1	1.773,6	514,8	569,2	286,8	215,8	6.185,2
Liguria	1.799,8	1.780,1	646,2	500,5	351,7	261,7	6.394,9	1.849,1	1.800,1	549,8	538,9	374,3	293,7	6.552,5
Emilia-Romagna	1.592,5	1.673,4	822,8	494,2	297,6	236,2	6.196,5	1.565,6	1.666,4	519,3	495,5	277,7	247,0	5.932,6
Toscana	1.604,0	1.771,8	600,2	491,4	333,6	233,1	6.047,2	1.645,2	1.720,8	520,4	528,9	371,5	254,6	6.131,7
Umbria	1.730,6	1.636,6	529,5	566,5	322,6	194,9	5.997,8	1.723,9	1.656,4	479,2	522,1	330,6	216,0	5.975,3
Marche	1.839,9	1.646,3	699,9	549,6	357,3	233,8	6.267,0	1.724,8	1.664,3	460,4	487,4	391,3	277,1	6.055,0
Lazio	1.820,9	1.838,4	678,9	561,7	314,4	284,7	6.438,5	1.854,5	1.798,5	573,1	568,7	328,9	280,6	6.411,6
Abruzzo	1.959,1	1.615,0	533,3	513,4	360,6	266,0	6.222,8	1.991,7	1.697,5	635,6	587,5	370,1	263,8	6.566,5
Molise	2.594,6	1.528,8	568,8	551,6	310,0	273,9	6.937,2	1.914,3	1.765,8	518,0	618,1	319,9	354,6	6.573,8
Campania	2.382,4	1.883,9	689,1	668,5	266,6	459,5	7.414,0	2.308,1	1.839,8	635,5	705,2	232,1	461,0	7.254,1
Puglia	1.917,3	1.662,6	747,9	537,1	356,5	394,2	6.641,2	1.844,0	1.681,6	493,8	583,2	312,7	369,2	6.289,5
Basilicata	2.025,5	1.514,6	433,8	630,3	289,2	327,2	6.278,8	2.249,7	1.467,3	568,6	588,6	235,2	340,0	6.457,7
Calabria	2.368,2	1.663,2	415,9	577,6	260,2	445,1	6.823,4	2.163,5	1.566,1	627,5	570,1	246,8	442,3	6.710,0
Sicilia	2.242,2	1.804,8	608,4	597,2	275,5	461,1	7.183,6	2.176,2	1.684,2	734,6	597,8	232,8	452,0	7.250,5
Sardegna	1.605,6	1.903,3	383,8	427,9	319,6	264,2	5.992,1	1.570,8	1.762,7	619,6	530,6	331,4	266,6	6.371,1
Italia	1.820,7	1.769,6	702,9	519,2	312,2	283,9	6.439,9	1.817,5	1.744,9	544,4	551,4	320,1	292,8	6.396,6

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'European Standard Population 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

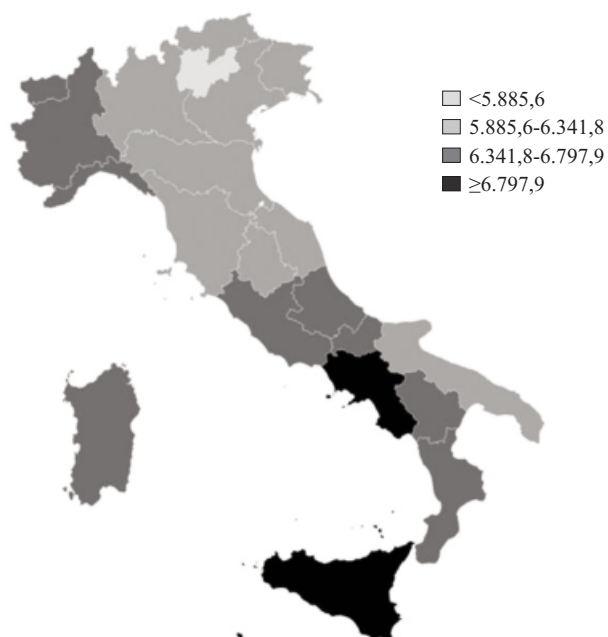
Tabella 13 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 75-89 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Femmine - Anni 2021-2022

Regioni	2021					2022								
	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	COVID-19	Malattie del sistema respiratorio	Malattie del sistema nervoso e endocrine, nutrizionali e del metabolismo	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	COVID-19	Malattie del sistema respiratorio	Malattie del sistema nervoso e endocrine, nutrizionali e del metabolismo	Totale		
Piemonte	1.308,5	1.011,1	417,9	237,2	231,7	178,5	4.254,5	1.357,3	1.001,0	246,5	311,9	254,4	178,8	4.376,0
Valle d'Aosta	1.303,6	904,6	314,8	208,0	332,0	225,7	4.056,2	1.073,6	1.093,6	146,8	231,0	217,4	230,3	4.099,2
Lombardia	1.117,9	1.054,3	361,4	285,6	230,1	152,2	3.958,1	1.150,3	1.052,4	246,1	259,1	300,6	155,1	4.014,9
Bolzano-Bozen	1.132,7	932,5	415,5	305,6	163,3	109,4	3.828,5	1.106,3	1.002,4	224,5	234,6	262,6	126,2	3.803,1
Trento	998,2	984,8	305,2	208,0	175,6	152,3	3.510,1	1.103,0	918,7	152,3	193,7	231,6	142,6	3.459,9
Veneto	1.125,7	962,0	319,4	215,8	206,8	159,8	3.841,8	1.158,0	986,1	242,8	239,3	228,7	170,4	3.935,5
Friuli-Venezia Giulia	1.175,3	1.032,3	596,0	210,7	218,5	149,8	4.114,2	1.141,3	983,4	269,3	293,4	195,2	180,7	3.840,9
Liguria	1.177,9	1.010,9	294,1	264,9	234,6	233,8	4.027,8	1.272,0	1.001,0	288,4	248,5	331,7	218,6	4.307,2
Emilia-Romagna	1.144,0	998,4	410,2	219,0	257,0	176,5	4.112,5	1.178,9	1.033,4	277,9	293,2	220,7	180,3	4.130,8
Toscana	1.109,2	944,4	298,0	278,7	241,0	180,1	3.923,0	1.138,0	917,3	261,4	276,6	306,8	199,9	4.063,1
Umbria	1.162,2	933,8	294,8	260,3	280,1	170,6	3.900,7	1.163,3	898,0	242,4	321,1	290,7	162,6	3.951,7
Marche	1.273,1	924,0	389,1	322,4	186,2	158,9	4.070,7	1.164,0	951,2	265,5	259,8	305,9	159,1	3.970,2
Lazio	1.374,1	1.026,4	378,3	227,5	297,4	221,4	4.318,3	1.367,4	1.000,6	346,3	320,6	270,4	220,8	4.373,6
Abruzzo	1.480,1	837,4	334,5	304,5	236,9	241,0	4.303,6	1.371,4	889,9	356,1	250,3	328,0	217,9	4.315,0
Molise	1.720,3	838,2	289,4	244,2	200,9	250,4	4.400,1	1.645,9	834,7	251,7	277,7	231,3	290,6	4.476,5
Campania	1.962,5	956,1	407,8	204,8	320,6	443,1	5.221,1	2.069,8	906,8	375,6	355,6	228,9	432,1	5.331,0
Puglia	1.546,7	881,0	419,2	286,7	257,2	341,6	4.648,0	1.441,9	905,2	280,2	272,3	260,9	319,1	4.367,9
Basilicata	1.635,8	778,0	348,3	275,5	326,2	322,9	4.580,6	1.702,1	872,9	323,6	290,0	229,0	337,2	4.647,7
Calabria	1.905,2	856,5	252,8	212,2	252,9	412,4	4.785,5	1.813,0	845,0	404,5	250,6	210,9	364,4	4.808,4
Sicilia	1.827,0	923,7	366,9	236,3	297,7	399,6	5.156,3	1.785,8	869,1	457,5	316,1	213,3	393,0	5.287,5
Sardegna	1.082,2	936,3	195,1	297,9	221,3	214,4	3.839,3	1.204,4	974,3	313,6	248,2	283,6	220,9	4.248,7
Italia	1.345,9	974,1	365,2	251,0	250,9	232,9	4.280,8	1.357,9	968,9	296,8	284,0	262,2	231,8	4.337,0

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'European Standard Population 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

11. Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 75-89 anni per regione di residenza. Maschi. Anno 2022



12. Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 75-89 anni per regione di residenza. Femmine. Anno 2022



Tabella 14 - Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 90 anni ed oltre per le principali cause di morte per regione di residenza. Maschi - Anni 2021-2022

Regioni	2021					2022								
	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema respiratorio	COVID-19	Disturbi psichici	Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo	Totale	Malattie del sistema circolatorio	Tumori	Malattie del sistema respiratorio	COVID-19	Disturbi psichici	Malattie endocrine, nutrizionali e del metabolismo	Totale
Piemonte	10.385,2	3.237,6	2.496,9	2.297,9	1.111,6	1.006,4	26.001,5	11.051,3	3.514,8	3.180,1	2.729,4	1.207,7	972,7	29.193,9
Valle d' Aosta	12.723,8	3.081,1	3.043,3	1.063,5	1.521,6	605,3	25.540,1	10.229,6	4.594,2	2.053,9	3.381,2	3.667,4	1.327,3	31.426,8
Lombardia	9.608,5	3.768,3	2.732,9	2.219,2	1.178,8	782,7	25.692,5	10.023,1	3.833,3	3.235,6	2.526,3	1.362,6	975,3	27.898,9
Bolzano-Bozen	9.602,3	3.070,0	1.995,2	3.899,1	1.243,2	647,5	26.003,4	10.115,1	3.907,4	2.017,4	2.876,8	1.385,4	376,5	27.298,5
Trento	9.171,5	3.384,8	2.056,5	2.772,9	824,3	677,6	24.136,4	9.783,9	4.259,9	2.453,0	2.387,5	1.226,5	1.292,0	26.720,8
Veneto	9.614,9	3.528,3	2.692,8	2.348,5	1.530,0	923,3	25.962,7	9.939,3	3.507,3	3.033,9	2.793,8	1.525,3	1.027,0	27.711,9
Friuli-Venezia Giulia	9.874,9	3.615,9	2.811,3	3.872,7	1.355,9	834,7	27.115,1	10.588,9	3.361,3	3.070,2	3.142,7	1.270,1	940,9	27.218,1
Liguria	10.161,0	3.728,5	2.418,9	2.054,1	932,4	958,9	25.647,6	10.413,2	3.868,9	3.017,2	2.853,4	856,2	1.103,2	27.626,3
Emilia-Romagna	9.458,1	3.578,1	2.664,7	2.620,2	1.173,6	1.013,6	26.118,2	9.678,1	3.559,7	3.068,4	2.740,6	1.234,9	1.023,4	27.395,2
Toscana	10.103,0	3.540,2	2.912,7	1.509,3	913,7	1.090,3	26.139,9	9.817,4	3.543,9	2.871,8	2.546,3	986,6	1.086,4	27.649,0
Umbria	10.450,0	3.549,5	3.132,7	1.757,9	1.137,0	951,4	26.846,5	9.728,4	3.779,3	2.864,8	2.243,1	1.384,8	847,1	26.259,8
Marche	11.236,3	3.636,6	2.685,2	2.216,9	1.044,3	1.038,8	27.868,3	11.360,2	3.484,3	2.871,9	2.567,7	1.172,9	1.229,0	28.664,5
Lazio	10.518,0	3.623,5	2.641,5	1.744,9	874,8	1.185,5	25.096,4	10.955,1	3.790,1	2.807,1	2.496,9	1.005,7	1.266,1	27.315,8
Abruzzo	11.561,0	3.132,8	2.884,2	1.471,0	1.240,5	1.033,3	27.296,0	11.972,1	3.189,5	2.551,1	2.332,0	875,0	1.063,1	27.739,5
Molise	11.651,9	3.777,6	2.723,0	1.164,5	718,5	1.251,6	25.684,8	12.950,6	3.364,1	2.800,7	1.353,9	1.178,4	1.163,6	28.262,4
Campania	12.182,0	3.065,4	2.658,5	1.433,0	857,5	1.266,0	25.835,9	12.770,9	2.822,8	3.127,3	2.088,3	855,6	1.494,0	28.084,1
Puglia	10.971,0	3.328,7	2.662,3	1.644,9	965,5	1.343,1	25.657,0	11.162,6	3.024,1	3.175,3	2.121,9	1.078,9	1.284,9	26.918,4
Basilicata	11.843,0	2.693,2	3.529,8	1.392,7	1.011,2	1.753,6	25.922,5	11.130,6	3.322,6	3.401,9	2.691,7	1.313,9	1.121,6	27.725,2
Calabria	11.798,4	2.798,7	2.416,3	945,4	606,2	1.466,5	24.552,2	11.877,6	2.410,4	2.690,6	2.324,4	799,3	1.362,7	26.171,9
Sicilia	12.061,9	3.195,9	2.382,7	1.607,7	1.080,4	1.528,5	27.809,7	12.171,5	2.723,2	2.983,0	2.745,9	1.143,7	1.674,0	29.798,6
Sardegna	8.633,5	3.681,9	2.060,1	975,5	1.558,3	1.368,6	23.773,5	8.543,3	3.451,9	2.450,0	2.575,2	1.594,8	1.023,0	25.632,3
Italia	10.449,2	3.456,0	2.643,2	1.960,6	1.084,2	1.094,0	25.978,1	10.709,6	3.432,3	2.993,0	2.551,4	1.172,6	1.151,2	27.782,7

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l'European Standard Population 2013.

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

Mortalità sepsi-correlata

Significato. La mortalità causa-correlata viene misurata attraverso i tradizionali indicatori utilizzati per lo studio della mortalità causa-specifica, quali i tassi std (*European Standard Population*, Edizione 2013), complessivi e specifici per grandi classi di età in cui, però, al numero di decessi considerati concorrono non solo i casi selezionati attraverso la causa iniziale di morte, ma vengono conteggiati anche i casi in cui quella determinata condizione morbosa è presente tra le altre cause riportate sul certificato di morte.

L'indicatore di mortalità sepsi-correlata è, pertanto,

Tasso di mortalità sepsi-correlata

$$T_r^i = 10.000 * \sum_{x=1}^{69} D_{x,r}^i / \sum_{x=1}^{69} P_{x,r}$$

Significato delle variabili: $D_{x,r}^i$ rappresenta il numero dei decessi all'età x con menzione della causa i nella provincia o regione r ; $P_{x,r}$ rappresenta l'ammontare della popolazione di età x nella provincia o regione r .

Validità e limiti. L'utilizzo di un indicatore che considera tutte le condizioni morbose riportate sul certificato di morte (cause multiple) permette di ridurre l'eventuale sottostima della mortalità che si potrebbe verificare per una determinata causa conteggiandone i decessi soltanto in base alla causa iniziale. Tale indicatore consente di sfruttare tutte le informazioni riportate sul certificato di morte, risultando particolarmente utile in presenza di quadri patologici complessi come quelli dei decessi riguardanti la popolazione anziana.

Come tutti i tassi std anche quello di mortalità causa-correlata non rappresenta una misura reale del fenomeno, in quanto indica il valore che il tasso di mortalità assumerebbe qualora la struttura per età della popolazione considerata fosse uguale a quella della popolazione scelta come standard. Come pregio, il tasso std consente di effettuare confronti, tanto temporali che territoriali, al netto dell'influenza delle strutture demografiche reali delle popolazioni messe a confronto.

Descrizione dei risultati

Il numero di decessi sepsi-correlati, in Italia, ha registrato un incremento significativo nel corso degli ultimi anni, passando da 21.828 nel 2006 a 77.057 nel 2022 (Tabella 1). Nello stesso intervallo temporale, il tasso di mortalità associato alla sepsi è più che raddoppiato sia negli uomini (da 4,8 a 12,6 ogni 10.000 abitanti) sia nelle donne (da 3,0 a 7,8 ogni 10.000 abitanti) (Grafico 1). L'incremento del tasso di mortalità risulta evidente in tutte le classi di età analizzate, ma è particolarmente marcato tra i soggetti di età 75 anni e oltre: negli uomini si osserva un passaggio da 33,6 a 99,4 per 10.000, mentre nelle donne da 22,6 a 63,2 per 10.000. In questa fascia di età si concentra circa il 75% dei decessi sepsi-correlati, a conferma della

basato sul numero di certificati di morte in cui è menzionata almeno una volta la sepsi, indipendentemente dal fatto che tale causa sia selezionata come la causa iniziale di morte (i codici ICD-X considerati per la sepsi sono: A40 Setticemia streptococcica, A41 Altre forme di setticemia, R57.2 Shock settico, R65.0 Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva senza insufficienza d'organo, R65.1 Sindrome da risposta infiammatoria sistemica di origine infettiva con insufficienza d'organo, R65.9 Sindrome da risposta infiammatoria sistemica non specificata).

stretta associazione tra tale esito clinico e l'età dell'individuo, verosimilmente riconducibile alla maggiore prevalenza di multicronicità, che determina un progressivo deterioramento delle condizioni fisiche.

A livello territoriale, l'aumento della mortalità sepsi-correlata nella fascia di età 75 anni ed oltre si configura come un fenomeno generalizzato a tutte le aree del Paese. I tassi regionali mostrano un'elevata eterogeneità geografica, con valori più elevati nelle regioni del Nord e del Centro e più contenuti in quelle del Mezzogiorno (Tabella 2). Nel 2022, tra gli uomini, i tassi più alti si registrano nelle Marche (151,1 per 10.000), in Emilia-Romagna (142,1 per 10.000) e in Abruzzo (140,2 per 10.000); quelli più bassi si osservano in Campania, Calabria, Sicilia, Basilicata e nelle PA di Bolzano e Trento (valori inferiori a 72,5 per 10.000) (Grafico 2). Per quanto riguarda le donne lo scenario è analogo: alle regioni già segnalate tra quelle più svantaggiate per gli uomini, si aggiungono l'Umbria e la Liguria (tutte con valori superiori a 82,0 per 10.000) e tra le regioni con i valori più bassi ritroviamo la PA di Trento, la Calabria, la PA di Bolzano, la Campania e la Sicilia (con tassi inferiori a 43,1 per 10.000).

La quasi totalità dei decessi sepsi-correlati si verifica in ambito ospedaliero, con una percentuale relativamente stabile e uniforme sul territorio nazionale: si passa da una media dell'82% nel 2006 all'87% nel 2022 (Tabella 3). Per comprendere meglio le differenze territoriali nei tassi di mortalità sepsi-correlata, che risultano più elevati nelle regioni del Centro-Nord, si può considerare la quota di decessi avvenuti in strutture ospedaliere sul totale dei decessi (Tabella 4). Questa quota risulta sensibilmente più bassa nel Meridione rispetto al Centro-Nord, mostrando una

certa coerenza con la distribuzione geografica della mortalità sepsi-correlata. Tali differenze potrebbero riflettere una maggiore accuratezza nella certificazione delle cause di morte effettuata in ambito ospedaliero e potrebbero contribuire, almeno in parte, a spiegare il divario territoriale osservato nella mortalità sepsi-correlata. Tuttavia, l’interpretazione di tali differenze rimane complessa: i dati di mortalità non consento-

no di isolare l’effetto specifico di eventuali differenze nella diagnosi e nella certificazione della sepsi dall’incidenza della sepsi acquisita in ambito ospedaliero. Nonostante questi limiti, le informazioni ricavate dai certificati di morte rappresentano comunque uno strumento prezioso per il monitoraggio di un fenomeno di crescente rilevanza per la Sanità Pubblica in Italia.

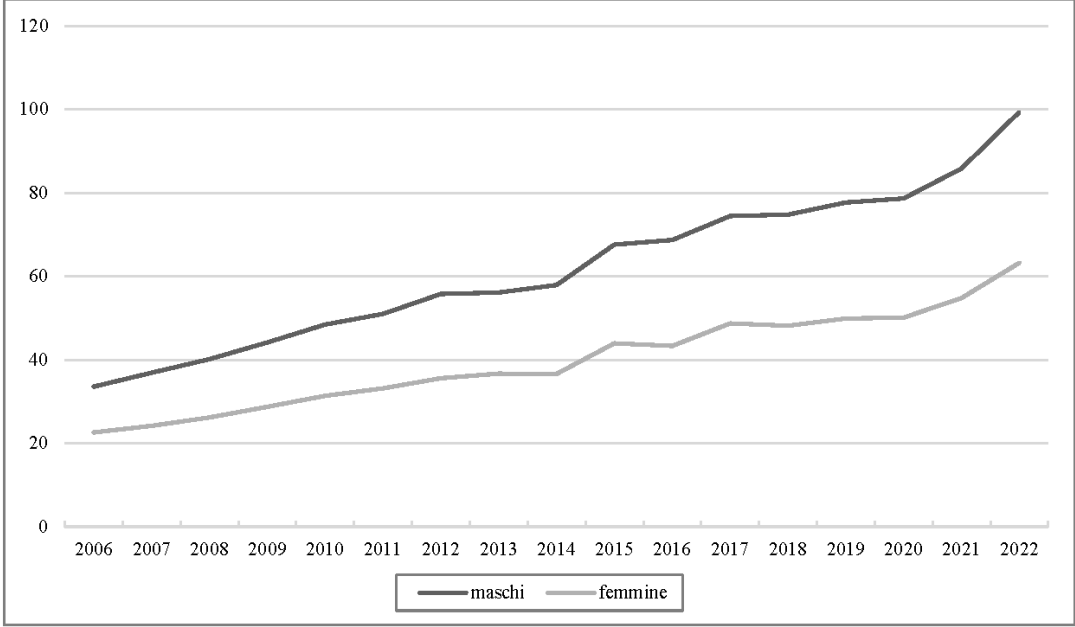
Tabella 1 - *Mortalità sepsi-correlata (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) per classe di età e genere - Anni 2006, 2022*

Genere	2006					2022				
	0-19	20-64	65-74	75+	Totale	0-19	20-64	65-74	75+	Totale
Valori assoluti										
Maschi	70	2.106	2.760	6.108	11.044	91	4.461	7.015	28.168	39.735
Femmine	54	1.230	1.795	7.705	10.784	73	2.587	4.546	30.116	37.322
Tassi										
Maschi	0,1	1,3	9,8	33,6	4,8	0,2	2,3	21,5	99,4	12,6
Femmine	0,1	0,7	5,4	22,6	3,0	0,2	1,3	12,4	63,2	7,8

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l’European Standard Population 2013.

Fonte dei dati: Istat. “Indagine sui decessi e cause di morte”. Anno 2025.

Grafico 1 - *Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità sepsi-correlata nella popolazione di età 75 anni ed oltre per genere - Anni 2006-2022*



Fonte dei dati: Istat. “Indagine sui decessi e cause di morte”. Anno 2025.

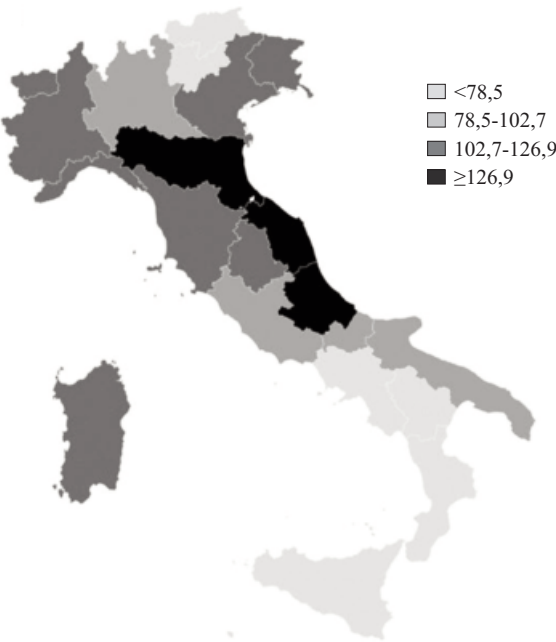
Tabella 2 - Mortalità sepsi-correlata (tasso standardizzato per 10.000) nella popolazione di età 75 anni ed oltre per genere e regione di residenza - Anni 2006, 2022

Regioni	2006		2022	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	50,8	31,7	111,6	69,1
Valle d’Aosta-Vallée d’Aoste	40,0	31,3	126,0	72,7
Lombardia	49,8	29,0	94,2	54,0
Bolzano-Bozen	1,3	4,2	72,5	37,7
Trento	9,5	5,2	71,6	32,3
Veneto	39,6	25,1	125,3	70,6
Friuli-Venezia Giulia	66,3	37,0	111,9	70,9
Liguria	34,9	26,9	126,4	82,1
Emilia-Romagna	42,4	25,3	142,1	89,0
Toscana	39,6	24,5	103,6	66,8
Umbria	41,5	23,5	126,7	84,6
Marche	42,2	30,2	151,1	90,2
Lazio	25,8	21,8	87,6	60,0
Abruzzo	27,5	21,9	140,2	89,7
Molise	34,6	17,1	89,0	53,3
Campania	11,8	8,6	54,3	40,9
Puglia	20,9	17,6	86,5	64,0
Basilicata	21,0	14,7	67,0	53,1
Calabria	13,3	10,0	54,5	36,6
Sicilia	8,9	7,8	56,1	43,1
Sardegna	25,9	14,1	104,0	61,9
Italia	33,6	22,6	99,4	63,2

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento l’European Standard Population 2013.

Fonte dei dati: Istat. “Indagine sui decessi e cause di morte”. Anno 2025.

Mortalità sepsi-correlata (tasso standardizzato per 10.000) nella popolazione di età 75 anni ed oltre per regione di residenza. Maschi. Anno 2022



Mortalità sepsi-correlata (tasso standardizzato per 10.000) nella popolazione di età 75 anni ed oltre per regione di residenza. Femmine. Anno 2022

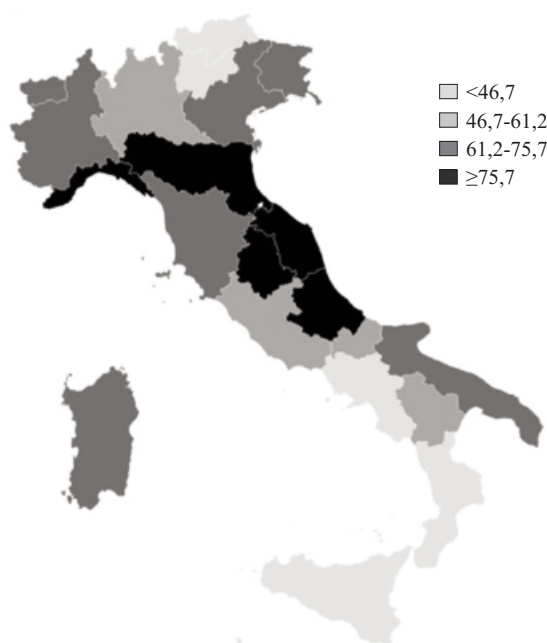


Tabella 3 - Decessi (valori per 100) sepsi-correlati nella popolazione di età 75 anni ed oltre avvenuti in strutture ospedaliere per regione di residenza - Anni 2006, 2022

Regioni	2006	2022
Piemonte	85	90
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	85	85
Lombardia	81	79
Bolzano-Bozen	92	83
Trento	81	83
Veneto	83	89
Friuli-Venezia Giulia	92	89
Liguria	86	91
Emilia-Romagna	89	90
Toscana	83	89
Umbria	77	88
Marche	84	88
Lazio	83	89
Abruzzo	82	90
Molise	83	89
Campania	71	85
Puglia	70	84
Basilicata	62	88
Calabria	75	84
Sicilia	60	85
Sardegna	85	91
Italia	82	87

Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte". Anno 2025.

Tabella 4 - Decessi (valori per 100) nella popolazione di età 75 anni ed oltre avvenuti in strutture ospedaliere per regione di residenza - Anni 2006, 2022

Regioni	2006	2022
Piemonte	46	42
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	51	46
Lombardia	46	37
Bolzano-Bozen	55	45
Trento	44	32
Veneto	57	47
Friuli-Venezia Giulia	62	51
Liguria	55	46
Emilia-Romagna	56	50
Toscana	43	42
Umbria	33	40
Marche	50	47
Lazio	51	44
Abruzzo	42	45
Molise	40	39
Campania	19	28
Puglia	27	33
Basilicata	26	40
Calabria	23	30
Sicilia	17	28
Sardegna	41	42
Italia	42	40

Fonte dei dati: Istat. “Indagine sui decessi e cause di morte”. Anno 2025.

Mortalità evitabile

Significato. La mortalità evitabile si riferisce ai decessi delle persone sotto i 75 anni che potrebbero essere ridotti o evitati grazie a interventi di salute pubblica, alla riduzione dei fattori di rischio ambientale e al miglioramento dell'assistenza sanitaria. Risulta costituita da due componenti: la mortalità prevenibile e la mortalità trattabile. Gli indicatori proposti sono i tassi std della mortalità evitabile e delle sue due componenti, prevenibile e trattabile calcolati considerando la popo-

lazione residente con età compresa tra 0-74 anni. Essi rappresentano il numero di decessi che si osserverebbe, per una specifica causa o per gruppi di cause, in una popolazione di 10.000 persone con una struttura per età uguale a quella della popolazione standard europea, (revisione 2013) (1). I dati analitici utilizzati nel calcolo sono rappresentati, per ogni anno di osservazione, dai quozienti specifici per causa e classi di età quinquennali (con l'eccezione delle classi "0" e "1-4")

Tasso di mortalità prematura

$$T_v^c = 10.000 * \sum_{x=0}^{74} D_{x,r}^c / \sum_{x=0}^{74} P_{x,r}$$

Significato delle variabili: $D_{x,r}^c$ rappresenta il numero dei decessi all'età x con menzione della causa i nella provincia o regione r ;

$P_{x,r}$ rappresenta l'ammontare della popolazione di età x nella provincia o regione r .

Validità e limiti. Le cause di morte evitabili sono quelle riportate nella lista aggiornata del 2022 da Eurostat/OECD (2). Nella lista, tra le altre, troviamo diversi tumori, molte malattie cardiovascolari, gli accidenti e le malattie metaboliche, infettive e respiratorie. A seguito della pandemia, anche il COVID-19 è stato incluso tra le cause della mortalità prevenibile, in quanto in parte contrastabile attraverso efficaci interventi di Sanità Pubblica, campagne vaccinali e misure di prevenzione (2). Il tasso std non rappresenta una misura reale del fenomeno, in quanto indica il valore che il tasso di mortalità assumerebbe qualora la struttura per età della popolazione considerata fosse uguale a quella della popolazione scelta come standard. Rappresenta un valore ipotetico che dipende dalla struttura per età della popolazione standard; la scelta dello standard, quindi, deve essere effettuata evitando di assumere una popolazione troppo diversa rispetto al contesto territoriale nel quale si effettuano i confronti al fine di non distorcere i differenziali reali. Come pregio, consente di effettuare confronti, tanto temporali che territoriali, al netto dell'influenza delle strutture demografiche reali delle popolazioni messe a confronto.

Valore di riferimento/Benchmark. La mortalità evitabile è un indicatore chiave per valutare l'efficacia delle politiche sanitarie e il livello di tutela della salute nella popolazione. A seconda della componente prevalente, è possibile adottare interventi mirati: in presenza di un'alta mortalità prevenibile, è opportuno rafforzare la prevenzione primaria e la promozione di stili di vita salutari; al contrario, un'elevata mortalità trattabile evidenzia la necessità di migliorare la prevenzione secondaria e il trattamento delle malattie.

Descrizione dei risultati

Confronto europeo

Nel 2022, in Italia sono decedute 105.592 persone per cause evitabili, cioè il 64% di tutti i decessi sotto i 75 anni di età. Il tasso std di mortalità totale 0-74 è stato di 27,5 decessi per 10.000 abitanti, mentre il tasso della mortalità evitabile è stato di 17,6 per 10.000, con la componente della mortalità prevenibile predominante (11,3 per 10.000) su quella della mortalità trattabile (6,3 per 10.000). Tali valori collocano l'Italia tra i Paesi europei con i tassi di mortalità evitabile più bassi, lontana dal valore medio europeo (25,8 per 10.000). L'Italia presenta il secondo valore più basso per la mortalità evitabile, dopo la Svezia e prima di Lussemburgo, Spagna e Paesi Bassi. Tuttavia, un'analisi disaggregata delle due componenti, prevenibile e trattabile, rivela scenari diversi. Per la mortalità prevenibile, l'Italia mantiene il secondo posto nella classifica europea, sempre dopo la Svezia e prima di Malta e Lussemburgo. Diverso è il quadro per la mortalità trattabile, per la quale l'Italia si posiziona al settimo posto, con un peggioramento rispetto agli anni precedenti (Grafico 1). Questo arretramento può essere in parte spiegato con gli effetti della pandemia da COVID-19, che ha messo sotto forte stress il SSN, provocando ritardi nelle diagnosi, rinvii di interventi programmati e una generale riduzione della capacità di trattamento di molte patologie croniche e acute non legate al virus.

La mortalità evitabile in Italia

Negli ultimi 10 anni, si è osservata una progressiva riduzione del tasso di mortalità evitabile in Italia, interrotta bruscamente nel 2020 dalla pandemia da COVID-19 (Grafico 2). Il tasso di mortalità preveni-

bile è aumentato significativamente a causa del COVID-19, passando dal valore di 10,1 per 10.000 abitanti del 2019 a 13,0 per 10.000 nel 2020, per poi registrare un calo nel 2021 e ancor più nel 2022 (11,3 per 10.000). Anche la componente trattabile ha subito un lieve incremento nel 2020 (6,6 per 10.000) rispetto al 2019 (6,4 per 10.000), dovuto verosimilmente alla pressione sul SSN e al ritardo nelle diagnosi e nelle cure.

Nel 2022, la componente prevenibile rappresenta il 64% di tutti i decessi evitabili.

L'analisi della mortalità evitabile per genere mostra delle differenze marcate: nel 2022 gli uomini presentano una mortalità evitabile pari a 23,2 decessi per 10.000, mentre il valore delle donne è pari a 12,5 per 10.000 (Grafico 3). Gli uomini hanno una mortalità di circa 1,86 volte superiore alle donne e questo è dovuto principalmente alla componente prevenibile, ossia quella maggiormente legata agli stili di vita (per esempio, abuso di alcol, maggiore propensione a fumare e non adeguata alimentazione) e ai comportamenti più a rischio (eventi accidentali, attività lavorativa etc.). Infatti, la mortalità prevenibile degli uomini è circa 2,5 volte quella delle donne (16,4 per 10.000 uomini vs 6,6 per 10.000 donne), mentre la mortalità trattabile presenta differenze di genere meno marcate (6,9 per 10.000 uomini vs 5,9 per 10.000 donne). Negli anni la distanza tra i due generi si è conservata per la mortalità trattabile mentre per la prevenibile è leggermente diminuita durante la pandemia da COVID-19, nel 2020 e 2021, per poi aumentare nuovamente nel 2022. Per gli uomini, la mortalità prevenibile rappresenta la componente predominante della mortalità evitabile, arrivando a costituire il 70% del totale nel 2022. Al contrario, per le donne le due componenti risultano quasi equivalenti, con una leggera prevalenza della prevenibile (53%) rispetto alla trattabile (47%). È interessante notare che, fino al 2019, per le donne la situazione era opposta: la mortalità trattabile risultava superiore a quella prevenibile.

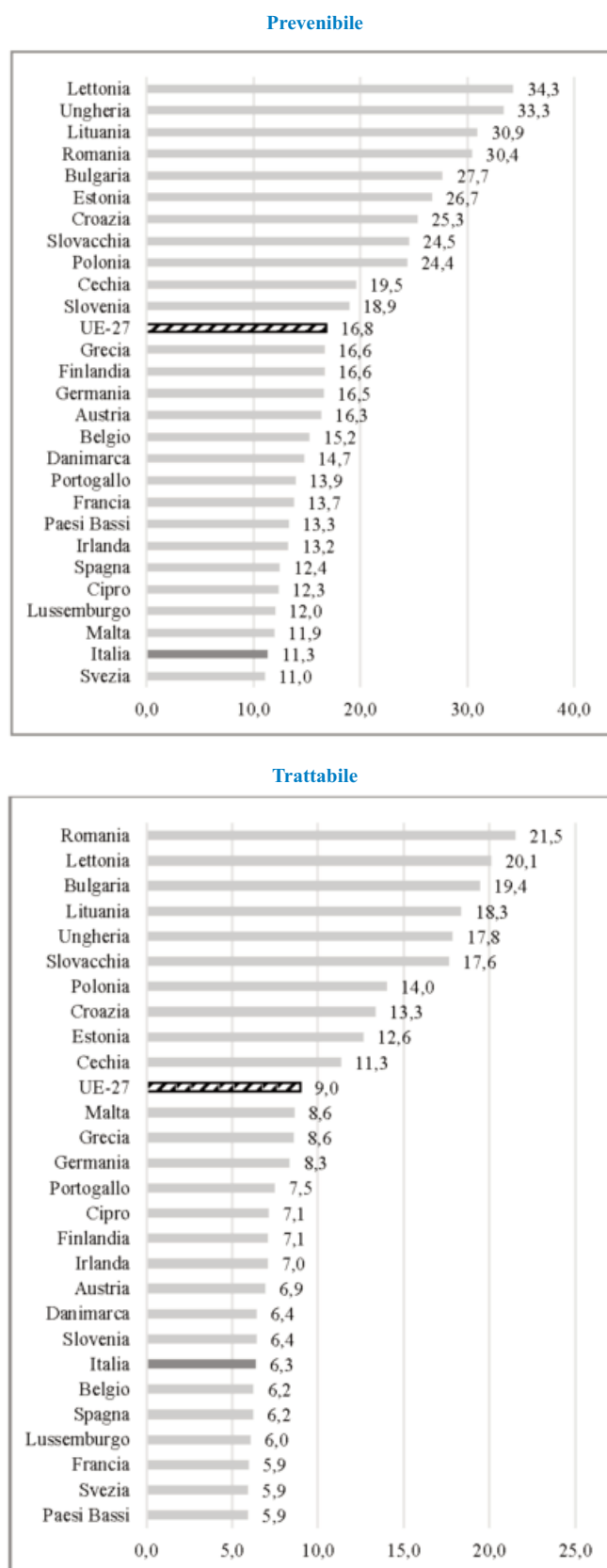
La mortalità evitabile per regione

Dal punto di vista territoriale, emerge un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole, con il Centro-Nord che presenta i tassi di mortalità prevenibile e trattabile più bassi della media nazionale e il Sud e le Isole più alti. Le regioni tendono a mostrare una correlazione positiva tra le due componenti della mortalità evitabile: al crescere della mortalità prevenibile si osserva, in genere, anche un incremento di quella trattabile e viceversa. Esistono tuttavia eccezioni, come nel caso della Puglia, dove i tassi di mortalità trattabile risultano superiori alla media nazionale, mentre quelli di mortalità prevenibile si collocano al di sotto. In contesti di questo tipo si rende necessario adottare strategie di sanità pubblica differenziate, mirate a intervenire in maniera selettiva sulla componente più critica, così da ridurre in modo efficace le disuguaglianze territoriali. Nel Grafico 4 sono riportate le variazioni percentuali dei tassi di mortalità prevenibile e trattabile delle regioni e delle ripartizioni rispetto alla media italiana. Nel quadrante I si osservano tutte le regioni che hanno tassi di mortalità prevenibile e trattabile superiori alla media italiana; nel quadrante III si osservano tutte le regioni con tassi inferiori alla media italiana; nei quadranti II e IV, troviamo le regioni che presentano solo una delle due componenti superiore alla media italiana.

La Campania presenta la situazione più critica con valori del 25,0% (mortalità prevenibile) e del 31,1% (mortalità trattabile) rispetto alla media italiana. All'opposto, la PA di Trento registra i livelli più bassi per entrambe le componenti (-16,4% mortalità prevenibile e -24,5% mortalità trattabile).

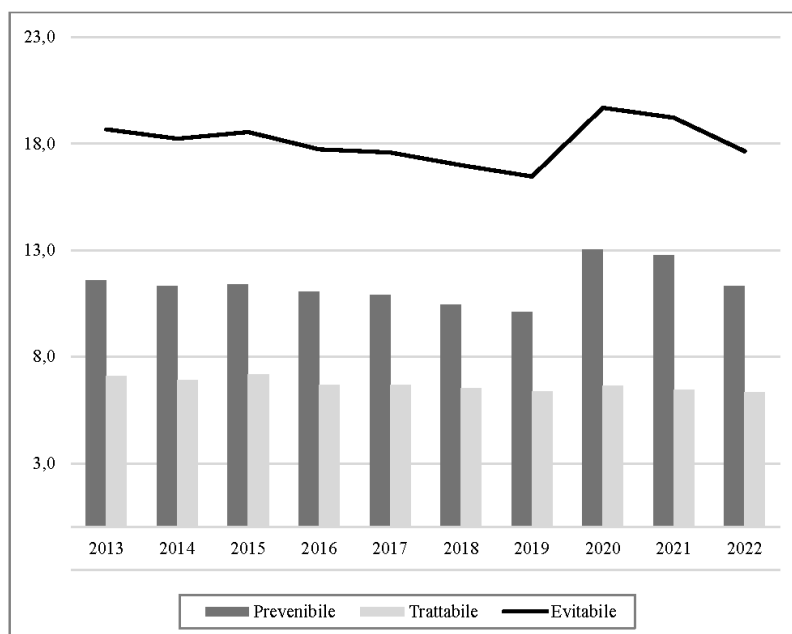
Quasi tutte le regioni si distribuiscono lungo la bisettrice del I e III quadrante, mettendo in luce una correlazione positiva tra la mortalità prevenibile e trattabile. Tuttavia, esistono alcune eccezioni a questo andamento generale. Un esempio rilevante è la Puglia, che presenta una mortalità prevenibile inferiore alla media nazionale (-5,5%), ma una mortalità trattabile superiore (+5,6%), indicando una buona efficacia nelle politiche di prevenzione, ma maggiori criticità nell'accesso o nella qualità delle cure.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità prevenibile e trattabile nella popolazione di età 0-74 anni per Paese dell'Unione Europea-27 - Anno 2022



Fonte dei dati: Eurostat database (3). Anno 2025.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità evitabile, prevenibile e trattabile nella popolazione di età 0-74 anni - Anni 2013-2022



Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte" (4). Anno 2025.

Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità evitabile, prevenibile e trattabile nella popolazione di età 0-74 anni per genere - Anni 2013-2022

Maschi

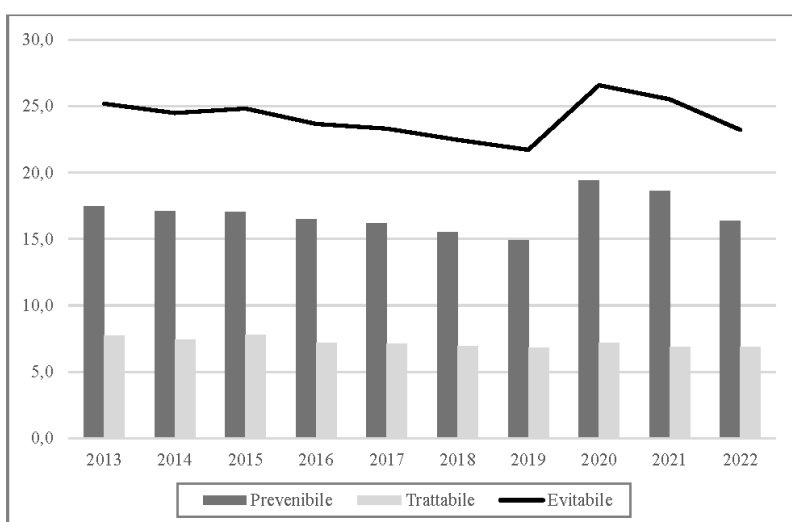
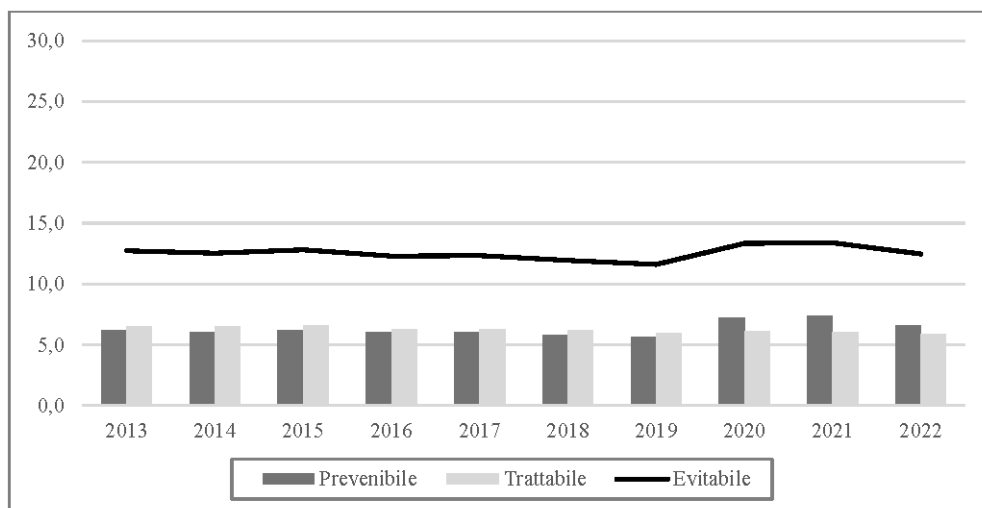


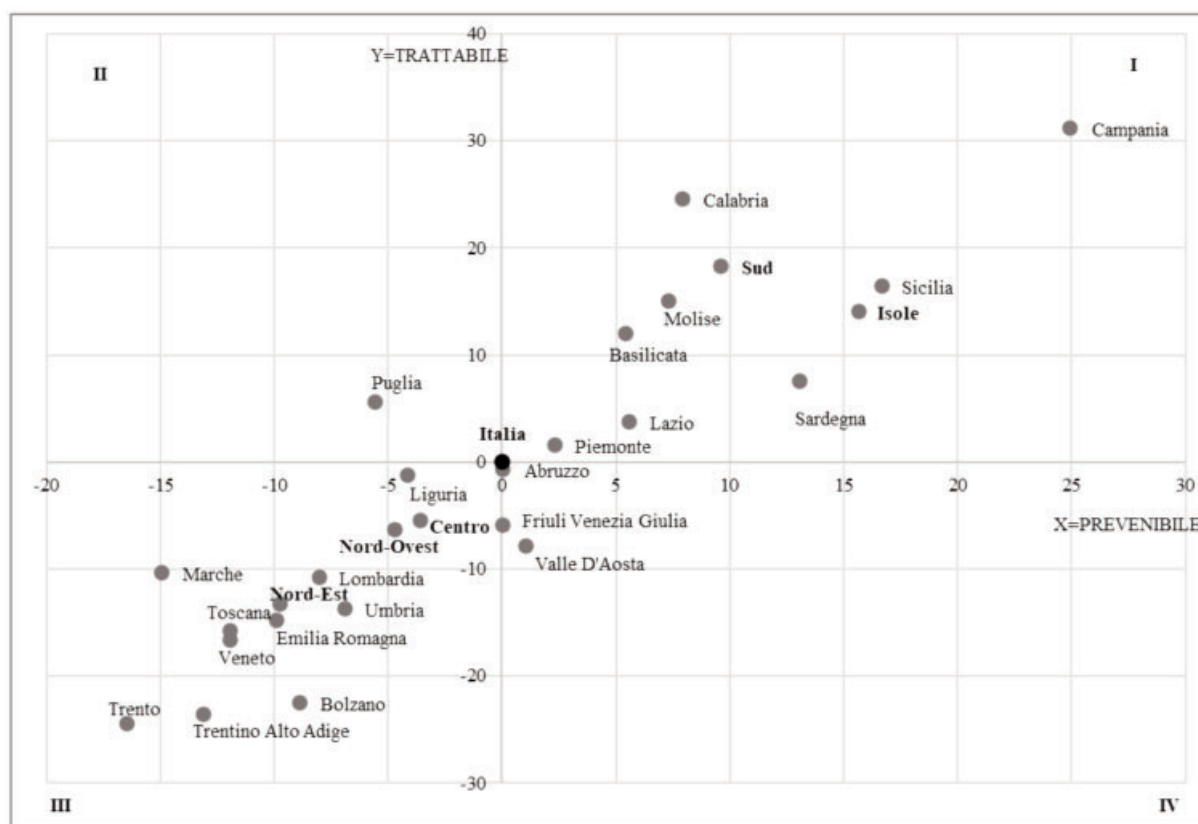
Grafico 3 - (segue) Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità evitabile, prevenibile e trattabile nella popolazione di età 0-74 anni per genere - Anni 2013-2022

Femmine



Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte" (4). Anno 2025.

Grafico 4 - Variazioni percentuali del tasso standardizzato di mortalità prevenibile e trattabile delle regioni e delle aree geografiche rispetto al tasso standardizzato nazionale di mortalità prevenibile e trattabile - Anno 2022



Fonte dei dati: Istat. "Indagine sui decessi e cause di morte" (4). Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi della mortalità evitabile fornisce una visione sintetica ma significativa dello stato di salute della popolazione italiana e dell'efficienza ed equità del sistema sanitario. La distinzione tra mortalità prevenibile e mortalità trattabile consente di individuare con maggiore accuratezza le aree critiche, permettendo di orientare gli interventi: sulla prevenzione primaria, quando la componente prevenibile è prevalente e sul miglioramento dell'accesso e della qualità delle cure, nel caso della componente trattabile.

I dati mostrano come, nonostante i miglioramenti registrati negli anni precedenti, la pandemia da COVID-19 abbia interrotto tali progressi, sottolineando la fragilità del SSN. Le marcate disuguaglianze di genere e territoriali evidenziano che non tutti i cittadini hanno uguale accesso alla prevenzione e alla cura. In questo contesto, emerge l'urgenza di attuare politiche sanitarie mirate, capaci di rafforzare la prevenzione primaria nei territori, di migliorare l'accessibilità, la tempestività e la qualità dell'assistenza sanitaria.

Riferimenti bibliografici

- (1) Revision of the European Standard Population. Report of Eurostat's task force, 2013 edition. Eurostat's Methodologies and working papers. Disponibile sul sito: <http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-13-028>.
- (2) Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version). Disponibile sul sito: www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf.
- (3) Eurostat Database, Disponibile sul sito: <https://ec.europa.eu/eurostat/en/data/database>. Causes of death, public health themes - Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex. Disponibile sul sito: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_cdeath.hlth_cd_pbt. Aggiornamento 10 Ottobre 2023.
- (4) Indagine su decessi e cause di morte, Istat. Disponibile sul sito: www.istat.it/informazioni-sulla-rilevazione/rilevazione-sulle-cause-di-morte.

Cronicità

L'invecchiamento della popolazione, ormai considerato un fenomeno inevitabile in molti Paesi sviluppati, comporterà verosimilmente nel tempo un incremento del numero di persone affette da patologie croniche non trasmissibili, nonché affette da multimorbidità. Questo fenomeno è particolarmente accentuato in Italia, il Paese tra i più anziani al mondo, con quasi un quarto della popolazione che ha più di 65 anni di età e una prolungata bassa fecondità. In questo contesto, la gestione della cronicità assume un ruolo centrale nelle politiche sanitarie.

Le malattie non trasmissibili (*Non Communicable Diseases*), ossia le patologie croniche, come le malattie cardiovascolari, il diabete, le malattie respiratorie croniche, i disturbi mentali, i disturbi neurologici o il cancro, sono responsabili dell'80% dell'onere delle malattie nei Paesi dell'UE e sono le principali cause di decessi prematuri evitabili (1). Le malattie e i decessi possono essere, infatti, prevenuti o ritardati con interventi di salute pubblica e individuale di prevenzione primaria (stili di vita sani) e secondaria (diagnosi precoce e terapia).

In tale scenario, la strategia globale dell'OMS è quella di promuovere la prevenzione, adottando stili di vita salutari a cominciare dall'infanzia in tutte le fasi della vita (*Life course approach*) e l'invecchiamento attivo (*Active Ageing*), strategie finalizzate anche a garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari. In particolare, per l'attuale decennio, l'OMS ha proposto azioni per sensibilizzare gli Stati e la società civile a collaborare per migliorare la vita degli anziani (Decennio dell'Invecchiamento in Buona Salute 2020-2030) e scongiurare il loro decadimento fisico e mentale (2).

In Italia, l'ultimo PNP 2020-2025, adottato con l'Intesa Stato-Regioni per contrastare la diffusione della cronicità, all'indomani dell'avvio della crisi pandemica, insiste sulla necessità di fare rete e ribadisce l'adozione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato, con la centralità della persona e della comunità. Ciò nella consapevolezza che la salute dipende sia da fattori biologici o comportamenti individuali, sia da fattori socio-economici. Il PNP vigente promuove, inoltre, l'approccio *One Health*, ossia una visione organica tra ambiente-animali-ecosistemi umani per governare i rischi per la salute, favorendo il raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile del pianeta (3).

L'Italia si è dotata di un ulteriore strumento di pianificazione per poter garantire una migliore gestione nella cura e assistenza dei pazienti con cronicità, con l'obiettivo di migliorare il loro quadro clinico e il livello di funzionalità, cercando di minimizzare la sintomatologia e prevenendo la disabilità e la perdita di autonomia. Il Piano Nazionale sulla Cronicità (PNC), già inaugurato nel 2016 dal Ministero della Salute e con l'ultimo aggiornamento del 2025, percorre strategie integrate allo scopo di: migliorare l'assistenza ai malati cronici; delineare azioni coordinate per prevenirne l'insorgenza; aggiornare le iniziative messe in campo; rendere più efficaci i servizi sanitari assicurando equità di accesso e riducendo le disuguaglianze sociali; indirizzare la gestione della cronicità verso un sistema che realizzi una progressiva transizione in un modello di rete che valorizzi sia il ruolo specialistico, sia tutti gli attori dell'assistenza primaria (4).

Inoltre, il PNC riconosce la multimorbidità come una delle maggiori sfide del nostro SSN. Attualmente, infatti, l'organizzazione dell'assistenza sanitaria continua a basarsi su un modello orientato alla singola patologia e, nonostante siano in campo nuove normative intese a superare questo approccio, il progresso delle ricerche in medicina tende comunque ad un'ulteriore specializzazione delle cure a scapito di un modello di cura che vede il paziente nella sua globalità e complessità di patologie varie e problematiche socio-sanitarie. La frammentazione dell'assistenza non comporta una condivisione del processo decisionale per la cura, che sarebbe invece appropriato e auspicabile in pazienti con multimorbidità (4).

La multimorbidità aumenta il rischio di insorgenza di disabilità e grave riduzione di autonomia, peggiorando notevolmente la qualità della vita. Come si può analizzare dalla fonte Istat utilizzata "Aspetti della vita quotidiana", che ha una notevole ricchezza informativa sulle varie dimensioni della vita quotidiana, l'impatto della multimorbidità sulla qualità della vita della popolazione anziana è evidente. Ad esempio, la quota di chi esprime un basso livello di soddisfazione¹ per la propria vita quasi raddoppia in caso di multimorbidità (19,1% a fronte del 10,4%) e, analogamente, per il grado di soddisfazione del proprio tempo libero² (36,1% vs 19,4%). Tra i più giovani fino a 44 anni l'impatto negativo appare ancora più marcato, sebbene nel complesso i tassi siano più contenuti: gli insoddisfatti per la propria vita sono il 6,7% tra le persone senza multimorbidità e raggiunge il 15,7% tra chi ne è affetto; la quota delle persone insoddisfatte della propria salute addirittura quintuplica in questa fascia di età (mentre per gli anziani è doppia tra chi ha problemi di multimorbidità).

¹Punteggio da 0 a 5 su una scala che va da 0 (giudizio più negativo) a 10 (giudizio più positivo).

²Poco o per niente soddisfatto.

Inoltre, dal punto di vista socio-demografico, i pazienti affetti da patologie croniche, e ancor più quando diventa multimorbidità, sono più spesso persone sole o che vivono al massimo con il *partner* (in coppia senza figli) riflettendo i contesti familiari tipici dell'età anziana. Secondo le stime Istat del 2023, circa il 33% delle persone anziane con multimorbidità vive da solo, con forti differenze di genere: la stima scende a 19,2% per gli uomini vs il 42,0% per le donne, poiché gli uomini anziani con problemi di multimorbidità vivono più spesso con la *partner* (53,6% vs 31,3% per le donne) che è il presumibile principale *caregiver*, se in migliori condizioni di salute. Ma se in passato le persone anziane con problemi di salute potevano avvalersi delle cure da parte di familiari più giovani, che vivevano più nelle loro prossimità, le dinamiche demografiche e sociali che si prospettano acuiranno sempre più le difficoltà di assistenza (5). La possibilità di avvalersi di servizi a pagamento (badanti che prestano assistenza agli anziani) è, peraltro, una soluzione che presenta già attualmente caratteristiche eterogenee sul territorio, anche nell'ambito della stessa regione, con tassi molto più elevati nelle province del Centro-Nord e anche in Sardegna, a differenza di quelle del Mezzogiorno, area in cui tra 20 anni l'età media supererà quella del Centro-Nord (5).

Riferimenti bibliografici

- (1) Disponibile sul sito: <https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseasesen>.
- (2) Disponibile sul sito: www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing.
- (3) Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.
- (4) Piano Nazionale delle Cronicità (Aggiornamento 2025).
- (5) Istat, Rapporto annuale 2025.

Prevalenza di alcune malattie croniche non trasmissibili autoriferite

Significato. Per descrivere il fenomeno della cronicità in Italia sono stati individuati, tra gli indicatori, quelli che descrivono la diffusione di alcune malattie croniche non trasmissibili che possono avere un impatto non solo a livello individuale, ma anche a livello sociale ed economico. Monitorare l'evoluzione di tali malattie è essenziale per comprendere la salute della popolazione al fine di allocare in modo efficiente le risorse mediche e finanziarie, per la loro prevenzione e il loro trattamento rivolto prevalentemente ad attenuare i sintomi o a rallentare lo sviluppo. Sono fornite stime di prevalenza, ovvero il numero di casi di una malattia o condizione presente in una popolazione

in un determinato momento, espresso come tasso per 100 persone residenti in Italia che vivono in famiglia. Nello specifico, sono fornite stime di prevalenza sia grezze che standardizzate per le seguenti patologie croniche autoriferite: ipertensione, malattie dell'apparato muscolo-scheletrico (artrosi/artrite e osteoporosi), malattie respiratorie (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale), diabete, malattie cardiache (infarto, angina pectoris e altre malattie del cuore), disturbi nervosi (disturbi psichici, insufficienza mentale, epilessia, parkinsonismo, demenze etc.)^{1,2}.

Prevalenza della malattia x

Numeratore	Persone che dichiarano di avere una malattia cronica x
Denominatore	Popolazione residente in famiglia

x 100

Validità e limiti. Le stime derivano dall'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della vita quotidiana" condotta su un campione di circa 25.000 famiglie intervistando circa 50.000 individui. Il campione è disegnato per produrre stime rappresentative a livello nazionale e con dettaglio ripartizionale e regionale (1). È, quindi, possibile confrontare il livello di cronicità tra le regioni e PA di Bolzano e Trento.

Tuttavia, alcuni studi hanno evidenziato che nelle indagini di popolazione (*Health Interview Survey*) la cronicità autoriferita tende ad essere sottostimata rispetto a indagini di popolazione che prevedono una valutazione medica (*Health Examination Survey*). Gli indicatori sanitari basati su misurazioni effettuate sulla popolazione generale includono, infatti, anche i casi non diagnosticati, fornendo spesso dati più accurati rispetto a quelli basati esclusivamente su informazioni auto-dichiarate o provenienti dal settore sanitario (2, 3).

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza della malattia cronica può essere considerata in riferimento al valore nazionale o alla regione con il valore più basso.

Descrizione dei risultati

L'indagine Istat Aspetti della vita quotidiana consente di monitorare annualmente alcune delle malattie croniche non trasmissibili che, oltre a rappresentare un rilevante problema di salute, com'è noto, influenzano

anche l'aspetto psicologico e sociale delle persone. Tra le patologie monitorate, quella maggiormente diffusa nella popolazione è l'ipertensione, che è un fattore di rischio importante per diverse malattie come infarto, ictus, insufficienza cardiaca e malattie renali. Nel 2023 sono circa 11 milioni le persone che dichiarano di soffrirne, pari al 18,9% dell'intera popolazione. Tra gli anziani si stima che una persona su due sia ipertesa (Tabella 1).

In termini di prevalenza, seguono le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, come artrosi, artrite e osteoporosi, riferite da quasi 10 milioni di persone (16,7%), di cui circa 6 milioni 500 mila sono *over 65* anni (46,3%). Alcune di queste malattie, pur avendo un basso livello di letalità, causano dolore, limitazioni funzionali e disabilità, con ripercussioni anche sulla qualità della vita e la partecipazione sociale soprattutto delle persone anziane. Tra le loro conseguenze, ad esempio le fratture, soprattutto quelle dell'anca e della colonna, possono infatti portare a disabilità permanenti e perdita di autonomia.

Il diabete si stima colpisca circa 3 milioni e 700 mila persone, pari al 6,3% della popolazione complessiva e può causare complicanze gravi come malattie cardiovascolari, insufficienza renale, cecità, soprattutto quando è mal trattato o non compensato. Tra gli anziani la quota aumenta al 17,8%.

Le malattie respiratorie come bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale

¹La dizione disturbi nervosi va intesa nel senso di disturbi psichici e, quindi, vanno comprese le psicosi (malattie mentali), le psico-nevrosi esaurimento nervoso, depressione nervosa, stati d'ansia etc.) e le insufficienze mentali (oligofrenia o frenastenia da cause congenite, perinatali o acquisite) e altri disturbi quali la perdita di memoria, il parkinsonismo, il morbo di Alzheimer e l'epilessia. A partire dal 2021 Parkinsonismo e Alzheimer/demenze senili sono rilevate separatamente e comunque riaccorpate incluse all'interno della categoria "disturbi nervosi".

²Le altre patologie rilevate annualmente nell'indagine come: tumori (incluso linfoma o leucemia), patologie dell'apparato digerente o urinario (quali cirrosi epatica, calcolosi del fegato e delle vie biliari, calcolosi renale, ulcera gastrica e duodenale), non sono stati esplorati in quest'analisi, anche per la bassa prevalenza delle singole patologie.

sono riferite da circa 3 milioni e 500 mila persone, pari al 6,1% della popolazione che aumenta al 12,5% tra gli anziani.

Nella graduatoria della diffusione seguono i disturbi nervosi (4,7%) dichiarati da circa 2 milioni e 700 mila persone che soffrono di disturbi psichici, insufficienza mentale, epilessia, parkinsonismo, demenze senili etc.. Nella popolazione anziana la quota aumenta all'11,2%.

Infine, le malattie cardiache, incluse tra quelle cardiovascolari che rappresentano la principale causa di morte, vengono riferite da circa 2 milioni e 500 mila persone pari al 4,3% della popolazione. La quota triplica tra gli anziani (12,1%).

Nella Tabella 1 si evidenzia l'entità delle differenze di genere nella diffusione delle diverse malattie croniche. Per le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico (artrosi, artrite e osteoporosi) le donne, com'è noto, sono molto più colpite rispetto agli uomini a tutte le età: nel 2023, complessivamente, ne soffre circa il 22,6% della popolazione femminile, mentre tra gli uomini la percentuale si dimezza al 10,5%. Anche i disturbi nervosi tendono ad essere più comuni nelle donne, specialmente a partire dai 55 anni (Grafico 1), con una prevalenza sul totale della popolazione del 5,5% vs il 3,8% degli uomini.

Tra le patologie più frequenti negli uomini, si rilevano le malattie cardiache, che colpiscono il 5,4% degli uomini vs 3,3% delle donne. In particolare, per gli uomini si osservano prevalenze più che doppie rispetto alle coetanee di età 55-64 anni (6,6% vs 2,4%) e 65-74 anni (13,8 vs 5,3%), mentre il divario si riduce tra gli *over 75* anni (18,4% vs 12,4%).

Anche il diabete è più comune tra gli uomini. Dichiara di soffrirne il 6,9% degli uomini vs il 5,7% delle donne. Il divario di genere tende ad aumentare con l'età a partire dai 55 anni.

La prevalenza dell'ipertensione è simile per entrambi i generi (circa 19%), sebbene per gli uomini il livello sia più alto delle coetanee prima dei 75 anni (Grafico 1). L'evoluzione temporale di tali malattie croniche è stata analizzata nell'arco di 20 anni tenendo conto del processo di invecchiamento della popolazione. I tassi *std*³ per età mostrano per le patologie dell'apparato muscolo-scheletrico (artrosi, artrite e osteoporosi) un andamento gradualmente decrescente (da 20,9% nel 2003 a 13,6% nel 2023); per le malattie respiratorie (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale) un trend decrescente fino al 2015 (da 7,1% nel 2003 a 5,3% nel 2015) e una stabi-

lizzazione intorno al 5,5% negli anni successivi (Grafico 2a, Grafico 2b). Si osserva, invece, un andamento pressoché costante delle prevalenze dei disturbi nervosi (circa 4%) e delle malattie cardiache (circa 4%). Aumenta la prevalenza dell'ipertensione fino al 2011 (da 13,6% nel 2003 a 15,4% nel 2011) e poi si stabilizza intorno al 16%. Anche il diabete in 20 anni tende ad aumentare passando da 4,2% nel 2003 a 5,3% nel 2023.

Dall'analisi territoriale della cronicità, condotta con tassi *std* per genere e classe di età, emerge che ci sono differenze significative tra le regioni.

L'ipertensione è più diffusa nelle regioni meridionali, con prevalenze più elevate in Molise (18,4%), Calabria (18,3%), Sicilia (18,2%), Campania (17,4%) e Puglia (17,2%). Al contrario, nelle PA di Bolzano e Trento si attestano i più bassi valori, intorno al 12% (PA di Bolzano 11,3% e PA di Trento 12,2%) (Grafico 3).

Per le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico (artrosi, artrite, osteoporosi) si osservano le più alte prevalenze nelle regioni del Sud e in Sardegna (16,0%), Sicilia (15,4%) ed Emilia-Romagna (15,7%). Invece, nelle PA di Bolzano e Trento si osservano valori intorno all'11% (Bolzano 9,7% e Trento 11,3%), così come in Veneto (10,7%).

La prevalenza delle malattie dell'apparato respiratorio (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale) assume valori intorno al 7% in Campania (7,0%) e Sicilia (6,7%), mentre i valori sono nettamente più bassi in Valle d'Aosta (3,8%), Marche (4,1%), PA di Bolzano (4,2%) e Calabria (4,3%).

Per il diabete, la prevalenza si attesta a circa il 7% in Calabria (7,5%) e Molise (7,3%), mentre nelle PA di Bolzano e Trento si dimezza con valori, rispettivamente, del 3,4% e del 3,2%.

La prevalenza dei disturbi nervosi varia in un range che va dal 5,3% dell'Umbria al 3,0% della PA di Trento seguita da Lombardia e Liguria entrambe con il 3,4%. Le malattie cardiache presentano un *range* di variazione territoriale di circa 3 p.p., con il minimo nella PA di Bolzano (1,8%) e il valore massimo in Emilia-Romagna (4,6%).

Guardando all'insieme delle malattie croniche analizzate, alcune regioni assumono valori sensibilmente più alti della media nazionale per almeno tre delle sei tipologie di malattie considerate come, ad esempio, Molise, Sicilia e Calabria, mentre all'opposto le PA di Bolzano e Trento assumono valori più bassi per almeno tre delle sei tipologie di malattie.

³Standardizzazione con il metodo diretto scegliendo la popolazione europea (Eurostat 2013) come popolazione standard.

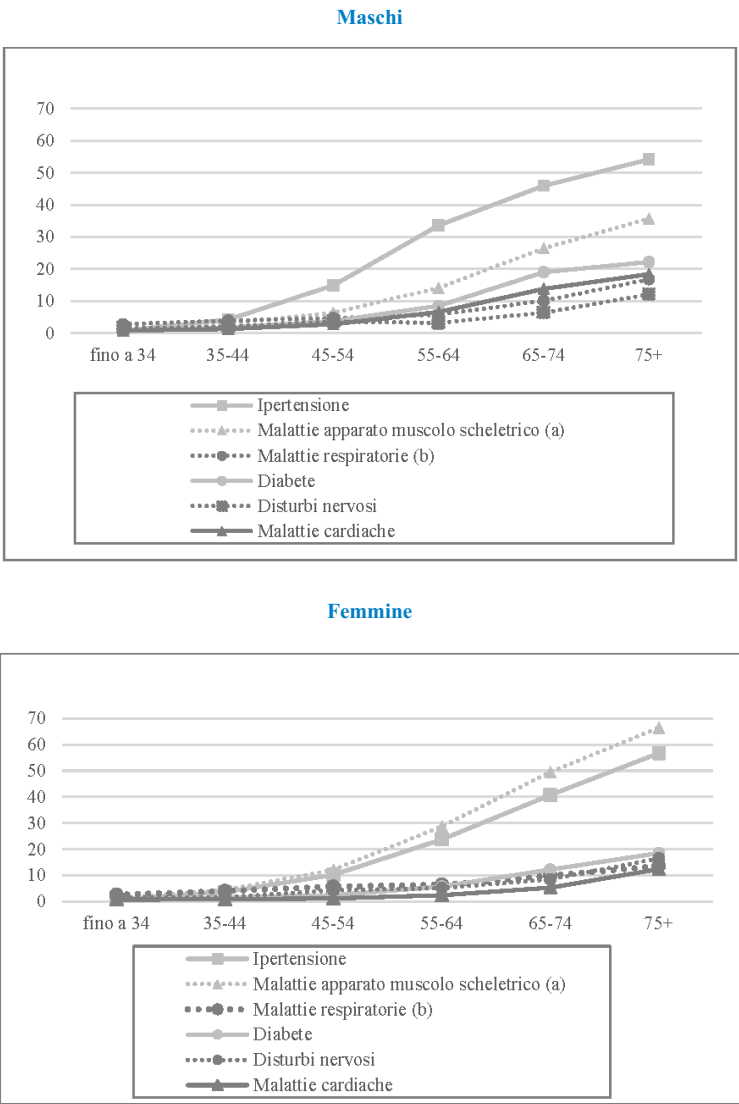
Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100 e valori assoluti) per ipertensione, artrosi, malattie respiratorie, diabete, disturbi nervosi e malattie cardiache per genere - Anno 2023

Alcune malattie	Maschi				Femmine				Totale			
	Totale	65+	Totale	65+	Totale	65+	Totale	65+	Totale	65+	Totale	65+
Ipertensione	19,1	49,8	5.460	3.092	18,8	49,4	5.608	3.864	18,9	49,5	11.068	6.956
Malattie apparato muscolo scheletrico ^a	10,5	30,8	3.011	1.910	22,6	58,7	6.749	4.593	16,7	46,3	9.760	6.503
Malattie respiratorie ^b	6,0	13,2	2	819	6,3	11,9	1.872	934	6,1	12,5	3.573	1.753
Diabete	6,9	20,5	1.966	1.272	5,7	15,6	1.702	1.222	6,3	17,8	3.668	2.494
Disturbi nervosi	3,8	9,1	1.084	563	5,5	12,8	1.641	1.006	4,7	11,2	2.725	1.568
Malattie cardiache	5,4	15,9	1.529	988	3,3	9,1	976	715	4,3	12,1	2.505	1.703

^aArtrosi/artrite/osteoporosi.
^bBronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale.

Fonte dei dati: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anno 2025.

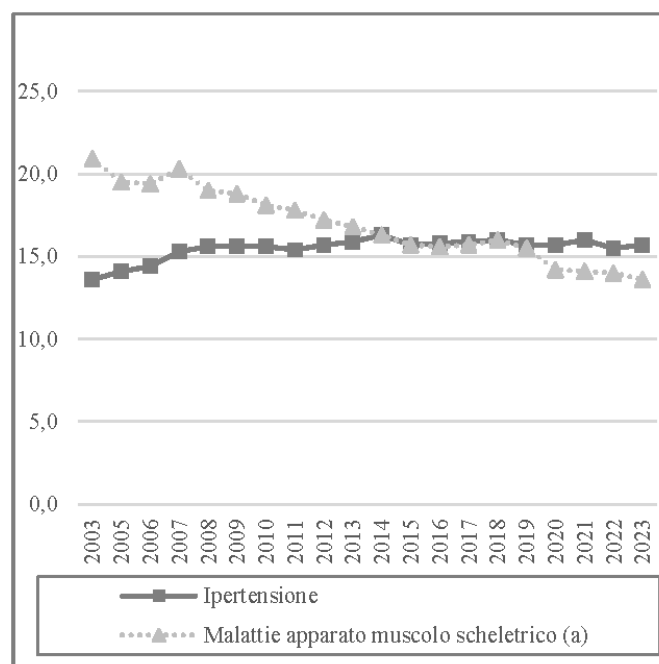
Grafico 2 - Prevalenza (valori per 100) di ipertensione, artrosi, malattie respiratorie, diabete, disturbi nervosi malattie cardiache per genere e classe di età - Anno 2023



^aArtrosi/artrite/osteoporosi.
^bBronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale.

Fonte dei dati: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anno 2025.

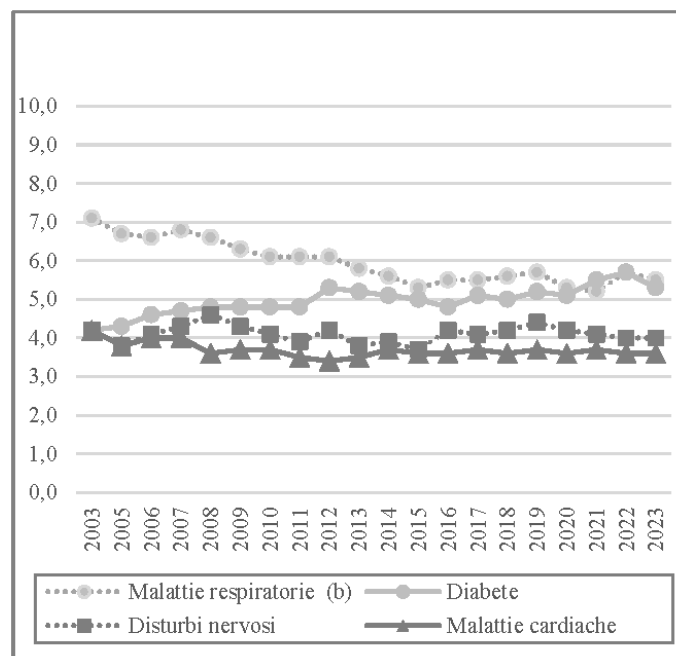
Grafico 2a - Prevalenza (valori per 100) di ipertensione e malattie dell'apparato muscolo-scheletrico (tasso standardizzato) - Anni 2003-2023



^aArtrosi/artrite/osteoporosi.

Fonte dei dati: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anno 2025.

Grafico 2b - Prevalenza (valori per 100) malattie respiratorie, diabete, disturbi nervosi e malattie cardiache (tasso standardizzato) - Anni 2003-2023



^bBronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale.

Fonte dei dati: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana. Anno 2025.

Grafico 3 - Prevalenza (valori per 100) di ipertensione, malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, diabete, disturbi nervosi, malattie respiratorie e malattie cardiache per regione (tasso standardizzato) - Anno 2023

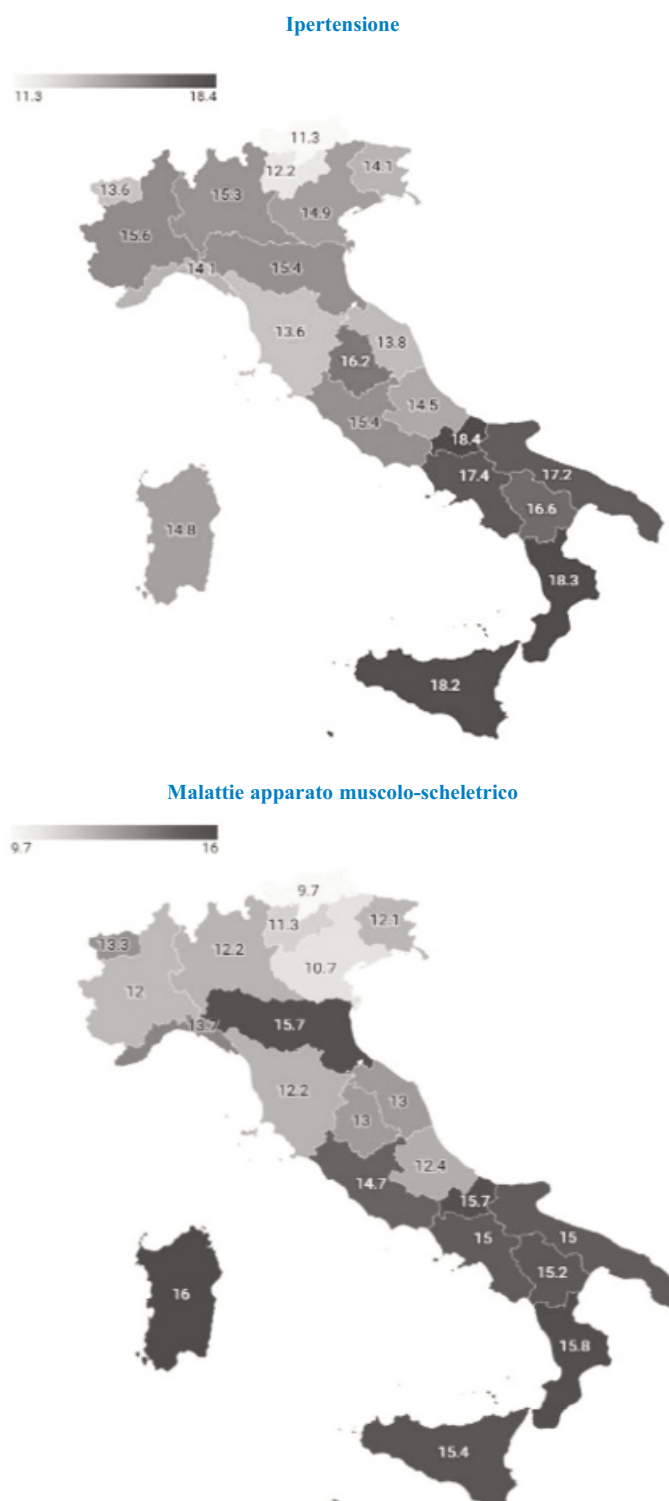


Grafico 3 - (segue) Prevalenza (valori per 100) di ipertensione, malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, diabete, disturbi nervosi, malattie respiratorie e malattie cardiache per regione (tasso standardizzato) - Anno 2023

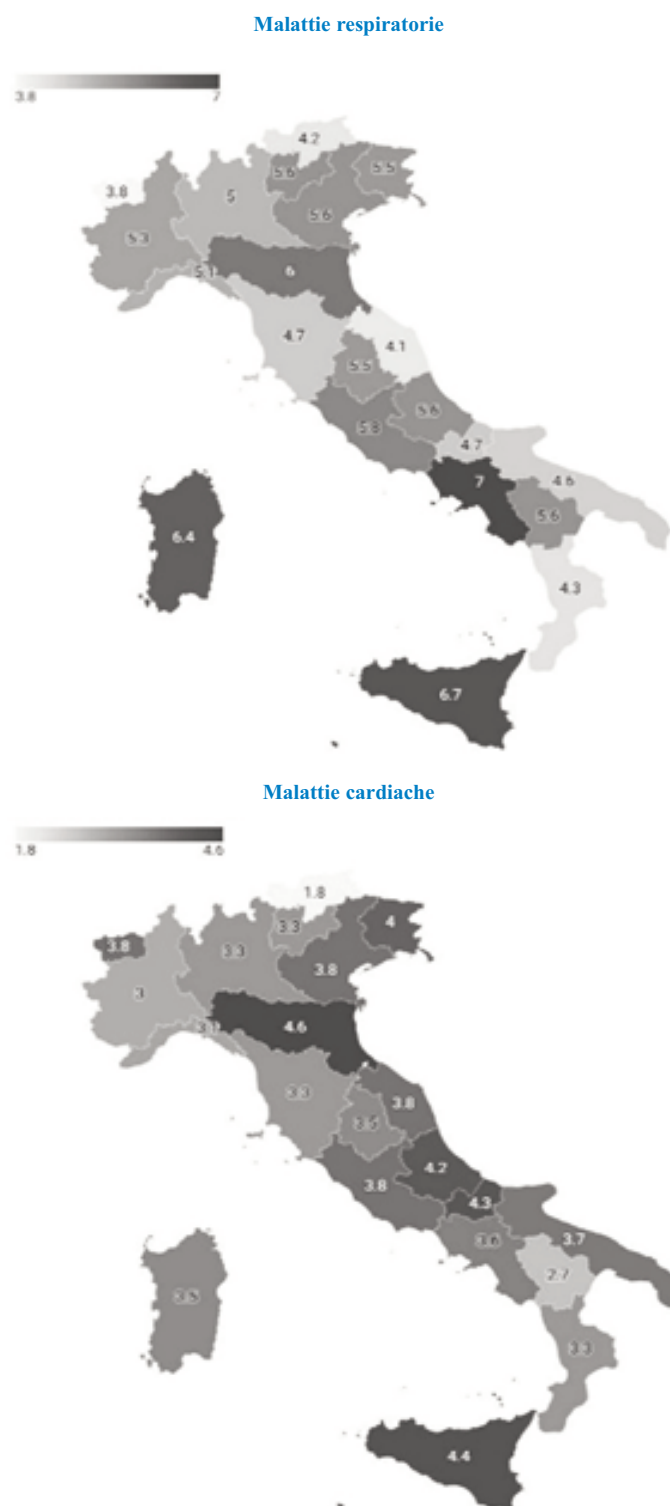
Diabete



Disturbi nervosi



Grafico 3 - (segue) Prevalenza (valori per 100) di ipertensione, malattie dell'apparato muscolo-scheletrico, diabete, disturbi nervosi, malattie respiratorie e malattie cardiache per regione (tasso standardizzato) - Anno 2023



Raccomandazioni di Osservasalute

L'Italia, come altri Paesi ad elevato livello di invecchiamento, è impegnata a contrastare la diffusione delle malattie croniche con politiche attive di prevenzione e cura. Si tratta, infatti, di malattie o condizioni che con interventi di prevenzione primaria, diagnosi

precoce e misure di Sanità Pubblica potrebbero essere posticipate nell'insorgenza, contenute nella loro gravità o anche del tutto evitate. La Commissione europea ha lanciato nel 2022 l'EU *Non-Communicable Diseases Initiative* 2022-2027 per sostenere gli Stati membri nell'attuazione di politiche mirate a ridurre

l'impatto delle principali malattie croniche non trasmissibili, migliorando salute e benessere. L'iniziativa si concentra sulla prevenzione, sulla condivisione di buone pratiche e sul rafforzamento della gestione integrata, della rilevazione precoce e dell'innovazione sanitaria, con scambio di esperienze tra Paesi membri. Al fine di prevenire le malattie croniche non trasmissibili è fondamentale continuare a promuovere sia l'adozione di uno stile di vita sano, che include alimentazione equilibrata, attività fisica regolare, limitazione del consumo di alcol e abolizione del fumo (prevenzione primaria) sia i controlli medici regolari per identificare precocemente le malattie e posticipare le eventuali complicanze (prevenzione secondaria).

In Italia, il PNP 2020-2025, cui si ispirano i singoli Piani di Prevenzione Regionali, ha sottolineato ancora più la necessità di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato, cercando di promuovere anche l'equità, viste le persistenti disuguaglianze territoriali della cronicità. Anche il Piano Nazionale della Cronicità è inteso a garantire un'assistenza di qualità, puntando a fornire Linee Guida per le principali patologie e protocolli per i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali.

Recentemente, alcuni esperti in malattie non trasmissibili affiliati all'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa, hanno individuato 25 interventi sanitari (*quick buys*) concreti basati sull'evidenza scientifica che possono contribuire individualmente e collettivamente ad affrontare l'enorme peso delle malattie croniche nella regione europea con impatti misurabili

sulla salute pubblica entro 5 anni (4). I *quick buys* coprono i principali fattori di rischio e gruppi di malattie: tabacco, alcol, alimentazione non sana, inattività fisica, malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie croniche e cancro. I risultati di questo lavoro non solo offrono una guida ai decisori politici che devono decidere interventi in linea con i cicli politici a breve termine, ma hanno anche il potenziale per accelerare i progressi verso gli obiettivi sanitari globali, in particolare l'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 2030 di ridurre di un terzo la mortalità prematura per malattie non trasmissibili.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat, Nota metodologica dell'Indagine Aspetti della vita quotidiana. Disponibile sul sito: www.istat.it/wp-content/themes/EGPbs5-child/microdata/download.php?id=%2F60%2F2023%2F01%2FNota.pdf.
- (2) H. Tolonen, P. Koponen, J. SMindell, S. Männistö, S. Giampaoli, C. M. Dias, T. Tuovinen, A. Gößwald, K. i Kuulasmaa; European Health Examination Survey Pilot Project. Under-estimation of obesity, hypertension and high cholesterol by self-reported data: comparison of self-reported information and objective measures from health examination surveys. Eur J Public Health. 2014 Dec;24(6):941-8. doi: 10.1093/eurpub/cku074. Epub 2014 Jun 6. PMID: 24906846.
- (3) H Rosendahl , CJ Lau , M Davidsen , O Ekholm , AI Christensen Validity of self-reported diseases from health surveys: comparisons with registry data in Denmark European Journal of Public Health, Volume 32, Issue Supplement_3, October 2022, ckac129.426, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.426>.
- (4) Galea, Gauden et al. Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases. The Lancet Regional Health - Europe, Volume 52, 101281, May 2025.

Prevalenza della multimorbilità

Significato. Con l'aumento progressivo della longevità e l'invecchiamento della popolazione, incrementa anche la cronicità e il numero di persone affette da multimorbilità, soprattutto tra i grandi anziani. L'indicatore di multimorbilità cui si fa riferimento è quello condiviso a livello internazionale dall'OMS, definito come la coesistenza di due o più condizioni croniche nello stesso individuo. La condizione di multimorbilità sottopone la persona che ne è affetta a un maggior rischio di fragilità e/o perdita di autonomia, anche solo per la maggiore complessità dei trattamenti farmacologici adottati per contrastare le diverse patologie. Le malattie croniche incluse nel calcolo dell'indicatore di multimorbilità sono quelle rilevate in una indagine Istat, che

tra i principali aspetti della vita quotidiana, monitora annualmente anche le condizioni di salute della popolazione. Si tratta, in particolare, delle seguenti patologie croniche autoriferite: ipertensione, malattie dell'apparato muscolo-scheletrico (artrosi/artrite e osteoporosi), malattie respiratorie (bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria e asma bronchiale), diabete, malattie cardiache (infarto, angina pectoris e altre malattie del cuore), disturbi nervosi (disturbi psichici, insufficienza mentale, epilessia, parkinsonismo, demenze senili etc.)¹, malattie dell'apparato digerente e urinario (cirrosi epatica, calcolosi del fegato e delle vie biliari, calcolosi renale, ulcera gastrica e duodenale) e tumore (incluso linfoma o leucemia).

Prevalenza di pazienti con multimorbilità assistiti dai Medici di Medicina Generale aderenti al network Health Search

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Persone che dichiarano almeno due malattie croniche}}{\text{Popolazione che vive in famiglia}} \times 100$$

Validità e limiti. La stima deriva dalle informazioni raccolte tramite la rilevazione campionaria dell'Istat, Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", che si ripete con cadenza annuale su un campione di circa 25.000 famiglie (per circa 50.000 individui) rappresentativo della popolazione nazionale e regionale. Tra i vantaggi, quindi, vi è il rigore scientifico del disegno campionario per assicurare stime robuste di copertura nazionale e regionale, con la comparabilità tra le regioni, anche nel tempo, potendo usufruire anche di una rete di rilevatori comunali formati in modo omogeneo sul territorio.

Tra i limiti non si può disconoscere quello relativo alla sottostima del fenomeno quando si tratta di informazioni derivanti da indagini di tipo *Health Interview Survey*, ossia rilevate mediante un questionario per intervista o per auto compilazione. Come evidenziato nel precedente paragrafo le *Health Interview Survey*, sebbene molto diffuse anche a livello europeo (ad esempio Indagine europea sulla salute), scontano nel nostro caso un rischio di sottostima (1, 2) che impatta anche sull'indicatore della multimorbilità rispetto a quelle di tipo *Health Examination Survey* in cui alle interviste si affiancano anche esami o visite di personale sanitario (medici etc.), più precise ma molto più costose.

Inoltre, l'indicatore risente della composizione della lista delle patologie: sebbene dal 2021 si sia arricchita, tenuto conto del forte invecchiamento della popo-

lazione con patologie quali ictus, depressione etc., i risultati saranno resi disponibili nelle prossime edizioni del Rapporto Osservasalute.

Anche considerando tutti i limiti della fonte Aspetti della Vita Quotidiana, essa resta preziosa per tali informazioni, non essendo facilmente reperibile un'altra fonte con analoga copertura rappresentativa dell'intera popolazione, e realizzata con metodologie omogenee su tutto il territorio da un Ente terzo, con una lunga serie comparabile per studiare l'evoluzione nel tempo e nello spazio di questo indicatore.

Valore di riferimento/Benchmark. La prevalenza della multimorbilità, sebbene sia un indicatore proposto a livello internazionale dall'OMS, non è facilmente comparabile tra i Paesi perché non è stata armonizzata la lista di patologie croniche cui fa riferimento. Pertanto, il valore di riferimento potrebbe essere rappresentato dal valore nazionale o da quello regionale più basso, tenendo conto della stessa distribuzione per età della popolazione (ossia prevalenza standardizzata), nella consapevolezza che la diffusione della cronicità aumenta con l'età.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, si stima che il 20,8%, dell'intera popolazione residente in Italia (che vive in famiglia)², presenti problemi di multimorbilità. L'andamento è fortemente crescente all'aumentare dell'età: la prevalenza passa

¹La dizione disturbi nervosi va intesa nel senso di disturbi psichici e, quindi, vanno comprese le psicosi (malattie mentali), le psico-nevrosi esaurimento nervoso, depressione nervosa, stati d'ansia etc.) e le insufficienze mentali (oligofrenia o frenastenia da cause congenite, perinatali o acquisite) e altri disturbi quali la perdita di memoria, il parkinsonismo, il morbo di Alzheimer e l'epilessia. A partire dal 2021 parkinsonismo e Alzheimer/demenza senile sono rilevate separatamente e comunque riaccorpate incluse all'interno della categoria "disturbi nervosi".

²L'indagine produce stime sulla popolazione che vive in famiglia, essendo esclusa la quota di popolazione (in Italia molto contenuta) che risiede in Istituzioni.

dal 2,8% tra le persone fino ai 34 anni, quadruplica tra i 45-54enni (12,5%), raddoppiando via via nelle due successive fasce di età decennali (25,4% tra i 55-64enni e 47,0% tra i 65-74enni), fino ad interessare quasi due anziani su tre tra gli *over 75* (64,3%).

Come già osservato in dettaglio per la maggior parte dei gruppi di patologie croniche, le donne sono più svantaggiate rispetto agli uomini per la maggiore prevalenza di multimorbidità, nonché per la maggiore precocità di insorgenza rispetto ai loro coetanei. Complessivamente, le differenze di genere si evidenziano intorno ai 50 anni. Ad esempio, già tra i 45-54enni per gli uomini la prevalenza si attesta al 10,9%, mentre tra le donne è del 14,1% e il *gap* aumenta a 5,0 p.p. tra i 55-64enni, a 6,3 p.p. nella fascia di età successiva e a ben 13,3 p.p. tra gli *over 75* anni (69,7% vs 56,4%).

Come si accennava, tra i vantaggi nell'uso di questa fonte di dati vi è la possibilità di disporre di una lunga serie storica dell'indicatore, che consente un'analisi della sua dinamica nel tempo oltre che sul territorio. Nei Grafici 2a e 2b è riportato l'andamento dei valori assoluti e quello delle prevalenze in corrispondenza degli anni 2003, 2013 e 2023.

I grafici mostrano, in modo eloquente, che in termini assoluti, in 20 anni, l'invecchiamento della popolazione ha comportato, come atteso, la crescita del numero di persone con multimorbidità, soprattutto tra le persone anziane (complessivamente si stima un aumento di 1,5 milioni di persone +25% circa, a parità di patologie considerate) e in particolare tra gli *over 75* anni (Grafico 2a). In parallelo, quando invece si considerano le curve di prevalenza per età messe a confronto a distanza di 10 e 20 anni, soprattutto per le donne, emerge una netta riduzione nel tempo delle stime, con traiettorie che pur mantenendo l'andamento crescente per età, mostrano nel tempo livelli di prevalenze sempre più basse almeno fino a 74 anni (Grafico 2b). Questa dinamica suggerisce che in 20 anni troverebbe conferma l'ipotesi di compressione dell'insorgenza di multimorbidità verso le età sempre più adulte e anziane, nonostante la possibilità di accedere a diagnosi più precoci anche per il miglioramento delle tecniche diagnostiche. Ciò si riscontra anche in altri indicatori di salute, come ad esempio la riduzione dell'autonomia, fenomeno che trova spiegazione soprattutto nel complessivo miglioramento delle condizioni di salute e di vita. Questo è stato favorito dal maggiore ricorso ai tre livelli di prevenzione, dall'accessibilità alle cure garantita dal principio universalistico del nostro SSN a partire dagli anni Ottanta, nonché dal miglioramento del livello di istruzione, che ha portato a una maggiore aderenza terapeutica e a una migliore capacità reddituale, contribuendo progressivamente all'ampliamento delle coorti di 50enni e anziani.

A livello territoriale, si conferma il noto gradiente Nord-Sud ed Isole anche per il fenomeno della multi-

morbilità, considerando i tassi grezzi, con il Nord che si attesta ad una quota del 19,8% significativamente inferiore alla media nazionale e alla prevalenza che si registra nel Mezzogiorno pari a 22,6%, nel 2023. La ripartizione con la più bassa prevalenza di multimorbidità è comunque il Nord-Est con il 19,4%, seguito dal Nord-Ovest con il 20,1%, dal Centro con il 20,2%, dal Sud con il 22,0% e dalle Isole dove si raggiunge il 23,8%. Similmente, accade nella popolazione anziana, sempre considerando la prevalenza grezza: il valore minimo del Nord-Est è pari al 50,6%, nel Nord-Ovest la quota si attesta al 54,1%, nel Centro al 55,3%, nel Sud al 59,8% al Sud e nelle Isole raggiunge il 62,2%, dove come sempre si registra il valore massimo. Tale divario permane anche quando si fanno i confronti territoriali, depurando i tassi dalla diversa distribuzione per età della popolazione. Infatti, il tasso std per età e genere (standardizzazione con la popolazione europea del 2013) conferma il gap di circa 3 p.p. tra Nord e Mezzogiorno nel complesso della popolazione e di circa 8 p.p. considerando gli *over 65* anni, sempre a vantaggio del Nord.

È interessante analizzare i livelli di multimorbidità in queste aree territoriali, anche tenendo conto dell'effettiva prevalenza grezza per genere e grandi classi di età, per individuare in quali gruppi di età si accentuano tali disuguaglianze territoriali e capire come si articola sul territorio la domanda di salute connessa alla multimorbidità. Dall'analisi del Grafico 3, si evince che per tutte le fasce di età considerate, senza tener conto della distinzione per genere, nel Nord le prevalenze sono sempre significativamente più basse rispetto a quelle del Mezzogiorno. Ciò comincia già nella classe dei più giovani (fino a 44 anni), sebbene l'entità del fenomeno sia molto contenuta. Tra gli adulti di 45-64 anni, invece, è nella ripartizione del Centro che si rileva la più bassa prevalenza (16,3%) sia rispetto al Meridione (22,3%) che rispetto alla media Italia (18,9%), pur confermandosi al Nord una stima più bassa rispetto a quella del Mezzogiorno (17,5% vs 23,3%). Tra i cosiddetti giovani anziani (65-74enni) il divario territoriale comincia a diventare più marcato (+8,2 p.p.) con un Nord che si attesta a 43,4% a fronte del 51,6% di Sud ed Isole. Tra gli *over 75* anni il gap territoriale raggiunge infine quasi i 9 p.p. (61,3% vs 70,1%), nonostante la quota di popolazione molto anziana che risiede al Nord sia più elevata rispetto a quella del Mezzogiorno (+55%).

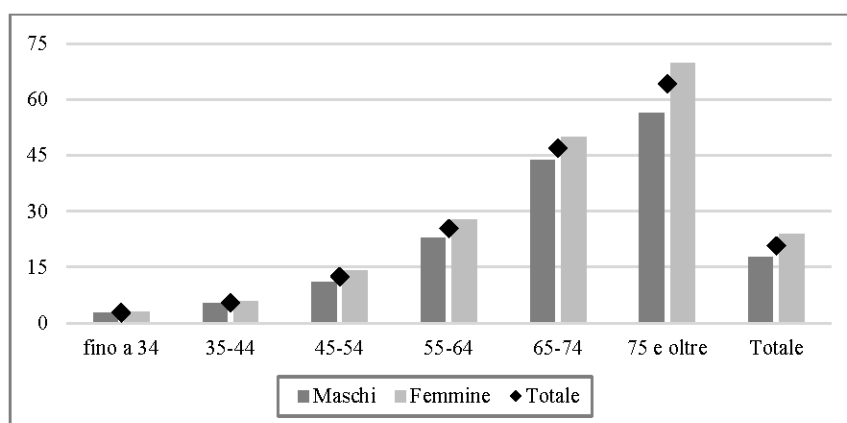
Scendendo ad un livello territoriale più fine, la Tabella 1 restituisce un quadro informativo per regione, sia sulla quota di persone con multimorbidità nel complesso della popolazione che sulla popolazione anziana, dove come è noto si concentra principalmente il fenomeno della multimorbidità (64,3% delle persone con multimorbidità appartiene alla classe degli *over 65* anni). Considerando le prevalenze grezze sull'intera popolazione, ossia non tenendo conto della diversa

struttura per età delle regioni, la stima più bassa si osserva nella PA di Bolzano dove si attesta a 13,1%, con marcate differenze di genere 9,5% per gli uomini e quasi il doppio per le donne (16,5%), seguita dalla PA di Trento con 17,1% (uomini 15,2% vs 19,0% donne). Il valore maggiore si registra in Molise raggiungendo il 26,5% (le donne molisane arrivano al 30,0 vs il 23,0% degli uomini). Il *range* della distribuzione della prevalenza grezza di multimorbidità per regione è pari a circa 13 p.p.. Prevalenze tra le più elevate si registrano anche in Sardegna (25,3%) e in Basilicata (24,2%). Le uniche regioni del Mezzogiorno che rientrano nell'intervallo di confidenza della media nazionale sono Abruzzo (20,9%) e Campania (21,1%), mentre tutte le altre presentano valori più alti. L'unica regione del Nord che mostra una prevalenza superiore al valore medio Italia è la Liguria con un valore del 22,6% mentre nel Centro è l'Umbria con il 23,8%. Il livello di eterogeneità del fenomeno tra le regioni si riduce quando nel confronto regionale si tiene sotto

controllo la diversa composizione demografica, ricorrendo ai tassi std per genere e classi di età, cosicché il *range* tra il tasso di multimorbidità della PA di Bolzano (12,3% valore minimo) e quello del Molise (20,8% valore massimo) si riduce a 8,5 p.p., ma comunque attesta il netto gradiente territoriale (Grafico 4).

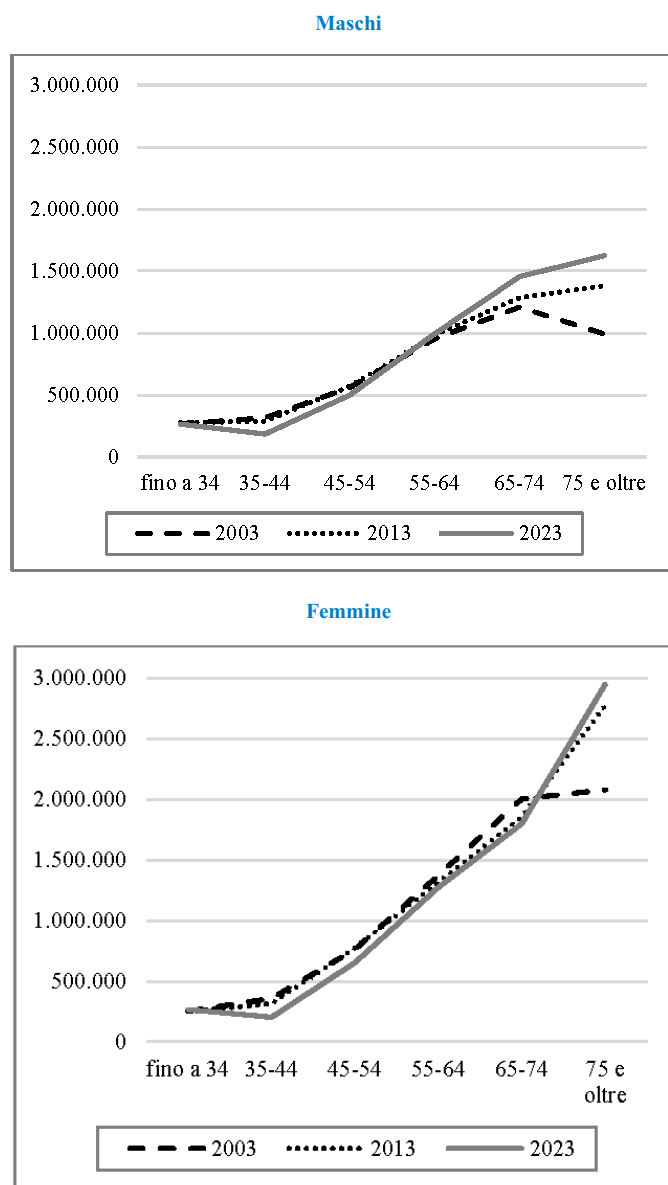
L'indicatore declinato per regione con riferimento al segmento della popolazione anziana conferma il valore più basso dei tassi grezzi nella PA di Bolzano con 36,5%, ma quello più elevato questa volta si riscontra in Campania con 62,3% a fronte di una media nazionale del 55,9%. In questo segmento di popolazione si osservano divari di genere superiori alla media nazionale sempre nella PA di Bolzano (26,3% vs 44,8%), ma anche nel Lazio (47,7% vs 67,4%), Basilicata (52,2% vs 69,1%), Calabria (53,5% vs 70,0%), Abruzzo (45,3% vs 60,4%) e Sicilia (55,5% vs 70,3%) (Tabella 1).

Grafico 1 - Prevalenze (valori per 100) di persone affette da multimorbidità per genere e classe di età - Anno 2023



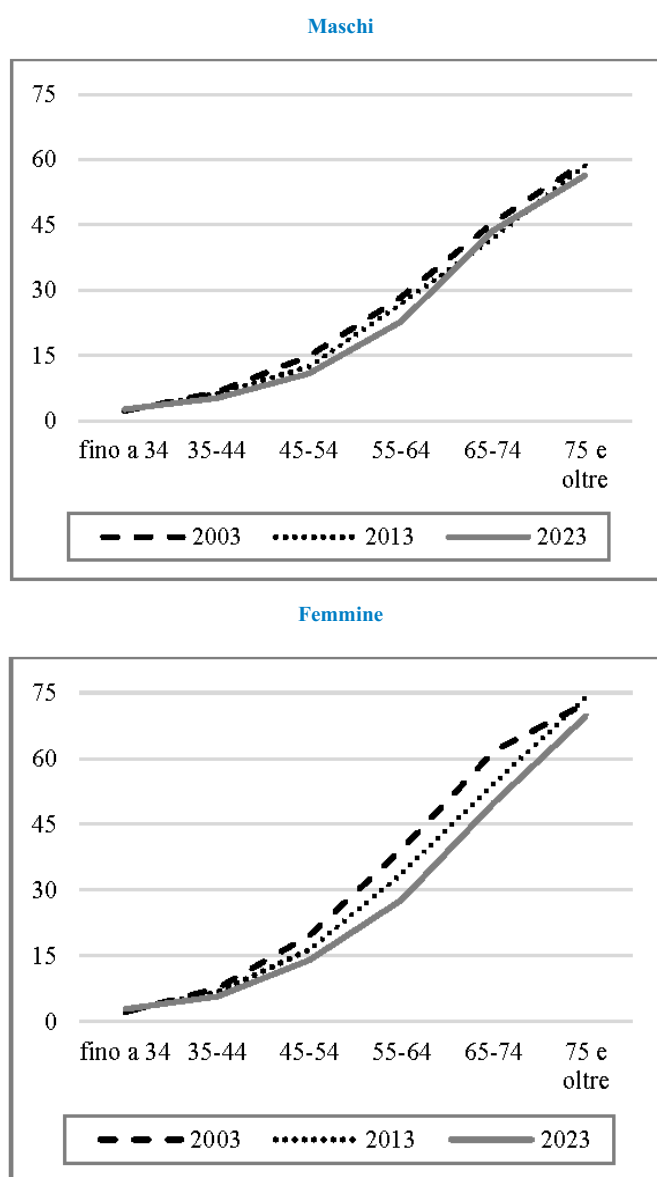
Fonte dei dati: Istat. Aspetti della Vita quotidiana. Anno 2025.

Grafico 2a - Stime (valori assoluti) di persone affette da multimorbilità per genere e classe di età - Anni 2003, 2013, 2023



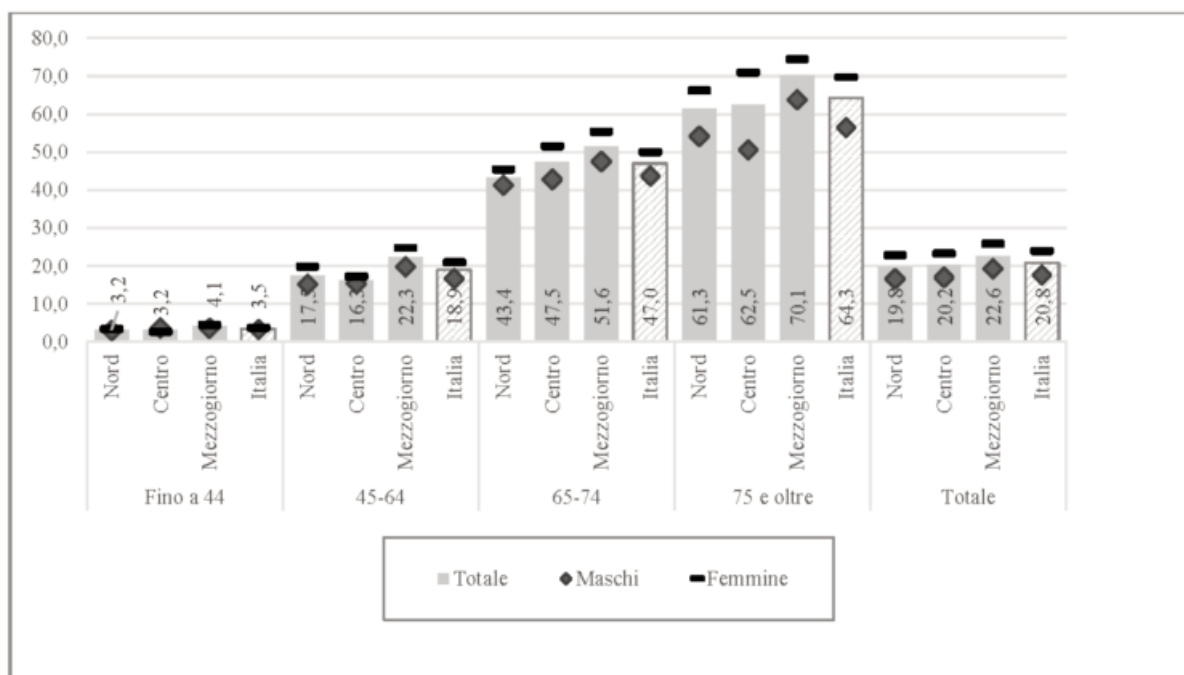
Fonte dei dati: Istat. Aspetti della vita quotidiana. Anno 2025.

Grafico 2b - Prevalenza (valori per 100) di persone affette da multimorbilità per genere e classe di età - Anni 2003, 2013, 2023



Fonte dei dati: Istat. Aspetti della vita quotidiana. Anno 2025.

Grafico 3 - Prevalenza (valori per 100) di persone affette da multimorbilità per classe di età, genere e macroarea - Anno 2023



Fonte dei dati: Istat. Aspetti della Vita quotidiana. Anno 2025.

Tabella 1 - Tasso (grezzo per 100) nella popolazione di età 65 anni ed oltre con multimorbilità (due o più patologie autoriferite) per genere e regione - Anno 2023

Regioni	Totale popolazione			Totale popolazione 65+		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	17,9	22,8	20,4	48,9	56,8	53,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	16,9	23,7	20,4	54,4	55,1	54,8
Lombardia	16,4	22,6	19,5	48,5	59,7	54,8
Bolzano-Bozen	9,5	16,5	13,1	26,3	44,8	36,5
Trento	15,2	19,0	17,1	43,5	50,1	47,2
Veneto	14,9	21,1	18,1	43,9	52,2	48,5
Friuli-Venezia Giulia	18,8	21,5	20,2	45,2	52,9	49,5
Liguria	18,1	26,8	22,6	48,2	59,7	54,7
Emilia-Romagna	17,8	25,4	21,7	50,4	58,8	55,1
Toscana	15,6	20,7	18,2	43,9	55,2	50,3
Umbria	20,7	26,7	23,8	50,1	63,6	57,8
Marche	17,1	21,7	19,5	47,0	58,3	53,3
Lazio	17,3	24,7	21,1	47,7	67,4	58,8
Abruzzo	16,7	25,0	20,9	45,3	60,4	53,5
Molise	23,0	30,0	26,5	57,5	64,4	61,3
Campania	17,9	24,1	21,1	58,6	65,1	62,3
Puglia	19,3	25,3	22,4	54,0	62,8	58,9
Basilicata	19,8	28,5	24,2	52,2	69,1	61,6
Calabria	19,8	27,6	23,8	53,5	70,0	62,6
Sicilia	20,1	26,3	23,3	55,5	70,3	63,7
Sardegna	22,3	28,2	25,3	51,2	60,7	56,5
Italia	17,6	23,9	20,8	49,6	60,8	55,9

Fonte dei dati: Istat. Aspetti della vita quotidiana. Anno 2025.

Prevalenza (standardizzata per 100) nella popolazione di età 65 anni ed oltre con multimorbilità per regione. Anno 2023



Raccomandazioni di Osservasalute

Il contrasto alla diffusione della cronicità, com'è ormai noto, richiede politiche socio-sanitarie sempre più integrate e la promozione della prevenzione a tutti i livelli. Le conseguenze dello squilibrio demografico

e dell'ulteriore progressivo invecchiamento della popolazione in Italia dei prossimi anni rispetto alla domanda di salute, di cura e assistenza non sono facilmente prevedibili nella loro effettiva entità.

Da una parte, a fronte del costante incremento della

quota di *over 65* anni, fino ad ora si è osservato che le coorti dei nuovi anziani, rispetto a quelle precedenti, essendo sempre più istruite sono più sollecite a fare prevenzione e orientate alla vita attiva per preservare gli anni da vivere in buona salute (3). Ciò potrebbe continuare anche nei decenni successivi, se comunque si continua a garantire un equo accesso alla prevenzione secondaria e terziaria. Dall'altra, resta indispensabile prevedere di adeguare i servizi di assistenza, rendendo concreta l'applicazione dei vari strumenti normativi messi in campo, perché con l'aumento dei contingenti di popolazione anziana e soprattutto molto anziana aumenta il bisogno di assistenza e cura da erogare con efficienti servizi sul territorio. Ciò tenuto anche conto del contesto socio-demografico che prevede l'assottigliamento delle reti familiari e, quindi, la riduzione di potenziali *caregiver* familiari, leva finora rilevante del nostro *welfare*. Basti pensare che le persone sole *over 65* anni a rischio di isolamento nei prossimi 20 anni aumenteranno del 40% (da 4 milioni a circa 6 milioni) (3). La base normativa, intesa a migliorare l'assistenza territoriale, ha avuto un'accelerazione all'indomani della crisi pandemica con il DM n. 77/2022 del Ministro della Salute, seguita dalla nuova normativa sull'assistenza agli anziani (Legge n. 33/2023 e D. Lgs. n. 29/2024). Ma il processo di avvio e realizzazione di una rete integrata di servizi socio-assistenziali a livello territoriale è ancora lento e molto diversificato tra le regioni. Peraltro, la garanzia dell'equità nell'accesso a tali servizi integrati dovrebbe trovare copertura anche all'interno di cia-

scuna regione, non discriminando i cittadini che vivono nelle aree interne, facendo anche leva sull'espansione delle nuove tecnologie di medicina telematica. Anche l'aggiornamento del Piano Nazionale di Cronicità del 2025, come abbiamo visto nell'introduzione al Capitolo, offre Linee Guida per attivare la nuova organizzazione della presa in carico del soggetto con problemi di cronicità e multimorbilità. La disponibilità di risorse adeguate rimane un tema attuale, non solo economiche, ma anche professionali, in un contesto che soffre già da anni la carenza di risorse umane con un basso *turn over* dei professionisti sanitari, e l'invecchiamento dei professionisti nell'ambito del nostro SSN (4).

Riferimenti bibliografici

- (1) H. Tolonen, P.Koponen, J. SMindell, S. Männistö, S. Giampaoli, C. M. Dias, T. Tuovinen, A. Gößwald, K.i Kuulasmaa; European Health Examination Survey Pilot Project. Under-estimation of obesity, hypertension and high cholesterol by self-reported data: comparison of self-reported information and objective measures from health examination surveys. Eur J Public Health. 2014 Dec;24(6):941-8. doi: 10.1093/eurpub/cku074. Epub 2014 Jun 6. PMID: 24906846.
- (2) H Rosendahl,CJ Lau,M Davidsen,O Ekholm,Al Christensen Validity of self-reported diseases from health surveys: comparisons with registry data in Denmark European Journal of Public Health, Volume 32, Issue Supplement_3, October 2022, ckac129.426, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.426>.
- (3) Istat, Rapporto Annuale 2025.
- (4) Istat, Rapporto sul Benessere Equo e Sostenibile 2024 (BES).

Malattie metaboliche

In Italia, le malattie metaboliche si mostrano tuttora in incessante aumento. Nello specifico, l'obesità e il diabete tipo 2, considerati gli attuali dati di prevalenza, costituiscono la principale criticità in tale ambito anche perché consistenti sono i costi sanitari e socio-economici ad essi associati. Al fine di valutare la reale efficacia delle numerose iniziative di prevenzione e gestione di tali patologie messe in atto a livello territoriale, risulta fondamentale il monitoraggio della morbidità, della mortalità e dei fattori di rischio ad esse associate.

Nel Capitolo di quest'anno vengono descritti i dati circa l'ospedalizzazione per diabete in regime di RO e di DH e la mortalità.

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione, nel corso del 2023 il tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere totali più alto si è registrato in Calabria, seguita da Molise, Puglia, Campania e Basilicata. Come per l'anno precedente, anche nel 2023 i maggiori tassi di ospedalizzazione in RO si rilevano in Molise, seguito da Puglia e Calabria, mentre quelli in regime di DH si registrano in Liguria, Campania e Calabria.

Per entrambe le tipologie di ricovero, dunque, la distribuzione dei valori rimane più elevata nelle regioni del Sud e nelle Isole, con qualche piccola eccezione per Marche, Lazio, Liguria ed Emilia-Romagna che presentano valori in linea con il Meridione.

Nel confronto dei dati dal 2005, primo anno in cui l'indicatore è stato costruito secondo il criterio attuale, al 2022, si conferma una costante diminuzione del tasso di dimissione per tutti i regimi di ricovero e sull'intero territorio nazionale: da 92,21 per 10.000 nel 2005 a 43,93 per 10.000 nel 2023.

Relativamente alle differenze di genere, per entrambe le tipologie di ricovero, i tassi std di dimissione ospedaliera sono maggiori negli uomini, con un rapporto nazionale di 1,76:1,00, leggermente superiore a quello del 2022.

In Italia, nel biennio 2021-2022, il tasso std di mortalità per diabete appare uguale negli uomini (3,59 per 10.000) e quasi identico nelle donne (2,65 vs 2,62 per 10.000). Relativamente al genere, nella fascia di età 65-74 anni, la mortalità per diabete è segnalata in lieve diminuzione negli uomini (6,35 vs 6,07 per 10.000), mentre si mantiene costante nelle donne (3,21 per 10.000). Come per il passato, questo segmento di popolazione sostiene la maggior parte dei decessi per diabete in Italia.

Il Capitolo si chiude con un *Box* relativo alla recente esperienza realizzata dal gruppo di studio sull'Obesità Infantile della Società Italiana di Diabetologia ed Endocrinologia Pediatrica sulla prevalenza della dislipidemia in una popolazione ambulatoriale di bambini e adolescenti con sovrappeso o obesità.

Nonostante siano ben noti e studiati i diversi fattori di rischio per le principali malattie metaboliche, la loro prevalenza nella popolazione si mantiene tuttora significativa. Al fine di ridurre morbidità e mortalità, occorre educare a comportamenti salutari le categorie di cittadini maggiormente a rischio, fornendo loro le risorse necessarie, al fine di ridurre il carico di malattia e mortalità ad esse correlato.

Ospedalizzazione di pazienti con diagnosi di diabete mellito

Significato. Il diabete mellito è una delle principali sfide sanitarie globali. L'OMS lo riconosce come una priorità per tutti i sistemi sanitari, data la sua diffusione crescente e la complessità di gestione che richiede un approccio integrato e multi-professionale coinvolgendo sia l'assistenza ospedaliera sia la medicina del territorio.

L'*International Diabetes Federation* ha stimato che, nel 2024, 589 milioni di adulti di età compresa tra 20-79 anni vivessero con il diabete. Nello stesso anno, risultavano oltre 9,5 milioni le persone affette da diabete di tipo 1, delle quali 1,9 milioni rappresentati da bambini e adolescenti di età <20 anni. Si prevede che entro il 2050 il numero di persone affette da diabete possa raggiungere gli 853 milioni (1).

In Italia, secondo i dati della Sorveglianza PASSI, nel biennio 2022-2023, poco meno del 5% della popolazione adulta di età 18-69 anni ha riferito una diagnosi di diabete. La prevalenza di persone con diabete cresce con l'età, con valori pari al 2% nelle persone con meno di 50 anni e quasi del 9% fra le persone di età 50-69 anni; è più frequente fra gli uomini rispetto alle donne (5,3% vs 4,4%) e nelle fasce di popolazione socio-economicamente più svantaggiate per istruzio-

ne o condizioni economiche (quasi del 16% fra chi non ha alcun titolo di studio o al più la licenza elementare e valori pari al 9% fra le persone con molte difficoltà economiche). Non si evidenzia un ampio gradiente geografico. Tuttavia, va segnalato che le prevalenze più alte della malattia si osservano in alcune regioni meridionali (2).

I tassi mediani standardizzati di ospedalizzazione per patologie croniche (diabete, asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva e scompenso cardiaco) sono relativamente differenti: il diabete è in posizione intermedia, rispettivamente, con 29,8 ricoveri per 100.000 abitanti in persone con età ≥15 anni per il diabete tipo 2, e 7,0 ricoveri per 100.000 per il diabete tipo 1 (quest'ultimo calcolato su tutta la popolazione). Nel 2022, la spesa annua sostenuta per l'ospedalizzazione di soggetti con le patologie croniche considerate è risultata essere pari a 445,3 milioni di €, dei quali il 15,1% riferita al diabete tipo 2 e l'1,9% al diabete tipo 1 (3). Appare dunque fondamentale individuare indicatori che possano misurare la qualità dell'assistenza al cittadino diabetico. Esaminando i dati sui ricoveri per diabete (RO e DH) si possono acquisire rilevanti informazioni circa la qualità dei servizi erogati.

Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti con diagnosi di diabete mellito

$$\text{Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti con diagnosi di diabete mellito} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 10.000$$

Dimissioni ospedaliere di pazienti con diagnosi di diabete mellito

Popolazione media residente

Validità e limiti. Come negli anni precedenti, l'indicatore è stato costruito considerando tutte le dimissioni con codice ICD-9-CM 250, identificativo del diabete, presente nella diagnosi principale o in quelle secondarie, con almeno un ricovero nell'anno in esame. È stato considerato, per ogni anno, solo il primo ricovero del paziente.

Il limite di questo indicatore è rappresentato dal fatto che il denominatore è costituito dalla popolazione residente; più appropriato sarebbe, qualora fossero disponibili i dati, costruire un tasso specifico con al denominatore il numero totale di cittadini diabetici, consentendo così una stima rappresentativa della diversa prevalenza di ospedalizzazione per patologia nelle diverse regioni.

Un altro limite è dato dalla sottonotifica delle diagnosi secondarie di diabete nella SDO. Tale *bias* potrebbe, peraltro, seguire precisi pattern geografici ed inficiare così i confronti tra regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento è stata considerata la media delle 3 regioni (Lombardia, PA di Trento e Piemonte), con i più bassi

tassi di dimissioni totali per diabete mellito nel 2023, sia in regime di RO che in DH, che risulta pari a 28,20 per 10.000 (Tabella 1).

Descrizione dei risultati

Nel 2023 il tasso (std per 10.000) di dimissioni ospedaliere totali più alto si evidenzia in Calabria, seguita da Molise, Puglia, Campania e Basilicata (Tabella 1). Nel 2023, come per l'anno precedente, i tassi più alti di ospedalizzazione in RO si rilevano in Molise, seguito da Puglia e Calabria (Tabella 2). In regime di DH, i tassi più alti si registrano in Liguria, seguita da Campania e Calabria (Tabella 3).

La distribuzione dei valori per entrambe le tipologie di ricovero rimane, comunque, più elevata nelle regioni del Sud e nelle Isole, ad eccezione di Lazio, Liguria ed Emilia-Romagna, che presentano valori in linea con il Meridione (Tabella 1).

A livello nazionale, per il 2023, si assiste ad una diminuzione dei livelli di ospedalizzazioni in RO; il tasso di ospedalizzazione in regime di DH è invece stabile rispetto all'anno precedente. I valori rimangono, comunque, al di sotto dei valori attesi sulla base del-

l'andamento pre-pandemico.

Confrontando i dati dal 2005, primo anno in cui l'indicatore è stato costruito considerando tutte le dimissioni in cui fosse presente il codice ICD-9-CM 250, al 2022, si conferma una costante diminuzione del tasso di dimissione per tutti i regimi di ricovero e sull'intero territorio nazionale, passando dal 92,21 per 10.000 del 2005 al 43,93 per 10.000 del 2023.

Per quanto riguarda la distribuzione per genere, nel 2023, il tasso di dimissioni ospedaliere in regime di RO è stato più elevato in Molise sia per gli uomini che

per le donne, mentre è risultato più basso per entrambi i generi in Lombardia, così come descritto per l'anno precedente (Tabella 2).

Le dimissioni in regime di DH sono state più elevate in Calabria per gli uomini ed in Liguria per le donne e più basse in Lombardia per entrambi i generi, esattamente come nel 2022 (Tabella 3).

Per entrambe le tipologie di ricovero i tassi std di dimissione ospedaliera sono maggiori negli uomini, con un rapporto nazionale di 1,76:1,00, leggermente superiore a quello del 2022.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, di pazienti con diagnosi principale o secondaria di diabete mellito per genere e regione - Anni 2021-2023

Regioni	2021			2022			2023		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	44,71	26,30	34,63	42,92	25,34	33,26	41,04	23,73	31,63
Valle d'Aosta	62,64	38,92	49,77	65,48	39,08	50,95	58,09	29,99	42,87
Lombardia	37,61	19,72	27,82	35,38	18,20	25,95	33,98	17,34	24,92
Bolzano-Bozen	48,69	28,57	37,93	45,90	25,52	34,80	40,65	26,10	32,79
Trento	42,62	23,46	32,17	39,32	23,35	30,62	35,88	21,34	28,03
Veneto	51,33	27,03	38,05	46,75	24,13	34,38	44,23	23,66	33,09
Friuli-Venezia Giulia	62,86	31,30	45,37	54,67	27,26	39,50	53,23	25,68	38,01
Liguria	65,84	38,27	50,57	65,45	38,05	50,19	62,68	37,01	48,42
Emilia-Romagna	65,27	37,52	50,08	60,57	34,97	46,53	57,67	33,27	44,36
Toscana	62,04	35,28	47,34	57,58	32,21	43,58	53,76	30,75	41,17
Umbria	49,17	28,40	37,85	46,73	27,32	36,08	46,74	26,25	35,52
Marche	68,06	38,17	51,83	70,70	40,44	54,15	69,81	38,56	52,75
Lazio	65,81	38,41	50,65	65,26	38,56	50,48	63,61	37,73	49,31
Abruzzo	73,23	41,00	55,72	73,56	43,49	57,21	77,59	42,30	58,52
Molise	87,11	53,34	69,03	86,13	52,37	67,99	87,72	48,47	66,94
Campania	80,29	46,14	61,70	79,55	47,17	61,92	80,02	46,05	61,59
Puglia	77,88	47,44	61,37	76,28	46,35	60,04	79,36	47,15	61,89
Basilicata	75,01	47,87	60,62	75,35	47,93	60,73	74,72	46,72	59,78
Calabria	77,95	47,70	61,85	84,27	50,93	66,40	86,76	50,87	67,59
Sicilia	70,46	42,43	55,19	70,05	42,55	55,00	70,68	41,91	55,06
Sardegna	58,99	35,22	46,07	54,86	32,32	42,68	53,77	31,90	41,98
Italia	60,35	34,54	46,26	58,44	33,61	44,85	57,40	32,65	43,93

Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Tabella 2 - Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati per regime di Ricovero Ordinario, di pazienti con diagnosi principale o secondaria di diabete mellito per genere e regione - Anni 2021-2023

Regioni	2021			2022			2023		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	42,20	24,87	32,73	40,07	23,71	31,09	38,21	22,39	29,61
Valle d'Aosta	59,14	37,31	47,34	60,85	34,75	46,49	51,06	26,79	37,94
Lombardia	36,98	19,43	27,37	34,76	17,89	25,50	33,39	17,02	24,48
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>46,64</i>	<i>27,31</i>	<i>36,32</i>	<i>43,97</i>	<i>24,58</i>	<i>33,41</i>	<i>39,16</i>	<i>25,17</i>	<i>31,60</i>
<i>Trento</i>	<i>40,59</i>	<i>22,31</i>	<i>30,59</i>	<i>36,82</i>	<i>22,34</i>	<i>28,89</i>	<i>33,69</i>	<i>20,84</i>	<i>26,69</i>
Veneto	49,93	26,44	37,08	45,11	23,61	33,34	42,95	23,06	32,18
Friuli-Venezia Giulia	58,79	29,53	42,59	50,80	25,23	36,66	48,81	23,76	34,96
Liguria	55,60	31,11	42,01	55,48	30,79	41,72	52,81	29,93	40,08
Emilia-Romagna	63,01	36,45	48,49	58,21	33,89	44,87	55,69	32,11	42,83
Toscana	57,14	32,43	43,55	52,97	29,54	40,04	49,26	27,81	37,52
Umbria	47,03	27,15	36,23	44,49	26,03	34,37	44,66	25,21	34,02
Marche	60,35	34,04	46,06	62,29	35,62	47,70	60,97	33,76	46,12
Lazio	56,93	32,22	43,26	56,80	32,89	43,56	55,83	32,00	42,67
Abruzzo	68,17	38,34	51,98	66,09	38,96	51,35	69,28	38,16	52,45
Molise	82,04	50,82	65,31	80,36	49,39	63,72	82,95	46,23	63,54
Campania	70,61	40,83	54,40	69,19	41,55	54,16	69,73	40,17	53,72
Puglia	76,26	46,60	60,17	74,80	45,49	58,89	77,58	46,14	60,52
Basilicata	70,23	45,86	57,32	70,66	45,45	57,25	69,93	44,32	56,29
Calabria	69,37	42,91	55,29	73,72	45,38	58,53	76,37	45,24	59,75
Sicilia	66,33	40,33	52,17	66,25	40,60	52,21	66,79	39,85	52,17
Sardegna	54,34	33,16	42,83	50,23	30,13	39,35	48,24	29,51	38,11
Italia	56,12	32,12	43,01	54,06	31,11	41,50	53,08	30,11	40,58

Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Tabella 3 - Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati per regime di Day Hospital, di pazienti con diagnosi principale o secondaria di diabete mellito per genere e regione - Anni 2021-2023

Regioni	2021			2022			2023		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	2,51	1,43	1,91	2,85	1,63	2,18	2,83	1,34	2,02
Valle d'Aosta	3,50	1,62	2,43	4,63	4,33	4,46	7,03	3,20	4,93
Lombardia	0,64	0,29	0,45	0,62	0,30	0,44	0,59	0,32	0,44
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>2,05</i>	<i>1,27</i>	<i>1,61</i>	<i>1,94</i>	<i>0,94</i>	<i>1,39</i>	<i>1,49</i>	<i>0,94</i>	<i>1,19</i>
<i>Trento</i>	<i>2,03</i>	<i>1,15</i>	<i>1,58</i>	<i>2,50</i>	<i>1,01</i>	<i>1,73</i>	<i>2,19</i>	<i>0,50</i>	<i>1,33</i>
Veneto	1,40	0,59	0,97	1,64	0,51	1,04	1,28	0,60	0,91
Friuli-Venezia Giulia	4,07	1,77	2,78	3,87	2,03	2,85	4,42	1,92	3,06
Liguria	10,24	7,16	8,56	9,97	7,26	8,47	9,86	7,08	8,35
Emilia-Romagna	2,27	1,07	1,60	2,36	1,08	1,66	1,99	1,16	1,53
Toscana	4,90	2,85	3,79	4,61	2,67	3,54	4,50	2,94	3,65
Umbria	2,14	1,25	1,62	2,24	1,28	1,71	2,08	1,04	1,50
Marche	7,71	4,13	5,77	8,41	4,82	6,45	8,85	4,81	6,64
Lazio	8,88	6,19	7,39	8,46	5,67	6,93	7,78	5,73	6,64
Abruzzo	5,06	2,66	3,74	7,47	4,53	5,86	8,32	4,15	6,07
Molise	5,07	2,52	3,72	5,78	2,98	4,28	4,77	2,24	3,40
Campania	9,68	5,31	7,30	10,36	5,62	7,76	10,29	5,88	7,88
Puglia	1,62	0,84	1,20	1,49	0,86	1,15	1,78	1,01	1,36
Basilicata	4,78	2,01	3,29	4,69	2,48	3,49	4,79	2,40	3,48
Calabria	8,58	4,79	6,57	10,55	5,54	7,87	10,39	5,63	7,84
Sicilia	4,13	2,10	3,02	3,80	1,95	2,79	3,89	2,06	2,89
Sardegna	4,65	2,05	3,24	4,63	2,20	3,32	5,53	2,39	3,86
Italia	4,23	2,43	3,25	4,38	2,50	3,35	4,32	2,54	3,35

Nota: i tassi sono stati standardizzati utilizzando i pesi della popolazione italiana del 2011.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. SDO - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Negli ultimi anni, i ricoveri per diabete mellito hanno mostrato una tendenza complessivamente stabile o in lieve diminuzione, grazie a una più diffusa applicazione delle Linee Guida nazionali e internazionali, e al progressivo rafforzamento dei modelli di gestione integrata tra cure primarie e specialistiche. Tuttavia, permane una significativa variabilità territoriale nell'organizzazione e nell'accesso ai servizi diabetologici.

Studi recenti evidenziano come, nonostante alcune buone pratiche e segnali di miglioramento, persistano disuguaglianze nell'assistenza diabetologica legate a fattori geografici, socio-economici e organizzativi (4, 5).

Il Piano Nazionale sul Diabete, aggiornato alla luce delle recenti esigenze sanitarie, sottolinea l'urgenza di rafforzare il modello di presa in carico integrata del paziente diabetico, promuovendo una reale sinergia tra Strutture Diabetologiche, Medicina Generale e Servizi di prevenzione. In tale contesto, risulta fondamentale garantire una distribuzione omogenea delle risorse umane, tecnologiche e organizzative, assicurando standard assistenziali uniformi su tutto il territorio nazionale. Investire nella gestione integrata territoriale del diabete rappresenta oggi non solo una strategia clinica efficace, ma anche un imperativo economico e sociale per ridurre i costi correlati alle complicanze e alle ospedalizzazioni evitabili. Accanto a ciò, è indispensabile promuovere programmi struttu-

rati di educazione terapeutica rivolti alle persone con diabete, volti a rafforzarne l'autogestione e l'aderenza terapeutica.

Infine, occorre sviluppare interventi di prevenzione primaria, con azioni di promozione della salute e stili di vita sani sin dall'infanzia, anche attraverso l'implementazione di percorsi educazionali all'interno delle scuole, per contrastare sovrappeso e obesità, fattori di rischio chiave nello sviluppo del diabete mellito tipo 2.

Riferimenti bibliografici

(1) International Diabetes Federation, IDF Diabetes Atlas 2025 - 11th edition.

(2) Istituto Superiore di Sanità - EpiCentro, Sorveglianza PASSI. Biennio 2022-2023. Disponibile sul sito: www.epi-centro.iss.it/passi/dati/diabete.

(3) Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica, 17th Italian Diabetes Barometer Report. Luglio 2024 Disponibile sul sito: www.siedp.it/pagina/1619/17th+italian+barometer+diabetes+report+2024.

(4) Bonora E, Cataudella S, Marchesini G, Miccoli R, Vaccaro O, Fadini GP, Martini N, Rossi E; under the mandate of the Italian Diabetes Society. Incidence of diabetes mellitus in Italy in year 2018. A nationwide population-based study of the ARNO Diabetes Observatory. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2021 Jul 22; 31 (8): 2.338-2.344.

(5) Pöhlmann J, Norrbacka K, Boye KS, Valentine WJ, Sapin H. Costs and where to find them: identifying unit costs for health economic evaluations of diabetes in France, Germany and Italy. *Eur J Health Econ.* 2020 Nov; 21 (8): 1.179-1.196.

Mortalità per diabete mellito

Significato. Il diabete mellito rientra ancora tra le prime dieci cause di morte al mondo, sebbene il suo impatto vari sensibilmente a causa delle differenze di prevalenza a seconda dell'area geografica, nella distribuzione per età e nel ruolo di altre cause di morte (1). Si stima che, nel 2024, circa 3,4 milioni di adulti di età compresa tra 20-79 anni siano deceduti a causa del diabete o delle sue complicanze. Ciò corrisponde al 9,3% dei decessi globali per tutte le cause in questa fascia di età (2). In Italia, il diabete è responsabile di circa il 3% dei decessi e rappresenta una delle principali cause di morte, soprattutto nella popolazione più

anziana. La mortalità per questa causa è caratterizzata da importanti differenze di genere e territoriali, differenze che si sono accentuate a partire dal 2020, anche per il considerevole aumento di decessi per effetto della pandemia di COVID-19.

Dal 2010 al 2021, la mortalità per diabete è aumentata del +18%, passando da 20.620 a 24.695 (3).

Monitorare la mortalità per diabete consente di valutare l'impatto della malattia nel tempo, identificare disuguaglianze geografiche o di genere e orientare interventi di Sanità Pubblica.

Tasso di mortalità per diabete mellito

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Decessi per diabete mellito}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

Validità e limiti. I dati sui decessi sono forniti dal sistema informativo territoriale su sanità e salute "Health for All-Italia", messo a disposizione dall'Istat.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento viene considerata la media, nel 2022, delle 3 regioni con i tassi di mortalità più bassi: per il genere maschile (Valle d'Aosta, PA di Bolzano e Friuli-Venezia Giulia), pari a 1,99 per 10.000, mentre per il genere femminile (Valle d'Aosta, PA di Bolzano e PA di Trento), pari a 1,43 per 10.000.

Descrizione dei risultati

I tassi std di mortalità per diabete, nel biennio 2021-2022, nel genere maschile sono costanti, mentre nel genere femminile si nota una piccola diminuzione pari a -0,03 p.p.. Analizzando i dati per fasce di età, in tutte si assiste ad una riduzione per entrambi i generi, fatta eccezione per la fascia di età 65-74, che nel genere femminile resta costante con un valore di 3,21 per 10.000, e per la fascia di età *over* 75 anni, che nel gene-

re maschile aumenta leggermente (da 28,52 a 29,06 per 10.000). Anche per questo biennio, come in passato, la fascia di età degli ultra 75enni è quella in cui si raggruppa la maggior parte dei decessi per diabete.

Nel confronto fra le regioni, confermando i dati dei precedenti 2 anni, si osservano le abituali differenze tra le diverse aree del Paese. Infatti, anche nel biennio considerato, sono le regioni meridionali ad essere interessate maggiormente dalla mortalità per diabete, in particolare Sicilia, Campania e Calabria. Per entrambi i generi si assiste ad un lieve decremento dell'indicatore nel corso del biennio. Al contrario, i tassi più bassi di mortalità si registrano nelle regioni del Nord; in particolare, per gli uomini, in Valle d'Aosta e nella PA di Bolzano, mentre per le donne nella PA di Bolzano e nella PA di Trento. Durante il biennio 2021-2022 il valore dell'indicatore ha subito un incremento nel genere maschile in Valle d'Aosta (1,57 vs 1,68 per 10.000) e nel genere femminile nella PA di Bolzano (1,25 vs 1,37 per 10.000). Per le femmine, nella PA di Trento, invece, si registra una lieve diminuzione del valore dell'indicatore (1,49 vs 1,37 per 10.000).

Tabella 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per diabete mellito per regione. Maschi - Anni 2021-2022

Regioni	2021					2022				
	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,50	1,54	5,98	22,22	2,93	0,45	1,79	5,17	23,64	2,99
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	4,12	12,90	1,57	0,00	0,00	0,00	18,83	1,68
Lombardia	0,23	1,27	3,78	19,04	2,36	0,28	1,33	3,98	21,53	2,64
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,00</i>	<i>1,07</i>	<i>5,01</i>	<i>12,98</i>	<i>1,85</i>	<i>0,00</i>	<i>1,03</i>	<i>4,12</i>	<i>14,04</i>	<i>1,85</i>
<i>Trento</i>	<i>0,24</i>	<i>1,78</i>	<i>3,68</i>	<i>18,94</i>	<i>2,38</i>	<i>0,49</i>	<i>0,75</i>	<i>4,31</i>	<i>20,18</i>	<i>2,53</i>
Veneto	0,35	1,55	5,85	23,01	2,99	0,18	1,34	5,37	22,80	2,89
Friuli-Venezia Giulia	0,10	1,56	5,37	20,29	2,65	0,31	1,42	5,16	17,92	2,44
Liguria	0,25	1,21	6,53	26,03	3,19	0,26	1,95	5,92	28,00	3,42
Emilia-Romagna	0,27	1,88	4,23	23,92	2,84	0,30	1,24	5,16	23,20	2,80
Toscana	0,27	1,40	4,46	24,29	2,85	0,38	1,26	4,22	24,22	2,83
Umbria	0,15	0,82	4,55	21,30	2,49	0,46	2,09	4,36	20,98	2,63
Marche	0,52	0,56	5,03	22,91	2,70	0,52	1,64	4,08	27,49	3,12
Lazio	0,45	1,63	5,98	29,71	3,61	0,50	1,96	5,39	29,68	3,58
Abruzzo	0,30	2,04	5,99	27,09	3,36	0,31	1,48	6,89	27,81	3,41
Molise	0,90	4,04	10,87	26,51	4,16	0,91	2,67	5,40	35,06	4,06
Campania	1,19	3,45	10,63	45,49	6,01	1,10	3,20	10,19	45,93	5,98
Puglia	0,60	2,31	7,49	38,68	4,70	0,47	1,58	6,79	37,66	4,44
Basilicata	0,49	3,70	5,26	37,27	4,26	0,74	1,70	6,42	37,23	4,22
Calabria	0,98	3,27	11,70	46,76	5,94	0,30	2,78	10,20	46,04	5,56
Sicilia	0,90	2,99	10,63	48,67	6,07	0,51	2,93	9,67	49,35	5,98
Sardegna	0,83	1,70	4,05	26,13	3,24	0,08	2,07	5,71	21,65	2,86
Italia	0,49	1,91	6,35	28,52	3,59	0,43	1,83	6,07	29,06	3,59

Fonte dei dati: Istat. Health for All-Italia. Anno 2025.

Tabella 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per diabete mellito per regione. Femmine - Anni 2021-2022

Regioni	2021					2022				
	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,06	0,52	2,85	20,92	2,02	0,09	0,63	2,22	21,20	1,96
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	0,00	2,56	17,59	1,71	0,98	0,00	0,00	16,39	1,54
Lombardia	0,16	0,40	1,73	17,83	1,65	0,18	0,40	1,84	18,27	1,69
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,00</i>	<i>1,07</i>	<i>0,76</i>	<i>13,17</i>	<i>1,25</i>	<i>0,00</i>	<i>0,78</i>	<i>0,75</i>	<i>14,50</i>	<i>1,37</i>
<i>Trento</i>	<i>0,24</i>	<i>0,75</i>	<i>0,96</i>	<i>15,99</i>	<i>1,49</i>	<i>0,00</i>	<i>0,24</i>	<i>0,95</i>	<i>16,20</i>	<i>1,37</i>
Veneto	0,20	0,51	2,33	20,68	1,94	0,03	0,37	2,23	20,09	1,86
Friuli-Venezia Giulia	0,20	0,54	1,25	16,36	1,52	0,10	0,42	1,53	19,53	1,78
Liguria	0,08	0,82	2,96	25,89	2,46	0,17	0,40	2,81	25,38	2,31
Emilia-Romagna	0,16	0,33	1,74	20,37	1,78	0,14	0,30	2,23	20,78	1,88
Toscana	0,20	0,36	2,91	23,16	2,15	0,07	0,35	2,52	24,55	2,21
Umbria	0,14	0,30	3,03	24,22	2,15	0,15	0,60	2,32	21,65	1,99
Marche	0,00	0,35	1,91	19,78	1,72	0,09	0,35	1,48	19,59	1,68
Lazio	0,22	0,79	3,42	26,91	2,62	0,14	0,57	2,78	26,12	2,45
Abruzzo	0,00	0,92	2,90	30,16	2,66	0,10	0,60	3,60	32,00	2,87
Molise	0,00	1,75	3,06	34,16	3,03	0,00	1,29	5,06	38,66	3,64
Campania	0,43	1,74	6,05	52,14	5,27	0,32	1,51	6,43	51,60	5,24
Puglia	0,23	0,92	4,04	39,82	3,79	0,20	1,16	3,79	36,85	3,57
Basilicata	0,00	0,70	1,72	39,72	3,27	0,73	0,69	3,67	43,64	3,82
Calabria	0,21	1,28	6,05	48,82	4,67	0,43	1,33	6,42	45,48	4,48
Sicilia	0,35	1,53	6,03	47,43	4,72	0,41	1,34	6,47	45,66	4,65
Sardegna	0,30	0,31	1,95	24,55	2,25	0,08	0,38	1,92	22,56	2,09
Italia	0,20	0,77	3,21	27,74	2,65	0,18	0,69	3,21	27,47	2,62

Fonte dei dati: Istat. Health for All-Italia. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati riportati, globalmente, mostrano una mortalità per diabete a livello nazionale pressoché costante tra il 2021 e il 2022 per entrambi i generi, caratterizzata da una lieve riduzione nelle diverse fasce di età, tranne che per gli uomini ultra 75enni.

Persistono ancora nette differenze a livello regionale. Alcune regioni meridionali continuano a presentare tassi di mortalità superiori a quelli delle altre regioni e in progressiva crescita. Le ragioni di tale situazione sarebbero imputabili, da un lato, alla perdurante scarsa disponibilità e all'organizzazione dei servizi, non sempre efficiente, e ciò renderebbe difficile ai cittadini usufruirne, e seguire correttamente i piani di cura prescritti. Tutto ciò troverebbe ulteriore conferma nei tassi di prevalenza della malattia più elevati proprio in alcune regioni meridionali.

Per quel che riguarda l'indicatore nelle diverse fasce di età, come per il passato, i tassi appaiono significativamente alti, in entrambi i generi, negli ultra 75enni. Tale situazione potrebbe essere dovuta a condizioni di fragilità così come alla presenza di co-morbidità asso-

ciate all'invecchiamento, oltre che ad un diverso livello di consapevolezza sul ruolo degli stili di vita individuali nella gestione della patologia (3).

È necessario, quindi, alla luce di tali evidenze, rendere tutta la popolazione sempre più consapevole della prevalenza e della gravità della patologia, sensibilizzandola nei confronti dei benefici per la salute derivanti da corretti stili di vita, per prevenire o ritardare l'insorgenza del diabete. Non meno importante appare supportare i pazienti nell'adozione di comportamenti salutari, unitamente all'eventuale trattamento farmacologico.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. Global health estimates. Disponibile sul sito: www.who.int/data/global-health-estimates.
- (2) International Diabetes Federation, IDF Diabetes Atlas 11th Edition - 2025.
- (3) Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica, 17th Italian Diabetes Barometer Report. Luglio 2024. Disponibile sul sito: www.siedp.it/pagina/1619/17th+italian+barometer+diabetes+report+2024.

Prevalenza della dislipidemia in una popolazione ambulatoriale di bambini e adolescenti con sovrappeso o obesità

Dott. Procolo Di Bonito, Dott.ssa Maria Rosaria Licenziati, Dott.ssa Anna Di Sessa, Dott.ssa Giuseppina Umano, Prof. Emanuele Miraglia Del Giudice, Prof.ssa Anita Morandi, Prof. Claudio Maffei, Prof.ssa Enza Mozzillo, Prof.ssa Maria Felicia Faienza, Dott. Giulio Maltoni, Dott.ssa Francesca Franco, Dott. Domenico Corica, Prof.ssa Małgorzata Gabriela Wasniewska, Dott.ssa Valeria Calcaterra, Prof.ssa Giuliana Valerio, Gruppo di Studio "Obesità Infantile" - Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica

L'Obesità (OB) pediatrica ha significative conseguenze sociali e di salute. In Italia la prevalenza di Sovrappeso (SP) e OB nei bambini è risultata del 28,8% nel 2023, con un'ampia variabilità regionale (1). La rilevanza di questo fenomeno ha un impatto negativo su diverse comorbidità associate all'OB, tra cui la presenza di dislipidemia, che rappresenta una delle condizioni di rischio per eventi cardiovascolari in età adulta. Pertanto, la misurazione dei livelli di lipidi nei bambini/adolescenti con OB fa parte delle indagini di screening a partire dai 6 anni di età.

In Italia, la prevalenza di dislipidemia in età pediatrica è stata prevalentemente analizzata in popolazioni scolastiche, mentre sono scarsi i dati relativi ai soggetti con SP/OB.

Poiché la morbidità cardiovascolare ha una relazione continua nella distribuzione del rischio, scopo del nostro studio è stato quello di analizzare la prevalenza di dislipidemia considerando sia i livelli *borderline* che quelli francamente elevati a digiuno di Colesterolo (C), HDL-C, Trigliceridi (TG) e LDL-C in base ai valori soglia proposti dal *National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute* (2) (Tabella 1) in un campione di 4.574 soggetti con SP/OB (età 6-18 anni) osservati consecutivamente dal 2003 al 2020 in 10 Centri per la cura dell'OB, paragonandoli a quelli misurati in 350 soggetti Normopeso (NP) nello stesso periodo. Le categorie di peso sono state definite secondo l'*International Obesity Task Force* (3), utilizzando i valori di IMC attuali corrispondenti a quelli dell'età adulta a 18 anni, come di seguito riportato: NP ($<25 \text{ Kg/m}^2$), SP ($\geq 25 < 30 \text{ Kg/m}^2$), OB ($\geq 30 < 35 \text{ kg/m}^2$) e Obesità severa (OS) ($\geq 35 \text{ kg/m}^2$).

Fra i 4.941 soggetti analizzati, 17 (0,3%) sono stati esclusi perché mostravano un valore di LDL $\geq 190 \text{ mg/dl}$ suggestivo di ipercolesterolemia familiare. Pertanto, le analisi sono state condotte nei rimanenti 4.924 soggetti (età media $11,0 \pm 2,6$ anni, 51,1% maschi, 48,9% femmine). Non vi erano differenze tra i generi per età e livelli medi di colesterolo, HDL-C e LDL-C, mentre i livelli di TG erano più alti nelle femmine. La prevalenza delle varie forme di dislipidemia (livelli di rischio *borderline* ed elevato) in base alle categorie di IMC è mostrata nella Tabella 2.

La dislipidemia associata a SP e OB mostra una prevalenza particolarmente elevata di ipo-HDL-C e iper-TG *borderline*, raggiungendo per entrambe le forme circa il 50% nella categoria di OS. Analogo risultato si osserva per il basso HDL-C e alti TG corrispondenti ad un valore soglia a rischio cardiovascolare elevato, con una prevalenza del 25% nella categoria di OS.

Poiché la dislipidemia associata all'OS è generalmente caratterizzata da un fenotipo misto (presenza di almeno due alterazioni lipidiche su quattro), abbiamo confrontato la prevalenza del fenotipo misto nei soggetti con SP/OB rispetto ai NP sia per i valori *borderline* sia per i valori alti. I soggetti con SP/OB mostravano una prevalenza del fenotipo misto del 45,8% (IC 95% 44,4-47,3) con una probabilità maggiore di 2,9 volte rispetto ai soggetti NP che presentavano una prevalenza del 22,9% (IC 95% 18,5-27,3). I soggetti con SP/OB avevano una prevalenza del fenotipo misto ad alto rischio cardiovascolare del 15,1% (IC 95% 2,8-7,5) con una probabilità maggiore di 3,3 volte rispetto ai soggetti NP che avevano una prevalenza del 5,1% (IC 95% 2,8-7,5).

A nostra conoscenza, questi sono i primi dati di prevalenza di dislipidemia in relazione alle fasce di rischio cardiovascolare in un ampio campione di bambini e adolescenti con SP/OB residenti in Italia. Essi confermano quanto indicato dal recente *Position Statement* della Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica (4) che considera l'OB pediatrica come una categoria a rischio cardiovascolare, in cui lo screening dei lipidi è raccomandato a partire dai 6 anni di età.

In conclusione, la dislipidemia più frequente nei bambini e adolescenti con SP/OB riguarda il basso HDL-C e gli alti TG, con un gradiente che aumenta con l'aumento della gravità dell'eccesso ponderale. Sia i livelli di alto C che di alto LDL-C risentono meno dell'incremento ponderale rispetto all'HDL-C e TG, poiché sono meno influenzati dall'insulino-resistenza. L'elevata prevalenza di soggetti soprattutto con valori *borderline* di HDL-C e TG impone un'attenta sorveglianza e l'adozione di una terapia nutrizionale e motoria per impedire il *tracking* di questi fattori di rischio nelle età successive.

Tabella 1 - Criteri di classificazione delle dislipidemie secondo il National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute - Anno 2011

Categoria	Rischio cardiovascolare <i>borderline</i>	Rischio cardiovascolare alto
Colesterolo (mg/dL)	170-199	≥200
HDL-C (mg/dL)	45≤40	<40
Trigliceridi (mg/dL)	75-99 (Età <10 anni), 90-129 (Età ≥10 anni)	≥100 (Età <10 anni), ≥130 (Età ≥10 anni)
LDL-C (mg/dL)	110-129	≥130

Fonte dei dati: Studio multicentrico italiano, Gruppo di Studio Obesità infantile, Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica. Anno 2025.

Tabella 2 - Prevalenza delle dislipidemie nelle categorie di Indice di Massa Corporea secondo i criteri dell'International Obesity Task Force - Anni 2003-2020

Dislipidemie	Normopeso N=350	Sovrappeso N=519	Obesità N=1.473	Obesità severa N=2.582	P (trend)
<i>Dislipidemie a rischio borderline</i>					
Iper-Col. <i>borderline</i>	22,6 (18,2-27,0)	32,6 (28,5-36,6)*	32,0 (30,0-34,3)*	32,0 (30,2-33,8)*	0,018
Iper-LDL-C <i>borderline</i>	12,9 (9,4-16,4)	20,4 (17,0-23,9)*	23,7 (21,5-25,9)^	24,4 (22,8-26,1)^	<0,0001
Ipo-HDL-C <i>borderline</i>	18,0 (14,0-22,0)	33,3 (29,3-37,4)^	42,8 (40,3-45,4)^	50,7 (48,8-52,7)^	<0,0001
Iper-TG <i>borderline</i>	21,7 (17,4-26,0)	36,0 (31,9-40,2)^	41,0 (38,5-43,5)^	51,8 (49,9-53,8)^	<0,0001
<i>Dislipidemie a rischio elevato</i>					
Iper-Col. alto	4,0 (2,0-6,0)	8,9 (6,4-11,3)*	9,2 (7,8-10,7)*	9,1 (8,0-10,2)*	0,022
Iper-LDL-C alto	2,6 (0,9-4,2)	7,5 (5,3-9,8)*	8,8 (7,3-10,2)^	9,6 (8,4-10,7)^	<0,0001
Ipo-HDL-C alto	10,6 (7,4-13,8)	16,6 (13,4-19,8)§	19,3 (17,3-21,4)^	25,8 (24,1-27,4)^	<0,0001
Iper-TG alto	8,3 (5,4-11,2)	14,1 (11,1-17,1)§	14,7 (12,9-16,5)*	24,1 (22,5-25,8)^	<0,0001

I dati sono espressi come % (IC 95%).

*p <0,001 vs normopeso.

^p <0,0001 vs normopeso.

§p <0,05 vs normopeso.

Fonte dei dati: Studio multicentrico italiano, Gruppo di Studio Obesità infantile, Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica. Anno 2025.

Riferimenti bibliografici

(1) Istituto Superiore di Sanità EpiCentro. OKkio alla SALUTE. Disponibile sul sito:

www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/indagine-2023-nazionale.

(2) National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute. Expert panel on integrated pediatric guideline for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents: summary report. *Pediatrics*. 2011; 128: S1-S446.

(3) Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes*. 2012; 7 (4): 284-94.

(4) Valerio G, Di Bonito P, Calcaterra V, Cherubini V, Corica D, De Sanctis L, Di Sessa A, Faienza MF, Fornari E, Iughetti L, Licenziati MR, Manco M, Del Giudice EM, Morandi A, Salerno M, Street ME, Umato GR, Wasniewska M, Maffei C. Cardiometabolic risk in children and adolescents with obesity: a position paper of the Italian Society for Pediatric Endocrinology and Diabetology. *Ital J Pediatr*. 2024; 50 (1): 205.

Antimicrobico-Resistenza

L'Antimicrobico-Resistenza (AMR) rappresenta una delle sfide più rilevanti e complesse per la Sanità Pubblica contemporanea. È ormai riconosciuta a livello globale come una delle principali emergenze sanitarie, capace di compromettere in modo significativo l'efficacia dei trattamenti antimicrobici, di aumentare la morbosità e la mortalità delle infezioni e di determinare un rilevante impatto economico e sociale. L'OMS la include tra le dieci minacce prioritarie per la salute globale, sottolineando come la progressiva perdita di efficacia degli antibiotici rischia di riportare la medicina moderna a un'era pre-antibiotica, in cui anche infezioni comuni o procedure mediche di *routine* possono comportare rischi elevati. A livello europeo, l'ECDC stima ogni anno decine di migliaia di decessi associati a infezioni causate da batteri resistenti, evidenziando la necessità di strategie coordinate, basate sull'evidenza e sostenute nel tempo per contrastare il fenomeno.

In Italia, la resistenza antimicrobica è affrontata attraverso il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR 2022-2025), che promuove un approccio integrato "One Health" in linea con le raccomandazioni internazionali. Il Piano mira a coordinare le azioni nei settori umano, veterinario e ambientale, con interventi orientati a ridurre l'uso inappropriato degli antimicrobici, potenziare la sorveglianza epidemiologica, promuovere la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza e migliorare la consapevolezza tra operatori sanitari e cittadini. La resistenza antimicrobica non è, infatti, solo una questione clinica, ma un fenomeno complesso che riflette l'interconnessione tra salute umana, animale e ambientale, con ripercussioni dirette sulla sostenibilità dei sistemi sanitari e sulla sicurezza sanitaria globale.

Nel presente Capitolo vengono analizzati sei indicatori rappresentativi della resistenza antimicrobica, selezionati in base alla loro rilevanza epidemiologica, alla gravità dell'impatto sulla salute pubblica e alla disponibilità di dati di sorveglianza. I patogeni considerati comprendono: *Escherichia coli* resistente alle cefalosporine di terza generazione (CREC), *Acinetobacter species* resistente ai carbapenemi (CRAS), *Enterococcus faecium* resistente alla vancomicina (VRE), *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi (CRKP), *Pseudomonas aeruginosa* resistente ai carbapenemi (CRPA) e *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (MRSA). Questi microrganismi rappresentano le principali cause di infezioni resistenti associate a elevata mortalità e difficoltà terapeutica. Secondo lo studio globale *Global burden of bacterial antimicrobial resistance* in 2019, pubblicato su *The Lancet* nel 2022, essi figurano tra i patogeni responsabili del maggior numero di decessi attribuibili e associati all'AMR a livello mondiale, con un impatto particolarmente rilevante nelle infezioni respiratorie, del flusso sanguigno e urinarie.

La selezione di questi patogeni è coerente anche con la classificazione aggiornata della WHO *Bacterial Priority Pathogens List* 2024, uno strumento strategico elaborato dall'OMS per orientare la ricerca e lo sviluppo di nuovi antibiotici e per supportare la definizione delle politiche globali di contrasto all'AMR. La lista è costruita attraverso un'analisi multicriterio che valuta diversi fattori, tra cui il livello di resistenza agli antibiotici esistenti, la gravità delle infezioni causate, la mortalità associata, la frequenza e la tendenza alla diffusione nei diversi contesti assistenziali e la disponibilità di alternative terapeutiche. Sulla base di questi criteri, l'OMS ha classificato i patogeni in tre categorie di priorità (critica, alta e media) al fine di indirizzare gli sforzi di ricerca, sviluppo e controllo verso i microrganismi più pericolosi. I sei patogeni analizzati in questo Capitolo rientrano nelle classi di priorità critica o alta in quanto responsabili di infezioni gravi, spesso associate a contesti ospedalieri, con tassi di mortalità elevati e opzioni terapeutiche sempre più limitate.

La comprensione dell'andamento di questi indicatori è fondamentale per orientare le politiche di prevenzione e controllo, individuare tempestivamente variazioni nella diffusione delle resistenze e valutare l'efficacia delle strategie di contrasto implementate.

I dati riportati nelle Sezioni successive forniscono un quadro aggiornato della situazione italiana, contribuendo a delineare le tendenze più recenti dell'AMR e a supportare la pianificazione di interventi mirati volti a contenere la diffusione dei patogeni resistenti e a preservare nel tempo l'efficacia dei trattamenti antimicrobici.

Acinetobacter spp. resistente ai carbapenemi

Significato. L'*Acinetobacter* spp. resistente ai carbapenemi (CRAS), in particolare *Acinetobacter baumannii*, è un patogeno opportunisto associato a gravi infezioni ospedaliere, tra cui polmoniti associate a ventilazione meccanica, sepsi, infezioni delle ferite chirurgiche e del tratto urinario. La specie si distingue per la sua eccezionale capacità di sopravvivere a lungo sulle superfici inanimate e per l'elevata propensione a sviluppare resistenze multiple. La resistenza ai carbapenemi rappresenta una delle problematiche più

critiche in ambito ospedaliero, poiché limita drasticamente le opzioni terapeutiche, lasciando spesso come ultima risorsa farmaci di vecchia generazione o combinazioni innovative di recente introduzione.

L'indicatore CRAS costituisce, quindi, un parametro importante per valutare il livello di controllo delle infezioni nosocomiali, la qualità della gestione antibiotica e la capacità del sistema sanitario di contenere focolai epidemici sostenuti da microrganismi multiresistenti.

Isolati di Acinetobacter spp. resistenti ai carbapenemi sul totale degli isolati di Acinetobacter spp. da infezioni invasive

Numeratore	N di isolati di <i>Acinetobacter</i> spp. resistenti ai carbapenemi segnalati dai laboratori partecipanti alla rete AR-ISS in un anno
Denominatore	N totale di isolati di <i>Acinetobacter</i> spp. provenienti da infezioni invasive (emoculture o liquido cerebrospinale) nello stesso anno e nella stessa rete di sorveglianza

x 100

Validità e limiti. I dati derivano dal sistema di sorveglianza Antibiotico Resistenza-ISS, parte integrante dell'*European Antimicrobial Resistance Surveillance Network*. Sebbene la rete garantisca l'uso di criteri standardizzati di laboratorio, la partecipazione dei Centri è volontaria e presenta differenze territoriali che influenzano la rappresentatività regionale. La copertura nel 2023 ha raggiunto circa il 66% delle giornate di degenza nazionali, ma con ampie differenze tra Nord e Meridione. Le variazioni nelle metodiche di laboratorio e nelle capacità diagnostiche dei test utilizzati possono determinare discrepanze tra regioni. Va, inoltre, considerata la possibile sovrastima dovuta a focolai localizzati che coinvolgono un numero limitato di strutture sanitarie.

Valore di riferimento/Benchmark. Nel 2023, la media di resistenza ai carbapenemi per *Acinetobacter* spp. nei Paesi dell'UE/Spazio Economico Europeo è pari al 40,2%. In Italia, nello stesso anno, il valore ha raggiunto il 75,8%, quasi il doppio della media europea.

Descrizione dei risultati

L'Italia è uno dei Paesi europei che registra i più elevati livelli di resistenza in Europa: dal 2015 al 2022, infatti, si è osservata una tendenza alla crescita, con il

picco massimo rilevato nel 2022 (88,5%). Il dato del 2023 (75,8%) è il primo a essere inferiore a quello del 2015 (78,2%). Soffermendosi sul dato del 2023, è possibile notare un'importante disomogeneità a livello territoriale, con valori sotto il 60% in tutto il Nord (ad esclusione del Friuli-Venezia Giulia, che registra il 76,9%), e diffusamente sopra l'80% al Centro-Sud ed Isole (ad esclusione della Toscana con un valore di 63,1%). In questo contesto, 5 regioni superano il 90%, con un picco del 97,4% in Abruzzo. Osservando il trend nel periodo di analisi si evidenzia che le riduzioni più significative si osservano nel Nord, mentre il Centro e il Meridione registrano tendenzialmente un incremento rispetto al valore del 2015, ad eccezione di Toscana (-14,6%), Calabria (-8,6%) e Campania (-2,7). Tra il 2022 e il 2023, la resistenza si è ridotta sia a livello nazionale (88,5% vs 75,8%, pari a -14,4%), che in quasi tutte le regioni, eccetto per un forte incremento in Emilia-Romagna (6,1% vs 33,5%) e più lieve, in Abruzzo (96,6% vs 97,4%).

La stabilizzazione dei valori elevati riflette una fase di endemia, in cui la trasmissione intraospedaliera e la persistenza ambientale del patogeno restano fattori determinanti, aggravati dall'uso prolungato di antibiotici ad ampio spettro e dalla limitata disponibilità di nuove opzioni terapeutiche.

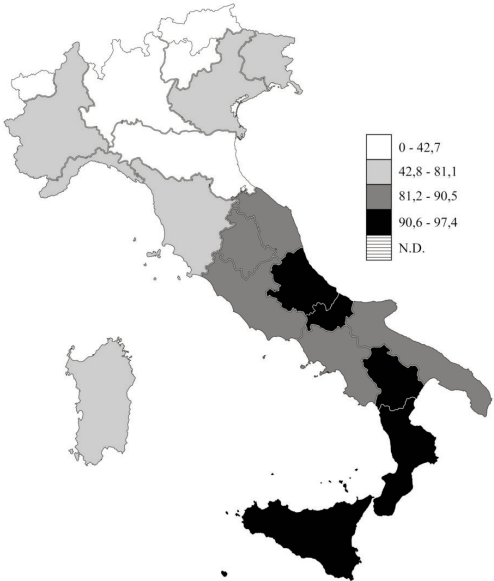
Tabella 1 - Isolati (valori per 100) di *Acinetobacter* spp. resistenti ai carbapenemi sul totale degli isolati di *Acinetobacter* spp. da infezioni invasive per regione - Anni 2015-2023

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2015-2023)*	Δ % (2022-2023)
Piemonte	66,7	75,9	58,3	56,1	46,7	79,2	85,5	79,8	51,7	-22,5	-35,2
Valle d'Aosta	no isolato	no isolato	no isolato	50,0	0,0	no isolato	0,0	no isolato	0,0	n.d.	n.d.
Lombardia	43,6	27,3	48,3	35,9	0,0	0,0	83,5	81,3	41,1	-5,7	-49,4
Bolzano-Bozen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	n.d.	n.d.
Trento	100,0	0,0	0,0	33,3	no isolato	0,0	0,0	0,0	0,0	-100,0	n.d.
Veneto	81,8	77,4	80,0	66,4	74,0	68,1	82,3	80,6	54,9	-32,9	-31,9
Friuli-Venezia Giulia	no isolato	no isolato	0,0	77,8	28,6	50,0	63,6	0,0	76,9	-1,2	n.d.
Liguria	50,0	60,0	76,9	88,9	25,0	13,6	54,9	65,0	44,2	-11,6	-32,0
Emilia-Romagna	38,7	41,7	36,6	9,3	6,8	5,7	12,5	6,1	33,5	-13,4	449,2
Toscana	73,9	92,7	91,8	72,7	64,5	66,1	81,9	87,6	63,1	-14,6	-28,0
Umbria	no isolato	71,4	89,3	77,4	75,8	78,8	86,2	96,1	86,4	21,0	-10,1
Marche	72,2	66,7	40,0	59,1	86,2	83,3	79,7	89,6	89,4	23,8	-0,2
Lazio	64,4	71,2	75,0	76,6	81,1	82,3	91,4	92,0	83,4	29,5	-9,3
Abruzzo	no isolato	no isolato	no isolato	92,9	no isolato	94,1	97,3	96,6	97,4	4,8	0,8
Molise	no isolato	no isolato	80,0	93,8	76,9	88,9	100,0	100,0	94,7	18,4	-5,3
Campania	91,4	96,0	90,5	92,9	89,7	91,4	94,3	89,8	88,9	-2,7	-1,0
Puglia	85,7	83,8	81,2	87,6	88,0	92,5	94,8	92,4	88,8	3,6	-3,9
Basilicata	no isolato	no isolato	50,0	85,0	87,0	87,2	100,0	93,5	90,9	81,8	-2,8
Calabria	no isolato	no isolato	100,0	94,3	100,0	50,0	90,2	96,3	91,4	-8,6	-5,1
Sicilia	100,0	75,0	100,0	95,7	91,5	85,6	88,2	94,1	91,4	-8,6	-2,9
Sardegna	73,7	78,6	80,0	71,4	72,7	no isolato	100,0	81,3	81,1	10,0	-0,2
Italia	78,2	78,5	78,6	79,2	79,3	80,9	88,1	88,5	75,8	-3,1	-14,4

n.d. = non disponibile.
no isolato = in quell'anno, quella specifica specie batterica non è stata isolata, né come resistente né come suscettibile.
0 = tra tutti gli isolati di quella specifica specie, non è stato riscontrato alcun batterio resistente.
*Per le regioni il cui dato sul 2015 non è disponibile, è stata calcolata la variazione rispetto al primo anno disponibile.

Fonte dei dati: Sorveglianza AR-ISS. Anno 2025.

Isolati (valori per 100) di *Acinetobacter* spp. resistenti ai carbapenemi sul totale degli isolati di *Acinetobacter* spp. da infezioni invasive per regione. Anno 2023



Raccomandazioni di Osservasalute

L'alta prevalenza di ceppi di *Acinetobacter* spp. resistenti ai carbapenemi richiede interventi strutturali e continuativi. È prioritario rafforzare i sistemi regionali di sorveglianza e il monitoraggio dei focolai ospedalieri con tempestiva comunicazione dei casi e tracciabilità inter-struttura. Tra le misure da implementare, si raccomanda, da un lato l'adozione rigorosa di protocolli di isolamento e sanificazione ambientale, con particolare attenzione ai reparti di terapia intensiva e di lungodegenza, dall'altro, la formazione del personale e la promozione di programmi di *antimicrobial stewardship*, al fine di limitare l'uso empirico dei carbapenemi e favorire scelte terapeutiche basate su dati microbiologici. L'attuazione efficace del Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza 2022-2025 deve includere obiettivi specifici per il controllo di *Acinetobacter* spp., integrando le azioni ospedaliere con la rete territoriale e i sistemi informativi regionali. Solo un approccio coordinato e sostenuto nel tempo può portare a una riduzione stabile della resistenza e prevenire la ricomparsa di focolai epidemici.

Riferimenti bibliografici

- (1) Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022 Feb 12;399 (10325): 629-655. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02724-0. Epub 2022 Jan 19. Erratum in: *Lancet*. 2022 Oct 1; 400 (10358): 1102. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02653-2. PMID: 35065702; PMCID: PMC8841637.
- (2) WHO Bacterial Priority Pathogens List, 2024: bacterial pathogens of public health importance to guide research, development and strategies to prevent and control antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (3) Iacchini S, Boros S, Pezzotti P, Errico G, Del Grosso M, Camilli R, Giufrè M, Pantosti A, Maraglino F, Palamara A.T., D'Ancona F, Monaco M, e il gruppo di lavoro AR-ISS. AR-ISS: sorveglianza nazionale dell'Antibiotico-Resistenza. Dati 2023. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2024. (Rapporti ISS Sorveglianza RIS 5/2024).
- (4) European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) - Annual Epidemiological Report 2023. Stockholm: 2024.
- (5) European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Disponibile sul sito: www.ecdc.europa.eu/en/about-us/networks/disease-networks-and-laboratory-networks/ears-net-data (ultimo accesso 17 ottobre 2025).
- (6) Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.
- (7) Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025.

Enterococcus faecium resistente alla vancomicina

Significato. L'*Enterococcus faecium* resistente alla vancomicina (VRE-faecium) è uno dei principali patogeni nosocomiali associati a infezioni invasive, in particolare: batteriemie, endocarditi e infezioni del tratto urinario complicate. Il VRE-faecium rappresenta oggi una delle emergenze più gravi di Sanità Pubblica, indicatore della diffusione di resistenze

acquisite e della qualità delle misure di controllo delle infezioni ospedaliere. L'aumento costante della sua prevalenza riflette la pressione selettiva dovuta all'uso intensivo di glicopeptidi e cefalosporine, oltre a carenze nell'aderenza ai protocolli di isolamento e igiene delle mani.

Isolati di Enterococcus faecium resistenti alla vancomicina sul totale degli isolati di Enterococcus faecium da infezioni invasive

Numeratore	N di isolati di <i>Enterococcus faecium</i> resistenti alla vancomicina segnalati dai laboratori partecipanti alla rete AR-ISS in un anno	
Denominatore	N totale di isolati di <i>Enterococcus faecium</i> provenienti da infezioni invasive (emoculture o liquido cerebrospinale) nello stesso anno e nella stessa rete di sorveglianza	x 100

Validità e limiti. I dati derivano dal sistema di sorveglianza Antibiotico Resistenza-ISS, parte integrante dell'*European Antimicrobial Resistance Surveillance Network*. Sebbene la rete garantisca l'uso di criteri standardizzati di laboratorio, la partecipazione dei Centri è volontaria e presenta differenze territoriali che influenzano la rappresentatività regionale. La copertura nel 2023 ha raggiunto circa il 66% delle giornate di degenza nazionali, ma con ampie differenze tra Nord e Meridione. Le variazioni nelle metodiche di laboratorio e nelle capacità diagnostiche dei test utilizzati possono determinare discrepanze tra regioni. Va, inoltre, considerata la possibile sovrastima dovuta a focolai localizzati che coinvolgono un numero limitato di strutture sanitarie.

Valore di riferimento/Benchmark. Nel 2023, la media di resistenza alla vancomicina tra gli isolati di *Enterococcus faecium* nei Paesi dell'UE/Spazio Economico Europeo è stata del 19,8%. In Italia, nello stesso anno, il valore ha raggiunto il 32,5%, il più alto mai registrato e tra i più elevati in Europa, confermando un trend di crescita continua dal 2015 (11,1%).

Descrizione dei risultati

Nel periodo 2015-2023, la percentuale di isolati VRE-faecium in Italia è quasi triplicata, passando

dall'11,1% al 32,5% (+192,8%), con l'ultimo dato del 2023 che si presenta come quello più alto mai registrato a livello nazionale nel nostro Paese. Il quadro 2023 mostra, inoltre, una chiara disomogeneità a livello territoriale, con valori più alti registrati in Umbria (68,0%), Molise (46,2%) e Abruzzo (44,2%), mentre il più basso in Sardegna (10,4%), PA di Bolzano (16,7%) e Veneto (19,5%).

Soffermandosi sull'andamento della resistenza nell'intero periodo, per le regioni confrontabili, emerge che in tutto il territorio si è verificato un aumento dei valori, dal +49,2% della Toscana, a incrementi sopra il 1.000% in Campania (1.714,3%) ed Emilia-Romagna (1.139,3%). Il trend crescente evidenzia un'espansione diffusa del VRE-faecium, spesso favorita da trasmissioni crociate in ambiente ospedaliero e da una persistente pressione antibiotica, sottolineando l'importanza di strategie mirate in tutta Italia. La variazione 2022-2023, che a livello nazionale mostra un aumento del 5,9%, restituisce, a sua volta, un quadro simile: la maggior parte delle regioni registra, infatti, un aumento dell'incidenza di VRE, con aumento più marcato in Sardegna (246,7%), Valle d'Aosta (74,7%) e Abruzzo (69,1%). In controtendenza, si osserva un calo in PA di Bolzano (-31,6%), Lazio (-11,5%), Campania (-5,6%) e Umbria (-2,9%).

Tabella 1 - Isolati (valori per 100) di *Enterococcus faecium* resistenti alla vancomicina sul totale degli isolati di *Enterococcus faecium* da infezioni invasive per regione - Anni 2015-2023

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	$\Delta \%$ (2015-2023)*	$\Delta \%$ (2022-2023)
Piemonte	25,0	30,2	36,4	23,1	29,3	29,9	40,8	42,1	42,1	68,4	0,0
Valle d'Aosta	no isolato	no isolato	no isolato	11,1	0,0	8,3	15,4	17,4	30,4	173,9	74,7
Lombardia	15,5	12,0	11,7	16,6	21,7	26,1	27,1	26,8	27,7	78,7	3,4
Bolzano-Bozen	4,3	7,7	7,1	6,7	3,6	7,1	12,2	24,4	16,7	288,4	-31,6
Trento	14,3	28,6	10,7	5,3	26,8	20,5	37,2	22,2	25,0	74,8	12,6
Veneto	4,8	2,1	2,6	10,9	16,0	15,1	23,0	19,4	19,5	306,3	0,5
Friuli-Venezia Giulia	no isolato	no isolato	12,0	32,6	22,6	21,7	27,9	20,9	21,0	75,0	0,5
Liguria	14,3	19,0	5,6	36,4	47,8	30,8	43,5	32,1	33,5	134,3	4,4
Emilia-Romagna	2,8	6,3	12,4	20,2	22,3	26,1	26,8	24,9	34,7	1139,3	39,4
Toscana	19,5	22,6	27,6	28,3	15,9	9,5	17,1	28,5	29,1	49,2	2,1
Umbria	no isolato	22,6	23,8	47,7	37,3	49,4	54,2	70,0	68,0	200,9	-2,9
Marche	0,0	18,5	22,6	13,8	20,5	41,5	38,4	34,0	42,2	128,1	24,1
Lazio	20,4	30,0	23,6	29,4	35,8	42,6	44,0	56,5	50,0	145,1	-11,5
Abruzzo	no isolato	no isolato	no isolato	39,6	44,1	20,0	22,7	26,2	44,3	11,9	69,1
Molise	no isolato	no isolato	0,0	50,0	14,3	62,5	22,2	31,3	46,2	-7,6	47,6
Campania	1,4	2,1	6,9	9,7	11,4	9,5	13,1	26,9	25,4	1714,3	-5,6
Puglia	0,0	0,0	4,2	11,5	12,1	11,0	13,1	26,2	27,5	554,8	5,0
Basilicata	no isolato	no isolato	0,0	25,0	23,1	35,5	28,9	22,2	22,5	-10,0	1,4
Calabria	no isolato	no isolato	23,1	8,6	33,3	54,5	31,0	28,9	35,8	55,0	23,9
Sicilia	0,0	16,7	7,7	0,0	7,1	17,3	20,8	28,6	30,7	83,8	7,3
Sardegna	5,9	0,0	0,0	3,2	0,0	no isolato	3,3	3,0	10,4	76,3	246,7
Italia	11,1	13,4	14,5	18,9	21,3	23,6	26,9	30,7	32,5	192,8	5,9

n.d. = non disponibile.

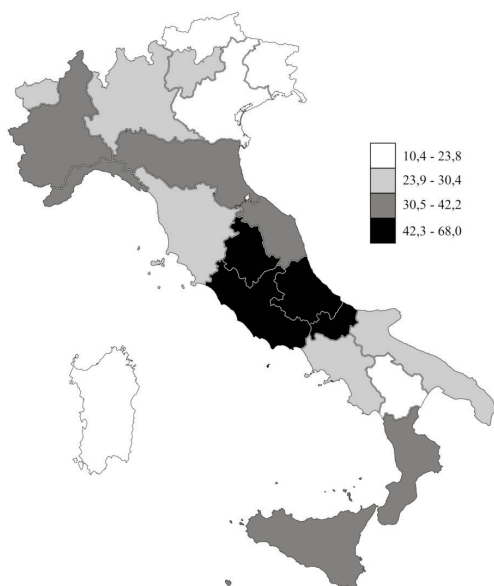
no isolato = in quell'anno, quella specifica specie batterica non è stata isolata, né come resistente né come suscettibile.

0 = tra tutti gli isolati di quella specifica specie, non è stato riscontrato alcun batterio resistente.

*Per le regioni il cui dato sul 2015 non è disponibile, è stata calcolata la variazione rispetto al primo anno disponibile.

Fonte dei dati: Sorveglianza AR-ISS. Anno 2025.

Isolati (valori per 100) di *Enterococcus faecium* resistenti alla vancomicina sul totale degli isolati di *Enterococcus faecium* da infezioni invasive per regione. Anno 2023



Raccomandazioni di Osservasalute

La diffusione del VRE-faecium rappresenta una priorità della lotta all'antimicrobico resistenza in Italia. È necessario rafforzare le misure di *infection prevention and control* con particolare attenzione agli Ospedali ad alta intensità di cura e alle unità di terapia intensiva. Le azioni prioritarie includono l'implementazione sistematica di protocolli di isolamento e screening attivo dei pazienti ad alto rischio, specialmente in Ospedale, da affiancare alla revisione dei protocolli terapeutici per ridurre l'uso inappropriato di glicopeptidi e cefalosporine, con l'introduzione di audit periodici sui casi di infezione da VRE e sull'aderenza alle procedure di igiene delle mani. È, inoltre, importante agire a livello di *policy*, rafforzando le reti microbiologiche regionali affinché possano garantire una sorveglianza tempestiva e capillare. L'integrazione del Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico Resistenza 2022-2025 con le strategie ospedaliere di controllo delle infezioni deve tradursi in un sistema di allerta precoce per la comparsa di ceppi multiresistenti e in meccanismi di rendicontazione periodica a livello regionale. La formazione continua del personale sanitario e la promozione di una cultura di sicurezza del paziente restano strumenti fondamentali per contrastare la diffusione di questo microrganismo ad alta criticità.

Riferimenti bibliografici

- (1) Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022 Feb 12;399 (10325): 629-655. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02724-0. Epub 2022 Jan 19. Erratum in: *Lancet*. 2022 Oct 1; 400 (10358): 1102. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02653-2. PMID: 35065702; PMCID: PMC8841637.
- (2) WHO Bacterial Priority Pathogens List, 2024: bacterial pathogens of public health importance to guide research, development and strategies to prevent and control antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (3) Iacchini S, Boros S, Pezzotti P, Errico G, Del Grosso M, Camilli R, Giufrè M, Pantosti A, Maraglino F, Palamara A.T., D'Ancona F, Monaco M, e il gruppo di lavoro AR-ISS. AR-ISS: sorveglianza nazionale dell'Antibiotico-Resistenza. Dati 2023. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2024. (Rapporti ISS Sorveglianza RIS 5/2024).
- (4) European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) - Annual Epidemiological Report 2023. Stockholm: 2024.
- (5) European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Disponibile sul sito: www.ecdc.europa.eu/en/about-us/networks/disease-networks-and-laboratory-networks/ears-net-data (ultimo accesso 17 ottobre 2025).
- (6) Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.
- (7) Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025.

Escherichia coli resistente alle cefalosporine di terza generazione

Significato. L'*Escherichia coli* resistente alle cefalosporine di terza generazione (CREC) è uno dei principali agenti eziologici delle infezioni batteriche sia nel paziente ospedalizzato sia nella comunità ed è responsabile di sepsi, infezioni urinarie, intra-addominali e delle ferite chirurgiche. La comparsa di ceppi resistenti alle cefalosporine di terza generazione rappresenta una seria minaccia per la salute pubblica, poiché limita l'efficacia di antibiotici di uso comune nel trattamento

delle infezioni da batteri Gram-negativi. La diffusione di ceppi resistenti è fortemente associata all'uso inappropriato di antibiotici e alla trasmissione crociata in ambiente ospedaliero. L'indicatore misura l'efficacia complessiva dei programmi di sorveglianza e controllo dell'Antibiotico-Resistenza (AR), rappresentando un elemento chiave di valutazione del Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza.

Isolati di Escherichia coli resistenti alle cefalosporine di terza generazione sul totale degli isolati di Escherichia coli da infezioni invasive

Numeratore	N di isolati di <i>Escherichia coli</i> resistenti alle cefalosporine di terza generazione segnalati dai laboratori partecipanti alla rete AR-ISS in un anno
Denominatore	N totale di isolati di <i>Escherichia coli</i> provenienti da infezioni invasive (emoculture o liquido cerebrospinale) nello stesso anno e nella stessa rete di sorveglianza

x 100

Validità e limiti. I dati derivano dal sistema di sorveglianza AR-ISS, parte integrante dell'*European Antimicrobial Resistance Surveillance Network*.

Sebbene la rete garantisca l'uso di criteri standardizzati di laboratorio, la partecipazione dei Centri è volontaria e presenta differenze territoriali che influenzano la rappresentatività regionale. La copertura nel 2023 ha raggiunto circa il 66% delle giornate di degenza nazionali, ma con ampie differenze tra Nord e Meridione. Le variazioni nelle metodiche di laboratorio e nelle capacità diagnostiche dei test utilizzati possono determinare discrepanze tra regioni. Va, inoltre, considerata la possibile sovrastima dovuta a focolai localizzati che coinvolgono un numero limitato di strutture sanitarie.

Valore di riferimento/Benchmark. Nel 2023 la media europea di resistenza alle cefalosporine di terza generazione per *E. coli* si attesta al 16,2%, mentre in Italia è stata pari al 26,7%.

Descrizione dei risultati

Nel periodo 2015-2023 la percentuale di isolati di *Escherichia coli* resistenti alle cefalosporine di terza generazione ha subito lievi oscillazioni: a livello nazionale, la resistenza è passata dal 30,1% nel 2015 al 26,7% nel 2023, mostrando una tendenza in leggera diminuzione (-11,3%). Dal punto di vista territoriale, nel 2023, le resistenze restano decisamente più eleva-

te nel Centro-Sud ed Isole, con valori di resistenza maggiori del 30% in tutte le regioni del Meridione, ed in particolare Sicilia (39,1%) e Molise (39,8%) sono le peggiori *performers*. Fa eccezione la Sardegna (13,2%) che ha il secondo valore più basso dopo la PA di Bolzano (13,1%). Da evidenziare il dato della Valle d'Aosta che ha valori paragonabili a quelli delle regioni meridionali (32,5%). Tra le regioni confrontabili nel periodo temporale 2015-2023, è possibile notare un generale andamento in diminuzione, con le riduzioni più marcate in Liguria (-37,6%), Sardegna (-29,8%) ed Emilia-Romagna (-29,0%). Fanno eccezione, invece, Piemonte e Lazio, che registrano dati in aumento (rispettivamente +6,6% e +12,1%). Rispetto al biennio 2022-2023, in Italia si evidenzia un aumento pari al 10,3%, con tuttavia alcune regioni in controtendenza: quattro regioni meridionali mostrano infatti miglioramenti nell'ultimo anno, ovvero Sardegna (-15,4%), Calabria (-7,3%), Molise (-6,6%) e Campania (-5%), così come si osserva una riduzione anche in Umbria (-7,6%) e PA di Trento (-2,8%). Gli aumenti più marcati si riscontrano in Friuli-Venezia Giulia (+17,6%), PA di Bolzano (+20,2%), Marche (+26,4%) e Valle d'Aosta (+27,0%). L'andamento nel tempo conferma che, sebbene vi sia una generale tendenza in diminuzione, in gran parte delle regioni, i livelli di resistenza per questo patogeno rimangono elevati, con il rischio di diffusione che rimane concreto.

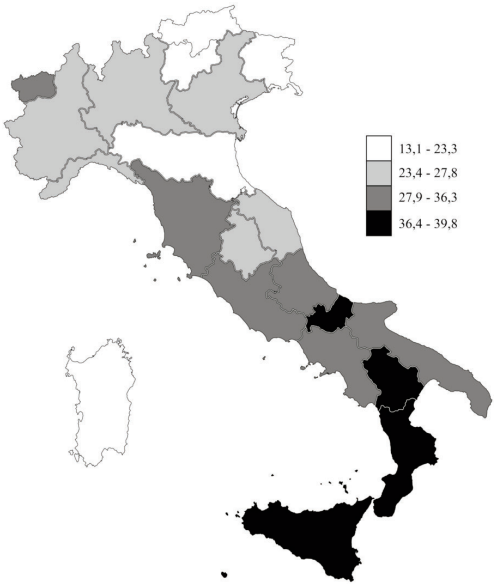
Tabella 1 - Isolati (valori per 100) di *Escherichia coli* resistenti alle cefalosporine di terza generazione sul totale degli isolati di *Escherichia coli* da infezioni invasive per regione - Anni 2015-2023

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2015-2023)*	Δ % (2022-2023)
Piemonte	25,7	26,9	28,6	27,8	28,7	21,8	19,3	24,2	27,4	6,6	13,2
Valle d'Aosta	no isolato	no isolato	no isolato	43,9	51,7	35,5	31,3	25,6	32,5	-26,0	27,0
Lombardia	24,5	23,5	23,8	24,9	26,1	20,7	21,4	21,7	23,6	-3,7	8,8
Bolzano-Bozen	15,3	17,8	19,8	14,4	16,6	14	11,9	10,9	13,1	-14,4	20,2
Trento	22,7	19,4	22,0	17,0	18,8	19,5	14,6	21,6	21,0	-7,5	-2,8
Veneto	28,7	31,3	32,0	28,4	29,8	26,3	23,0	23,3	24,5	-14,6	5,2
Friuli-Venezia Giulia	no isolato	no isolato	17,4	15,5	17,2	14,3	13,3	11,9	14,0	-19,5	17,6
Liguria	42,6	32,4	37,0	34,7	33,5	29,4	25,1	25,2	26,6	-37,6	5,6
Emilia-Romagna	32,4	31,2	29,9	27,0	28,2	24,6	22,6	21,5	23,0	-29,0	7,0
Toscana	36,9	38,3	33,2	35,7	32,7	28,0	26,0	25,1	27,9	-24,4	11,2
Umbria	no isolato	25,7	25,4	33,1	30,4	29,5	30,2	27,7	25,6	-0,4	-7,6
Marche	29,5	33,6	37,0	31,5	30,4	30,5	30,2	22,0	27,8	-5,8	26,4
Lazio	32,3	38,3	31,0	33,9	44,6	30,7	31,4	31,8	36,2	12,1	13,8
Abruzzo	no isolato	no isolato	no isolato	30,6	26,3	32,7	20,2	29,4	31,9	4,2	8,5
Molise	no isolato	no isolato	36,2	32,1	53,8	30,8	34,4	42,6	39,8	9,9	-6,6
Campania	44,5	42,6	44,5	47,2	44,4	39,5	41,5	38,2	36,3	-18,4	-5,0
Puglia	38,6	37,5	44,2	46,9	44,7	33,2	38,2	34,9	36,1	-6,5	3,4
Basilicata	no isolato	no isolato	35,8	29,6	37,7	37,4	28,8	35,2	36,7	2,5	4,3
Calabria	no isolato	no isolato	37,1	43,0	40,0	52,6	31,3	39,9	37,0	-0,3	-7,3
Sicilia	41,5	25,8	35,5	35,3	45,3	44,7	37,7	35,1	39,1	-5,8	11,4
Sardegna	18,8	22,6	19,3	16,6	22,2	no isolato	22,1	15,6	13,2	-29,8	-15,4
Italia	30,1	29,8	29,5	28,7	30,8	26,4	24,4	24,2	26,7	-11,3	10,3

n.d. = non disponibile.
no isolato = in quell'anno, quella specifica specie batterica non è stata isolata, né come resistente né come suscettibile.
0 = tra tutti gli isolati di quella specifica specie, non è stato riscontrato alcun batterio resistente.
*Per le regioni il cui dato sul 2015 non è disponibile, è stata calcolata la variazione rispetto al primo anno disponibile.

Fonte dei dati: Sorveglianza AR-ISS. Anno 2025.

Isolati (valori per 100) di *Escherichia coli* resistenti alle cefalosporine di terza generazione sul totale degli isolati di *Escherichia coli* da infezioni invasive per regione. Anno 2023



Raccomandazioni di Osservasalute

La resistenza alle cefalosporine di terza generazione in *Escherichia coli* deve essere considerata un indicatore sentinella del possibile trasferimento genico da ceppi ospedalieri multiresistenti. È fondamentale potenziare la sorveglianza genomica per individuare precocemente la comparsa di nuovi meccanismi di resistenza e contenere la loro diffusione. Occorre promuovere l'uso prudente degli antibiotici in ambito sia ospedaliero che territoriale, limitando l'impiego empirico di cefalosporine di terza generazione e potenziando la diagnostica microbiologica rapida per una terapia mirata. Le regioni devono rafforzare la capacità dei laboratori periferici di rilevare e segnalare tempestivamente i ceppi resistenti, integrando i flussi informativi nel sistema AR-ISS e favorendo la collaborazione con i referenti regionali dell'AR. In parallelo, vanno intensificate le pratiche di *infection control*, igiene delle mani, decontaminazione ambientale e isolamento dei pazienti colonizzati, soprattutto nei reparti chirurgici e nelle terapie intensive, dove si registra la maggior concentrazione di casi. Solo un approccio integrato "One Health", che coinvolga sanità umana, veterinaria e ambientale potrà ridurre il rischio di ulteriore espansione dei ceppi resistenti nel Paese.

Riferimenti bibliografici

- (1) Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022 Feb 12;399 (10325): 629-655. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02724-0. Epub 2022 Jan 19. Erratum in: *Lancet*. 2022 Oct 1; 400 (10358): 1102. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02653-2. PMID: 35065702; PMCID: PMC8841637.
- (2) WHO Bacterial Priority Pathogens List, 2024: bacterial pathogens of public health importance to guide research, development and strategies to prevent and control antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (3) Iacchini S, Boros S, Pezzotti P, Errico G, Del Grosso M, Camilli R, Giufrè M, Pantosti A, Maraglino F, Palamara A.T., D'Ancona F, Monaco M, e il gruppo di lavoro AR-ISS. AR-ISS: sorveglianza nazionale dell'Antibiotico-Resistenza. Dati 2023. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2024. (Rapporti ISS Sorveglianza RIS 5/2024).
- (4) European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) - Annual Epidemiological Report 2023. Stockholm: 2024.
- (5) European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Disponibile sul sito: www.ecdc.europa.eu/en/about-us/networks/disease-networks-and-laboratory-networks/ears-net-data (ultimo accesso 17 ottobre 2025).
- (6) Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.
- (7) Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025.

Klebsiella pneumoniae resistente ai carbapenemi

Significato. La *Klebsiella pneumoniae* resistente ai carbapenemi (CRKP) è uno dei principali patogeni responsabili di infezioni correlate all'assistenza sanitaria, in particolare sepsi, polmoniti nosocomiali, infezioni urinarie e intra-addominali. La comparsa di ceppi resistenti ai carbapenemi rappresenta una delle minacce più critiche per la Sanità Pubblica, poiché questi antibiotici costituiscono l'ultima linea di difesa

nei confronti dei batteri Gram-negativi multiresistenti. La diffusione di *Klebsiella pneumoniae* produttrice di carbapenemasi è stata associata a elevata mortalità, focolai ospedalieri persistenti e trasferimento interregionale dei ceppi. Il CRKP è considerato un indicatore di *performance* dei sistemi di prevenzione e controllo delle infezioni e di efficacia dei programmi di *antimicrobial stewardship*.

Isolati di *Klebsiella pneumoniae* resistenti ai carbapenemi sul totale degli isolati di *Klebsiella pneumoniae* da infezioni invasive

Numeratore	N di isolati di <i>Klebsiella pneumoniae</i> resistenti ai carbapenemi segnalati dai laboratori partecipanti alla rete AR-ISS in un anno	
Denominatore	N totale di isolati di <i>Klebsiella pneumoniae</i> provenienti da infezioni invasive (emoculture o liquido cerebrospinale) nello stesso anno e nella stessa rete di sorveglianza	x 100

Validità e limiti. I dati derivano dal sistema di sorveglianza Antibiotico Resistenza-ISS, parte integrante dell'*European Antimicrobial Resistance Surveillance Network*. Sebbene la rete garantisca l'uso di criteri standardizzati di laboratorio, la partecipazione dei Centri è volontaria e presenta differenze territoriali che influenzano la rappresentatività regionale. La copertura nel 2023 ha raggiunto circa il 66% delle giornate di degenza nazionali, ma con ampie differenze tra Nord e Meridione. Le variazioni nelle metodiche di laboratorio e nelle capacità diagnostiche dei test utilizzati possono determinare discrepanze tra regioni. Va, inoltre, considerata la possibile sovrastima dovuta a focolai localizzati che coinvolgono un numero limitato di strutture sanitarie.

Valore di riferimento/Benchmark. Nel 2023, la media europea di resistenza ai carbapenemi per *Klebsiella pneumoniae* è pari al 13,3%. In Italia, nello stesso anno, la proporzione ha raggiunto il 26,5%, valore tra i più alti dell'UE.

Descrizione dei risultati

Nel periodo 2015-2023, la percentuale di isolati CRKP in Italia si è ridotta in modo significativo, passando dal 33,2% al 26,5% (-20,2%). Tuttavia, persistono ampie differenze geografiche: nel 2023, i valori più alti si registrano in Sicilia (58,4%), Calabria (48,6%) e Umbria (45,1%), mentre la maggior parte delle regioni del Nord, ad eccezione di Piemonte (38,0%) e Valle d'Aosta (30,8%), mostrano tutte livelli <20%. L'analisi del periodo considerato mostra un'elevata eterogeneità: a fronte di regioni che hanno una notevole riduzione di isolati (tra cui la Liguria, che registra un -79,6%), altre registrano un importante aumento, con la Sicilia che registra un +407,8%. Nel confronto con l'anno precedente, a livello nazionale si registra una variazione in aumento del 6,4%: anche in questo caso, il dato è il riflesso di quadri regionali che mostrano tendenze diverse, senza un gradiente Nord-Sud ed Isole. È, infatti, la Valle d'Aosta a registrare l'incremento più alto (+481,1%), mentre la riduzione di maggior rilievo si osserva in Liguria (-31,5%).

Tabella 1 - Isolati (valori per 100) di *Klebsiella pneumoniae* resistenti ai carbapenemi sul totale degli isolati di *Klebsiella pneumoniae* da infezioni invasive per regione - Anni 2015-2023

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	$\Delta \%$ (2015-2023)*	$\Delta \%$ (2022-2023)
Piemonte	45,3	52,4	40,9	34,5	27,9	33,1	31,7	23,6	38,0	-16,1	61,0
Valle d'Aosta	no isolato	no isolato	no isolato	25,7	33,3	28,1	54,2	5,3	30,8	19,8	481,1
Lombardia	23,6	16,9	18,3	16,3	15,9	14,8	13,1	13,9	15,6	-33,9	12,2
Bolzano-Bozen	0,0	6,3	5,3	2,9	3,8	3,3	5,1	1,3	1,0	-84,1	-23,1
Trento	1,3	2,9	2,0	2,5	5,1	3,1	8,2	2,6	3,5	169,2	34,6
Veneto	25,0	13,2	15,2	23,4	18,2	22,6	22,4	18,9	17,8	-28,8	-5,8
Friuli-Venezia Giulia	no isolato	no isolato	12,5	8,9	10,2	7,0	12,8	6,3	8,0	-36,0	27,0
Liguria	50,0	46,5	44,3	30,9	26,2	19,1	19,6	14,9	10,2	-79,6	-31,5
Emilia-Romagna	13,5	17,4	14,3	14,3	10,2	10,0	8,3	7,1	6,5	-51,9	-8,5
Toscana	35,8	36,0	39,5	30,8	28,3	25,7	17,8	16,8	19,0	-46,9	13,1
Umbria	no isolato	35,7	17,4	42,1	36,4	39,5	45,8	42,2	45,1	26,3	6,9
Marche	34,6	20,0	31,3	21,3	28,6	37,4	34,1	42,6	36,2	4,6	-15,0
Lazio	47,5	34,6	32,8	36,4	39,8	38,9	30,6	41,8	38,0	-20,0	-9,1
Abruzzo	no isolato	no isolato	no isolato	16,0	no isolato	20,5	27,8	36,5	40,4	152,5	10,7
Molise	no isolato	no isolato	15,4	25,0	38,9	28,6	25,0	13,3	20,4	32,5	53,4
Campania	54,4	54,5	46,0	45,0	35,2	29,3	34,9	34,7	34,7	-36,2	0,0
Puglia	59,3	68,9	56,8	52,9	48,9	56,8	57,3	50,1	42,4	-28,5	-15,4
Basilicata	no isolato	no isolato	22,2	50,0	42,9	40,0	66,1	43,1	41,5	86,9	-3,7
Calabria	no isolato	no isolato	66,0	58,3	19,2	63,0	29,3	59,2	48,6	-26,4	-17,9
Sicilia	11,5	5,9	24,1	43,2	52,9	60,1	59,9	48,5	58,4	407,8	20,4
Sardegna	19,1	34,3	28,8	25,8	18,8	no isolato	40,0	24,8	22,3	16,8	-10,1
Italia	33,2	33,8	29,5	26,8	28,5	29,5	27,1	24,9	26,5	-20,2	6,4

n.d. = non disponibile.

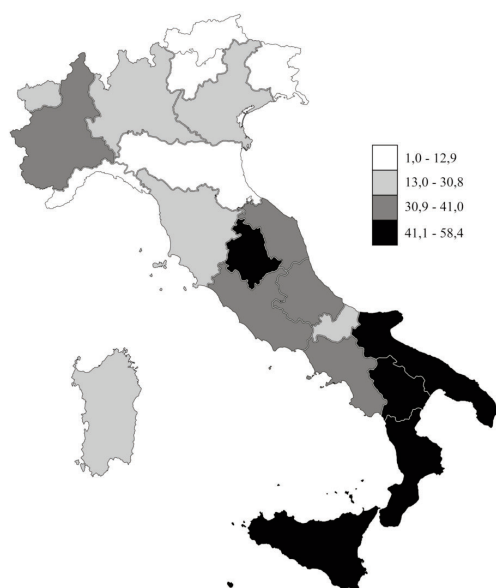
no isolato = in quell'anno, quella specifica specie batterica non è stata isolata, né come resistente né come suscettibile.

0 = tra tutti gli isolati di quella specifica specie, non è stato riscontrato alcun batterio resistente.

*Per le regioni il cui dato sul 2015 non è disponibile, è stata calcolata la variazione rispetto al primo anno disponibile.

Fonte dei dati: Sorveglianza AR-ISS. Anno 2025.

Isolati (valori per 100) di *Klebsiella pneumoniae* resistenti ai carbapenemi sul totale degli isolati di *Klebsiella pneumoniae* da infezioni invasive per regione. Anno 2023



Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante i progressi degli ultimi anni, la circolazione di ceppi di *Klebsiella pneumoniae* resistenti ai carbapenemi resta un'emergenza prioritaria per il SSN. È essenziale mantenere alta l'attenzione sulla sorveglianza, la tempestiva individuazione dei focolai e la tracciabilità dei ceppi mediante tipizzazione molecolare.

Le regioni con resistenze più elevate dovrebbero intensificare le misure di controllo delle infezioni ospedaliere: isolamento dei pazienti colonizzati, sorveglianza attiva nei reparti a rischio e potenziamento della diagnostica microbiologica avanzata. Il corretto uso dei carbapenemi e la riduzione delle prescrizioni inappropriate sono obiettivi strategici del Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza 2022-2025, da perseguire attraverso la formazione continua del personale medico, la revisione dei protocolli terapeutici e la promozione di *audit* clinici periodici. Va, infine, rafforzata la cooperazione inter-regionale e il flusso informativo tra Ospedali e laboratori, per garantire risposte tempestive e coordinate in caso di epidemie da ceppi multiresistenti. Solo un approccio integrato e multilivello può consolidare i progressi ottenuti e ridurre la pressione selettiva che alimenta la diffusione del CRKP.

Riferimenti bibliografici

- (1) Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022 Feb 12;399 (10325): 629-655. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02724-0. Epub 2022 Jan 19. Erratum in: *Lancet*. 2022 Oct 1; 400 (10358): 1102. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02653-2. PMID: 35065702; PMCID: PMC8841637.
- (2) WHO Bacterial Priority Pathogens List, 2024: bacterial pathogens of public health importance to guide research, development and strategies to prevent and control antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (3) Iacchini S, Boros S, Pezzotti P, Errico G, Del Grosso M, Camilli R, Giufrè M, Pantosti A, Maraglino F, Palamara A.T., D'Ancona F, Monaco M, e il gruppo di lavoro AR-ISS. AR-ISS: sorveglianza nazionale dell'Antibiotico-Resistenza. Dati 2023. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2024. (Rapporti ISS Sorveglianza RIS 5/2024).
- (4) European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) - Annual Epidemiological Report 2023. Stockholm: 2024.
- (5) European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Disponibile sul sito: www.ecdc.europa.eu/en/about-us/networks/disease-networks-and-laboratory-networks/ears-net-data (ultimo accesso 17 ottobre 2025).
- (6) Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.
- (7) Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025.

Pseudomonas aeruginosa resistente ai carbapenemi

Significato. Lo *Pseudomonas aeruginosa* resistente ai carbapenemi (CRPA) è un patogeno opportunisto di grande rilevanza clinica, responsabile di infezioni gravi, soprattutto nei pazienti immunocompromessi, intubati o con dispositivi invasivi. È frequentemente implicato in polmoniti nosocomiali, infezioni delle ferite chirurgiche, batteriemie e infezioni urinarie. La resistenza ai carbapenemi rappresenta un serio proble-

ma clinico e di Sanità Pubblica: questi antibiotici costituiscono l'opzione terapeutica di elezione nei casi di infezioni sostenute da ceppi multiresistenti.

I meccanismi di resistenza del *Pseudomonas aeruginosa* sono molteplici (iperproduzione di efflusso, perdita di porine, produzione di carbapenemasi) e ne facilitano la rapida selezione e diffusione.

Isolati di Pseudomonas aeruginosa resistenti ai carbapenemi sul totale degli isolati di Pseudomonas aeruginosa da infezioni invasive

Numeratore	N di isolati di <i>Pseudomonas aeruginosa</i> resistenti ai carbapenemi segnalati dai laboratori partecipanti alla rete AR-ISS in un anno	
Denominatore	N totale di isolati di <i>Pseudomonas aeruginosa</i> provenienti da infezioni invasive (emoculture o liquido cerebrospinale) nello stesso anno e nella stessa rete di sorveglianza	x 100

Validità e limiti. I dati derivano dal sistema di sorveglianza Antibiotico Resistenza-ISS, parte integrante dell'*European Antimicrobial Resistance Surveillance Network*. Sebbene la rete garantisca l'uso di criteri standardizzati di laboratorio, la partecipazione dei Centri è volontaria e presenta differenze territoriali che influenzano la rappresentatività regionale. La copertura nel 2023 ha raggiunto circa il 66% delle giornate di degenza nazionali, ma con ampie differenze tra Nord e Meridione. Le variazioni nelle metodiche di laboratorio e nelle capacità diagnostiche dei test utilizzati possono determinare discrepanze tra regioni. Va, inoltre, considerata la possibile sovrastima dovuta a focolai localizzati che coinvolgono un numero limitato di strutture sanitarie.

Valore di riferimento/Benchmark. Nel 2023, la media di resistenza ai carbapenemi per *Pseudomonas aeruginosa* nei Paesi UE/Spazio Economico Europeo è pari al 18,6%. In Italia, nello stesso anno, la proporzione è del 16,0%, inferiore quindi alla media europea.

Descrizione dei risultati

Nel periodo 2015-2023, la quota di campioni isolati di *Pseudomonas aeruginosa* resistenti ai carbapenemi è

scesa dal 22,8% al 16,0%, evidenziando una riduzione del 29,8%. Nel 2023, si registra un dato inferiore alla media nazionale in tutte le regioni del Nord, con il dato più basso nella PA di Bolzano (5,1%). Al Centro, al Sud e nelle Isole il quadro è invece più disomogeneo, con i valori maggiori registrati in Campania (24,8%), Lazio (25,7%) e Abruzzo (26,8%). L'analisi dell'andamento temporale mostra che il dato si conferma in calo per la maggior parte delle regioni, con le riduzioni più significative in PA di Bolzano (-69,5%) e Sicilia (-60,5%). Tuttavia, 3 regioni risultano in controtendenza e registrano un aumento dei campioni risultati positivi: l'incremento più marcato si osserva in Veneto (+48,3%), cui seguono Emilia-Romagna (+10,1%) e Lazio (+8,4%). Lo stesso quadro di disomogeneità si osserva anche nel confronto tra 2022-2023: a fronte di una riduzione nazionale del 2,4%, a livello regionale si passa da una riduzione nella PA di Bolzano del -55,7% rispetto all'anno precedente, a un aumento del +107,8% in Abruzzo.

In linea generale, i risultati mostrati in questa Sezione testimoniano progressi concreti nei programmi di controllo e *stewardship*, ma sottolineano la necessità di mantenere alta l'attenzione, poiché lo *Pseudomonas aeruginosa* è capace di sviluppare rapidamente nuovi meccanismi di resistenza.

Tabella 1 - Isolati (valori per 100) di *Pseudomonas aeruginosa* resistenti ai carbapenemi sul totale degli isolati di *Pseudomonas aeruginosa* da infezioni invasive per regione - Anni 2015-2023

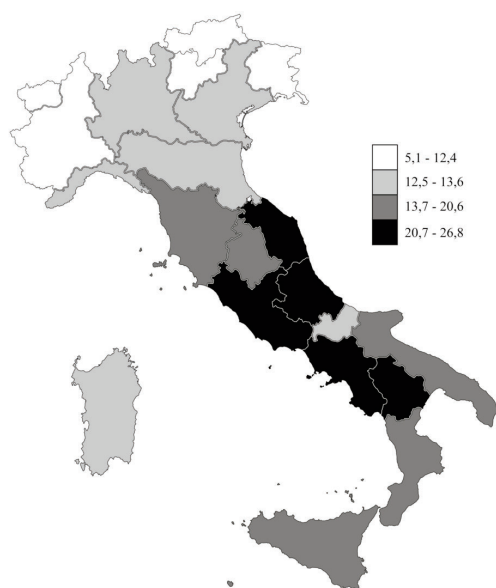
Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	$\Delta\%$ (2015-2023)*	$\Delta\%$ (2022-2023)
Piemonte	23,6	20,3	22,2	12,0	15,1	17,5	16,5	14,7	10,7	-54,7	-27,2
Valle d'Aosta	no isolato	no isolato	no isolato	0,0	0,0	22,2	5,0	0,0	11,8	n.d.	n.d.
Lombardia	20,1	18,4	17,9	14,9	5,8	14,2	12,6	11,5	13,4	-33,3	16,5
Bolzano-Bozen	16,7	11,1	8,1	13,8	11,8	7,9	8,3	11,5	5,1	-69,5	-55,7
Trento	no isolato	no isolato	16,7	12,8	8,1	2,6	14,0	10,7	9,4	-43,7	-12,1
Veneto	8,7	25,9	18,5	13,6	13,5	12,3	14,2	14,5	12,9	48,3	-11,0
Friuli-Venezia Giulia	no isolato	no isolato	7,7	7,9	5,8	7,5	7,2	5,7	5,4	-29,9	-5,3
Liguria	20,0	47,1	19,0	23,5	16,4	19,6	16,8	14,6	12,9	-35,5	-11,6
Emilia-Romagna	11,9	9,6	6,8	13,0	9,3	11,3	9,9	10,3	13,1	10,1	27,2
Toscana	27,3	16,7	17,3	12,0	7,7	12,3	11,6	13,4	14,9	-45,4	11,2
Umbria	no isolato	28,2	20,0	20,0	18,0	21,3	26,8	24,7	18,4	-34,8	-25,5
Marche	31,9	28,2	19,6	7,0	18,4	16,9	23,3	27,7	22,3	-30,1	-19,5
Lazio	23,7	39,8	22,3	23,5	19,6	22,1	27,4	25,7	25,7	8,4	0,0
Abruzzo	no isolato	no isolato	no isolato	6,7	no isolato	12,3	14,5	12,9	26,8	300,0	107,8
Molise	no isolato	no isolato	16,7	12,5	18,8	0,0	37,5	14,3	13,6	-18,6	-4,9
Campania	34,5	31,7	28,1	28,1	17,6	20,1	28,5	28,5	24,8	-28,1	-13,0
Puglia	33,3	43,1	30,3	28,4	36,3	25,7	25,9	25,4	19,8	-40,5	-22,0
Basilicata	no isolato	no isolato	30,8	50,0	36,4	16,7	0,0	13,8	21,4	-30,5	55,1
Calabria	no isolato	no isolato	52,0	23,3	30,0	70,0	13,2	24,5	13,8	-73,5	-43,7
Sicilia	40,0	25,0	20,0	25,9	19,4	24,8	30,2	22,2	15,8	-60,5	-28,8
Sardegna	16,1	14,3	22,4	25,6	22,4	no isolato	25,0	17,4	13,2	-18,0	-24,1
Italia	22,8	23,3	19,6	15,8	13,7	15,9	17,2	16,4	16,0	-29,8	-2,4

n.d. = non disponibile.

no isolato = in quell'anno, quella specifica specie batterica non è stata isolata, né come resistente né come suscettibile.

0 = tra tutti gli isolati di quella specifica specie, non è stato riscontrato alcun batterio resistente.

*Per le regioni il cui dato sul 2015 non è disponibile, è stata calcolata la variazione rispetto al primo anno disponibile.

Fonte dei dati: Sorveglianza AR-ISS. Anno 2025.**Isolati (valori per 100) di *Pseudomonas aeruginosa* resistenti ai carbapenemi sul totale degli isolati di *P. aeruginosa* da infezioni invasive per regione. Anno 2023**

Raccomandazioni di Osservasalute

La riduzione osservata nella resistenza ai carbapenemi in *Pseudomonas aeruginosa* è un segnale positivo, specie se confrontato con la media europea, che, nel 2023 risulta maggiore di quella italiana (18,6% vs 16,0%). È necessario proseguire e rafforzare le strategie di prevenzione e controllo delle infezioni ospedaliere, in particolare nei reparti ad alto rischio (rianimazione, oncologia ed ematologia). È necessario, quindi, agire consolidando i programmi di *antimicrobial stewardship* per ridurre l'uso inappropriato di carbapenemi e fluorochinoloni e potenziare la diagnostica rapida e la tipizzazione molecolare dei ceppi per monitorare la diffusione delle principali carbapenemasi. Al tempo stesso, è opportuno che si rafforzi il coordinamento tra strutture ospedaliere e territorio per la gestione dei pazienti colonizzati al momento della dimissione. A livello ospedaliero è, invece, fondamentale implementare protocolli di isolamento dei pazienti colonizzati o infetti. Inoltre, è necessario promuovere la formazione continua del personale sanitario sull'uso appropriato degli antibiotici e sulle pratiche di igiene delle mani. L'obiettivo deve essere il mantenimento della tendenza alla riduzione, attraverso un approccio integrato basato su sorveglianza attiva, prevenzione e uso razionale degli antibiotici.

Riferimenti bibliografici

- (1) Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022 Feb 12;399 (10325): 629-655. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02724-0. Epub 2022 Jan 19. Erratum in: *Lancet*. 2022 Oct 1; 400 (10358): 1102. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02653-2. PMID: 35065702; PMCID: PMC8841637.
- (2) WHO Bacterial Priority Pathogens List, 2024: bacterial pathogens of public health importance to guide research, development and strategies to prevent and control antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (3) Iacchini S, Boros S, Pezzotti P, Errico G, Del Grosso M, Camilli R, Giufrè M, Pantosti A, Maraglino F, Palamara A.T., D'Ancona F, Monaco M, e il gruppo di lavoro AR-ISS. AR-ISS: sorveglianza nazionale dell'Antibiotico-Resistenza. Dati 2023. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2024. (Rapporti ISS Sorveglianza RIS 5/2024).
- (4) European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) - Annual Epidemiological Report 2023. Stockholm: 2024.
- (5) European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Disponibile sul sito: www.ecdc.europa.eu/en/about-us/networks/disease-networks-and-laboratory-networks/ears-net-data (ultimo accesso 17 ottobre 2025).
- (6) Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.
- (7) Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025.

Staphylococcus aureus resistente alla meticillina

Significato. Lo *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (MRSA) rappresenta uno dei principali patogeni responsabili di infezioni correlate all'assistenza sanitaria e comunitarie. È in grado di causare quadri clinici di diversa gravità, dalle infezioni cutanee e dei tessuti molli alle sepsi e polmoniti nosocomiali. La resistenza alla meticillina comporta la perdita di efficacia dei principali antibiotici β-lattamici, limitando fortemente le opzioni terapeutiche e aumentando la durata della degenza, la mortalità e i costi sanitari. La diffusione del MRSA è considerata un indicatore sentinella della qualità dei programmi di

controllo delle infezioni ospedaliere e dell'appropriatezza dell'uso degli antibiotici. Un'elevata prevalenza di MRSA suggerisce lacune nei protocolli di prevenzione e di *stewardship* antimicrobica. L'analisi dell'antibiotico-resistenza in Italia relative alle specie MRSA, condotta tramite la rete di sorveglianza Antibiotico Resistenza-ISS, evidenzia un trend in progressiva riduzione nell'ultimo decennio, ma con marcate disomogeneità regionali, riflesso delle differenze nella capacità dei sistemi sanitari di implementare strategie di controllo efficaci.

Isolati di *Staphylococcus aureus* resistenti alla meticillina sul totale degli isolati di *Staphylococcus aureus* da infezioni invasive

Numeratore	N di isolati di <i>Staphylococcus aureus</i> resistenti alla meticillina segnalati dai laboratori partecipanti alla rete AR-ISS in un anno
Denominatore	N totale di isolati di <i>Staphylococcus aureus</i> provenienti da infezioni invasive (emoculture o liquido cerebrospinale) nello stesso anno e nella stessa rete di sorveglianza

x 100

Validità e limiti. I dati presentati in questo indicatore derivano dal sistema di sorveglianza AR-ISS, parte integrante dell'*European Antimicrobial Resistance Surveillance Network* (EARS-Net).

Sebbene la rete garantisca l'uso di criteri standardizzati di laboratorio, la partecipazione dei Centri è volontaria e presenta differenze territoriali che influenzano la rappresentatività regionale. La copertura nel 2023 ha raggiunto circa il 66% delle giornate di degenza nazionali, ma con ampie differenze tra Nord e Meridione. Come già riportato per gli altri indicatori, le variazioni nelle metodiche di laboratorio e nelle capacità diagnostiche dei test utilizzati possono determinare discrepanze tra regioni. Va, inoltre, considerata la possibile sovrastima dovuta a focolai localizzati che coinvolgono un numero limitato di strutture sanitarie.

Valore di riferimento/Benchmark.

Secondo il Rapporto EARS-Net 2023, la media europea di resistenza alla meticillina tra gli isolati invasivi di *Staphylococcus aureus* è pari al 15,8%. In Italia, nello stesso anno, la proporzione è risultata pari al 26,6%.

Descrizione dei risultati

Tra il 2015 e il 2023 la quota di campioni isolati MRSA è diminuita dal 33,8% al 26,6%, segnando una

riduzione del 21,3% a livello nazionale. Nel 2023, si attesta sotto il 25% in quasi tutte le regioni del Nord e del Centro, tranne in Piemonte (25,1%), Lombardia (26,9%), Liguria (28,4%), Lazio (37,8%) e Umbria (38,1%).

Al contrario, tutte le regioni del Mezzogiorno, ad eccezione della Calabria (23,3%) e della Sardegna (20,7%), si attestano su valori maggiori al 25%, con un picco in Molise, dove si registra il valore più alto a livello nazionale (38,6%).

Analizzando i dati dell'intero periodo per le regioni confrontabili, è possibile notare differenze dell'andamento nelle diverse aree del Paese: se da un lato si osservano diminuzioni nelle regioni del Nord e del Centro, con le variazioni più consistenti in Liguria (-48,6%) e PA di Trento (-53,7%), dall'altro il Mezzogiorno presenta un quadro disomogeneo, con un miglioramento in Campania (-12,7%), un lieve aumento in Sardegna (+0,5%) e marcati rialzi in Sicilia (+58,5%) e Puglia (+76,9%).

Il confronto tra 2022-2023 mostra una riduzione a livello nazionale dell'11,0%: si osserva una diminuzione di isolati MRSA in quasi tutte le regioni, ad eccezione di un incremento in PA di Bolzano (+50,9%) e Molise (+38,4%), mentre la PA di Trento resta invariata.

Tabella 1 - Isolati di *Staphylococcus aureus* resistenti alla meticillina sul totale degli isolati di *Staphylococcus aureus* da infezioni invasive per regione - Anni 2015-2023

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	$\Delta\%$ (2015-2023)*	$\Delta\%$ (2022-2023)
Piemonte	44,5	43,0	41,8	35,4	33,0	35,2	32,9	40,1	25,1	-43,6	-37,4
Valle d'Aosta	no isolato	no isolato	no isolato	41,1	33,3	31,5	27,1	27,4	19,4	-52,8	-29,2
Lombardia	32,6	31,0	32,6	29,5	34,8	28,0	28,2	27,1	26,9	-17,5	-0,7
Bolzano-Bozen	14,7	14,3	9,7	7,3	16,2	6,6	7,4	5,5	8,3	-43,5	50,9
Trento	31,3	0,0	19,6	24,6	23,6	13,8	17,2	14,5	14,5	-53,7	0,0
Veneto	37,6	45,0	50,4	37,5	34,6	32,8	30,2	25,6	23,4	-37,8	-8,6
Friuli-Venezia Giulia	no isolato	no isolato	22,9	25,1	29,4	23,1	24,7	20,8	18,3	-20,1	-12,0
Liguria	55,3	34,6	43,9	50,5	42,1	39,4	34,4	31,6	28,4	-48,6	-10,1
Emilia-Romagna	29,9	26,9	28,3	30,3	28,8	25,3	23,1	23,9	21,8	-27,1	-8,8
Toscana	20,4	26,9	31,3	28,7	28,3	29,1	23,2	24,4	17,7	-13,2	-27,5
Umbria	no isolato	25,3	24,2	32,5	36,1	40,5	42,5	46,5	38,1	50,6	-18,1
Marche	25,2	27,8	18,0	22,6	22,6	29,7	29,2	25,8	21,9	-13,1	-15,1
Lazio	42,1	45,2	47,9	51,0	51,0	47,3	40,3	45,7	37,8	-10,2	-17,3
Abruzzo	no isolato	no isolato	no isolato	37,9	25,0	42,4	80,0	35,5	26,4	-30,3	-25,6
Molise	no isolato	no isolato	29,4	31,0	46,4	35,3	32,0	27,9	38,6	31,3	38,4
Campania	35,4	38,6	39,1	45,9	39,3	39,0	39,4	33,8	30,9	-12,7	-8,6
Puglia	14,7	31,3	34,4	31,5	32,2	35,6	33,6	26,9	26,0	76,9	-3,3
Basilicata	no isolato	no isolato	33,3	31,0	34,3	37,8	40,4	35,7	34,1	2,4	-4,5
Calabria	no isolato	no isolato	37,1	33,3	28,1	35,7	24,4	31,4	23,3	-37,2	-25,8
Sicilia	21,7	52,6	no isolato	38,4	46,5	46,2	45,8	36,0	34,4	58,5	-4,4
Sardegna	20,6	24,5	31,7	32,3	22,9	no isolato	17,8	25,0	20,7	0,5	-17,2
Italia	33,8	33,6	33,5	33,9	34,3	33,5	30,5	29,9	26,6	-21,3	-11,0

n.d. = non disponibile.

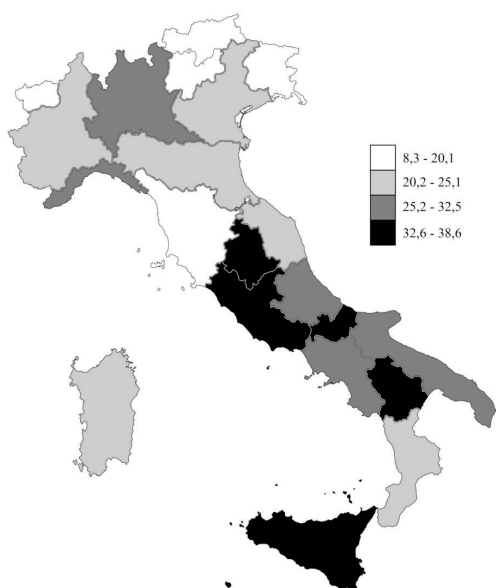
no isolato = in quell'anno, quella specifica specie batterica non è stata isolata, né come resistente né come suscettibile.

0 = tra tutti gli isolati di quella specifica specie, non è stato riscontrato alcun batterio resistente.

*Per le regioni il cui dato sul 2015 non è disponibile, è stata calcolata la variazione rispetto al primo anno disponibile.

Fonte dei dati: Sorveglianza AR-ISS. Anno 2025.

Isolati di *Staphylococcus aureus* resistenti alla meticillina sul totale degli isolati di *Staphylococcus aureus* da infezioni invasive per regione. Anno 2023



Raccomandazioni di Osservasalute

È necessario consolidare e rendere omogenee le strategie regionali di prevenzione e controllo delle infezioni da MRSA. Le regioni con valori più elevati dovrebbero potenziare i programmi di *Infection Prevention and Control* (IPC) e promuovere pratiche di *antimicrobial stewardship* uniformi a livello ospedaliero e territoriale. L'integrazione tra i piani regionali e il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza 2022-2025 deve tradursi in azioni concrete: *audit* periodici sulle infezioni correlate all'assistenza, formazione del personale sanitario e monitoraggio sistematico dell'uso di antibiotici ad ampio spettro. Va, inoltre, rafforzata la capacità dei laboratori microbiologici per garantire una copertura uniforme e la disponibilità di dati tempestivamente. Il potenziamento delle piattaforme digitali di sorveglianza, la promozione della cultura della sicurezza del paziente e il monitoraggio dell'adesione alle buone pratiche di igiene delle mani restano elementi essenziali per contenere la diffusione del MRSA e, più in generale, delle IPC.

Riferimenti bibliografici

- (1) Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022 Feb 12;399 (10325): 629-655. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02724-0. Epub 2022 Jan 19. Erratum in: *Lancet*. 2022 Oct 1; 400 (10358): 1102. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02653-2. PMID: 35065702; PMCID: PMC8841637.
- (2) WHO Bacterial Priority Pathogens List, 2024: bacterial pathogens of public health importance to guide research, development and strategies to prevent and control antimicrobial resistance. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (3) Iacchini S, Boros S, Pezzotti P, Errico G, Del Grosso M, Camilli R, Giufrè M, Pantosti A, Maraglino F, Palamara A.T., D'Ancona F, Monaco M, e il gruppo di lavoro AR-ISS. AR-ISS: sorveglianza nazionale dell'Antibiotico-Resistenza. Dati 2023. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2024. (Rapporti ISS Sorveglianza RIS 5/2024).
- (4) European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance in the EU/EEA (EARS-Net) - Annual Epidemiological Report 2023. Stockholm: 2024.
- (5) European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Disponibile sul sito: www.ecdc.europa.eu/en/about-us/networks/disease-networks-and-laboratory-networks/ears-net-data (ultimo accesso 17 ottobre 2025).
- (6) Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020.
- (7) Ministero della Salute. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025.

Disabilità

Il Capitolo analizza la domanda e l'accesso alle prestazioni sanitarie delle persone con limitazioni nelle attività abitualmente svolte. Gli indicatori di seguito riportati sono calcolati sulla base dei dati raccolti dall'Indagine Multiscopo "Aspetti della Vita Quotidiana" condotta dall'Istat nel 2023.

Gli indicatori presentati riguardano la percezione dello stato di salute, il numero di malattie croniche e il ricorso ai servizi sanitari. Poiché non sempre le persone riescono ad accedere agli accertamenti che dovrebbero effettuare, all'indicatore sul ricorso è stato affiancato, laddove disponibile, quello sulla rinuncia del servizio. Le persone con limitazioni gravi rilevate sono il 5,0% della popolazione, quelle con limitazioni non gravi il 16,2%. Tra coloro che dichiarano di avere limitazioni (gravi e non), poco più di uno su cinque riferisce di stare bene o molto bene vs le circa quattro su cinque delle persone senza limitazioni nelle attività quotidiane. Come già osservato nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, la PA di Bolzano si distingue per il livello di benessere dichiarato dal 44,8% delle persone con disabilità, quasi il doppio rispetto alla media nazionale (22,7%), mentre nel Mezzogiorno sono tre su dieci.

Oltre la metà delle persone con limitazioni ha effettuato almeno un accertamento diagnostico nel 2023, ma una quota rilevante (quasi il 10%) ha dovuto rinunciarvi. Sei persone con limitazioni su dieci sono sottoposte a visite specialistiche nel periodo in studio. Quasi il 16% ha dovuto rinunciare almeno a una prestazione specialistica, pur avendone bisogno. Va evidenziato che le persone con limitazioni hanno più spesso bisogno di visite specialistiche e la rinuncia può riguardare anche una sola di tali visite. Ad ogni modo, considerando che gli intervistati dichiarano la necessità di tali prestazioni, il dovervi rinunciare è un segnale importante di un bisogno inevaso.

Nel 2023 il ricorso all'assistenza domiciliare negli ultimi 3 mesi è per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane pari al 4,1%. L'analisi territoriale non evidenzia un gradiente territoriale, annoverando tra le regioni con il maggior ricorso all'assistenza domiciliare la PA di Trento e la Campania con percentuali pari al 6,3% e 6,1% per le persone con limitazioni funzionali.

Il ricorso ai Centri di assistenza psichiatrica negli ultimi 3 mesi per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane è pari all'1,9% e la regione in cui si ricorre maggiormente ai Centri è la Sardegna, con il 3,3% delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane, seguita dalla PA di Bolzano e dal Lazio con il 3,1% della popolazione con limitazioni.

Lo stato di salute e il ricorso alle prestazioni sanitarie delle persone con limitazioni meritano un attento monitoraggio per programmare adeguatamente l'offerta rivolta ad una popolazione che nei prossimi anni ci aspettiamo in costante crescita. Le differenze evidenziate nel corso del Capitolo tra coloro che dichiarano di avere limitazioni nelle attività quotidiane e coloro che non le dichiarano sono spesso inevitabili, anche se va ridotto il *gap* mirando a raggiungere i livelli più contenuti già riscontrabili in talune realtà. Non sono, invece, tollerabili le ampie differenze territoriali: infatti, alle difficoltà derivanti dalla presenza di limitazioni, si somma quella di vivere in aree con servizi sanitari più carenti dove è bassa la soddisfazione per l'assistenza ricevuta e alta la rinuncia a cure ritenute necessarie.

Percezione dello stato di salute delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane

Significato. L'indicatore fornisce un quadro delle condizioni di salute percepite. La percezione dello stato di salute è rilevata secondo cinque modalità:

molto bene, bene, né bene né male, male, molto male. L'indicatore proposto considera congiuntamente le prime due e le ultime due modalità.

Percezione dello stato di salute delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia

Numeratore	Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che dichiarano di stare bene o molto bene, né bene né male, male e molto male nella regione <i>i</i>
Denominatore	Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione <i>i</i>

x 100

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo "Aspetti della Vita Quotidiana" dell'Istat per l'anno 2023. Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito predisposto in collaborazione con la banca dati europea Eurostat nel quadro del Progetto *European Disability Measurement Project*. Il quesito, il *Global Activities Limitations Indicator*, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi, che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono.

Il ricorso al quoziente standardizzato permette di analizzare la percezione dello stato di salute nelle singole ripartizioni tenendo conto delle differenze dovute ad una diversa struttura per età, utilizzando una popolazione di riferimento con una struttura per età fissata (nel nostro caso è la popolazione nazionale del campione). Nell'analisi di questo indicatore è importante tener presente che esso risente delle differenti aspettative dei singoli individui rispetto allo stato di salute ottimale, che sono correlate con le loro caratteristiche sociali, demografiche e culturali. Inoltre, potrebbe risentire della distribuzione territoriale delle persone con limitazioni gravi, le quali potrebbero dichiarare un peggior stato di salute rispetto a quelle non gravi.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può prendere il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2023 solo il 22,7% delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane dichiara di stare bene o molto bene, il 55,5% dichiara né bene né male ed il 21,9% dichiara di stare male o molto male (Tabella 1).

Nella PA di Bolzano il 44,8% delle persone con limitazioni dichiara di stare bene o molto bene, il 43,3%

di stare né bene né male e solo l'11,9% di stare male o molto male. Unitamente alla PA di Bolzano le unità territoriali che presentano valori più elevati di persone con limitazioni nelle attività quotidiane che dichiarano di stare bene o molto bene si registrano in Valle d'Aosta e nella PA di Trento, circa una persona su tre, e, in Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Abruzzo ed Emilia-Romagna, una persona su quattro. Solo una persona su sei in Basilicata e Sicilia dichiara di stare bene o molto bene, seguite da Puglia, Calabria, Sardegna, Campania e Liguria con percentuali comprese tra il 18,1-19,4%, valori inferiori al dato nazionale. Valori inferiori al dato Italia si registrano anche in Molise e nelle Marche.

In Sardegna e Umbria si osservano i quozienti più elevati delle persone con limitazioni che dichiarano di stare male o molto male, rispettivamente pari al 29,2% e 29,1%, seguite da Sicilia, Calabria, Lazio e Puglia con percentuali comprese tra il 27,1-24,6%.

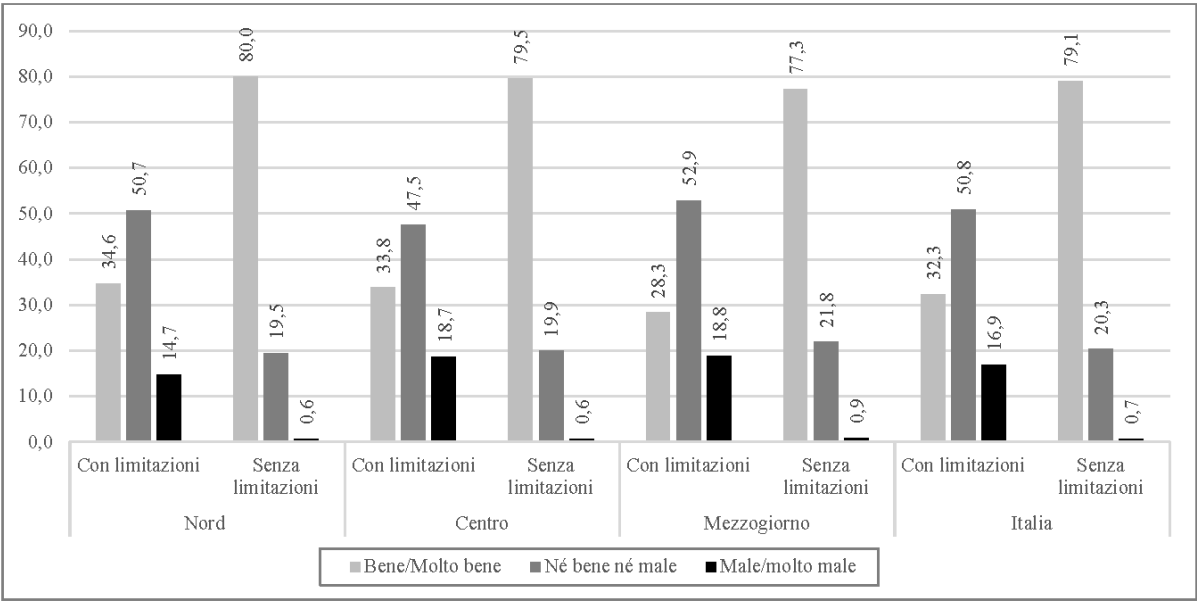
L'analisi dei quozienti standardizzati per macroarea, permette di eseguire un confronto tra persone con e senza limitazioni nelle attività quotidiane. In Italia, le persone senza limitazioni nelle attività quotidiane che dichiarano di stare bene o molto bene sono due volte e mezzo in più rispetto alle persone con limitazioni (79,1% vs 32,3%), il divario tra i due contingenti risulta maggiore nel Mezzogiorno (77,3% vs 28,3%) e minore nel Nord (80,0% vs 34,6%). Tra coloro che dichiarano di stare male o molto male si registrano valori più bassi, rispetto al dato nazionale, per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane nel Nord (14,7%) e per le persone senza limitazioni nel Nord e nel Centro con valori, rispettivamente, pari entrambi a 0,6%. Nel Mezzogiorno si osservano percentuali maggiori di chi dichiara di stare né bene né male, sia per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane (52,9%) che per le persone senza limitazioni (21,8%).

Tabella 1 - Persone (valori per 100) con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che dichiarano di stare bene o molto bene, né bene né male, male o molto male per regione - Anno 2023

Regioni	Bene/Molto bene	Né bene né male	Male/Molto male
Piemonte	23,5	55,8	20,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	32,6	48,5	18,9
Lombardia	24,3	56,8	18,9
Bolzano-Bozen	44,8	43,3	11,9
Trento	31,3	52,7	16,0
Veneto	27,4	56,0	16,5
Friuli-Venezia Giulia	27,5	52,9	19,6
Liguria	19,4	57,0	23,6
Emilia-Romagna	26,0	55,0	19,0
Toscana	24,5	54,1	21,4
Umbria	23,0	47,9	29,1
Marche	21,6	56,2	22,2
Lazio	23,6	51,8	24,6
Abruzzo	26,4	50,7	22,9
Molise	20,6	57,6	21,9
Campania	19,4	59,8	20,9
Puglia	18,1	57,3	24,6
Basilicata	15,4	63,6	21,0
Calabria	18,6	55,4	26,0
Sicilia	16,5	56,5	27,1
Sardegna	19,2	51,6	29,2
Italia	22,7	55,5	21,9

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Grafico 1 - Persone (quozienti standardizzati per 100 persone) con e senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che dichiarano di stare bene o molto bene, né bene né male, male o molto male per macroarea - Anno 2023



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Non è possibile formulare raccomandazioni.

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane per numero di malattie croniche

Significato. L'indicatore fornisce il numero di persone con limitazioni, gravi e non gravi, nelle attività quotidiane che hanno una o più malattie croniche. L'indicatore è calcolato considerando due classi di

età, 6-64 anni e 65 anni ed oltre. Questi dati forniscono un'indicazione sintetica sui bisogni potenziali di salute della popolazione.

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per numero di malattie croniche

Numeratore	Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia ricorso per classe di età e numero di malattie croniche nella regione <i>i</i>	
Denominatore	Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione <i>i</i>	x 100

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo "Aspetti della Vita Quotidiana" dell'Istat per l'anno 2023. Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito predisposto in collaborazione con la banca dati europea Eurostat nel quadro del Progetto *European Disability Measurement Project*. Il quesito, il *Global Activities Limitations Indicator*, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi, che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono.

Le malattie croniche rilevate nell'indagine sono le seguenti: diabete; ipertensione arteriosa; infarto del miocardio; angina pectoris o altre malattie del cuore; bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria; asma bronchiale; malattie allergiche; tumore (incluso linfoma o leucemia); ulcera gastrica o duodenale; calcolosi del fegato e delle vie biliari; cirrosi epatica; calcolosi renale; artrosi, artrite; osteoporosi; disturbi nervosi. Per multicronicità si intende essere affetto da due o più malattie croniche.

Valore di riferimento/Benchmark. Non sono concettualmente proponibili degli standard di riferimento.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale il 74,2% delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane di 65 anni ed oltre è affetto da due o più malattie croniche (multicronicità), percentuale che si dimezza nella popolazione con limitazione di età 6-64 anni attestandosi al 35,0%. Di conseguenza, la percentuale di chi non ha malattie croniche o una sola è maggiore nella popolazione con

limitazioni di più giovane età: superiore di quattro volte in assenza di malattia (30,9% vs 7,5%) e di circa due volte con una sola malattia (34,1% vs 18,3%) rispetto alla popolazione più anziana di età.

L'analisi regionale evidenzia un gradiente territoriale soprattutto in presenza di malattie multicroniche nei due gruppi di popolazione con limitazioni nelle attività quotidiane qui considerate. Le percentuali maggiori si osservano in Calabria, Molise, Sicilia e Campania dove, nel gruppo delle persone con limitazioni di 65 anni e anni ed oltre, quattro persone su cinque sono affette da due o più malattie croniche, seguite da Liguria e Basilicata. Anche per le persone con limitazioni di età 6-64 anni le maggiori prevalenze si riscontrano nelle regioni del Mezzogiorno: in Molise circa la metà della popolazione più giovane ha più di due malattie croniche (48,6%), e per più di quattro persone su dieci in Campania, Calabria, Sardegna, Sicilia e Umbria.

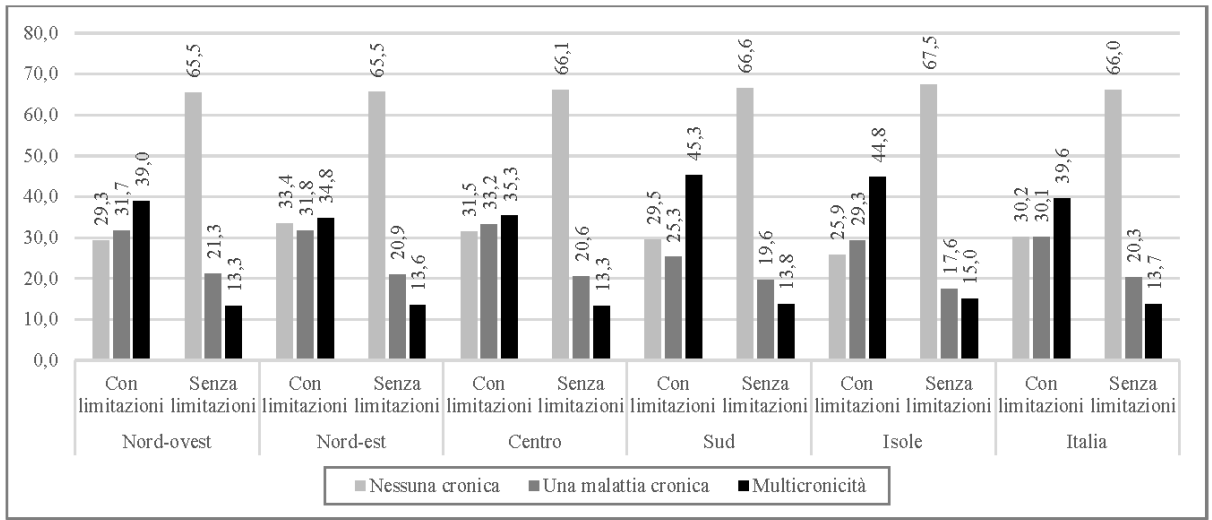
L'osservazione dei quozienti standardizzati a livello nazionale mostra, per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane, percentuali superiori di tre volte, per chi ha almeno due malattie croniche, e una volta e mezzo, per chi ha solo una malattia, rispetto alle persone senza limitazioni. Rispetto al dato nazionale nel Sud e nelle Isole, si ha la maggiore quota di persone con limitazioni affette da due o più malattie croniche, rispettivamente il 45,3% e il 44,8%, valori che si presentano di ben 3,3 volte e 3 volte superiori rispetto alle persone senza limitazioni delle stesse macroaree. Nel Nord-Ovest la percentuale di persone con limitazioni con più patologie rappresenta il 39,0%, mentre nel Nord-Est e nel Centro le percentuali si attestano al 34,8% e 35,3%.

Tabella 1 - Persone (valori per 100) con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per classe di età e numero di malattie croniche per regione - Anno 2023

Regioni	0-64 anni			65+		
	0	1	Multicronicità	0	1	Multicronicità
Piemonte	35,4	34,7	29,8	8,4	22,4	69,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	30,0	33,8	36,3	12,0	11,8	76,2
Lombardia	28,6	35,7	35,7	5,0	19,0	75,9
Bolzano-Bozen	42,8	34,8	22,3	17,6	25,9	56,5
Trento	36,1	38,8	25,1	11,4	19,8	68,8
Veneto	41,1	33,9	25,0	14,9	22,2	62,9
Friuli-Venezia Giulia	45,8	26,4	27,8	5,9	23,6	70,6
Liguria	26,9	39,2	33,9	7,6	13,5	78,9
Emilia-Romagna	26,1	37,7	36,3	9,6	20,4	70,0
Toscana	36,1	35,3	28,6	8,1	24,5	67,4
Umbria	27,2	31,5	41,3	6,9	21,1	72,1
Marche	29,3	40,6	30,2	9,4	16,5	74,1
Lazio	34,1	36,6	29,4	7,6	15,5	76,9
Abruzzo	34,8	30,1	35,1	3,3	21,4	75,2
Molise	19,3	32,1	48,6	4,1	15,4	80,5
Campania	28,8	26,9	44,3	7,0	12,8	80,2
Puglia	29,6	32,3	38,2	8,3	15,7	76,0
Basilicata	21,4	42,9	35,7	4,9	16,5	78,6
Calabria	24,1	32,4	43,5	5,5	13,6	80,9
Sicilia	24,3	34,1	41,6	4,4	15,4	80,3
Sardegna	27,1	31,1	41,7	7,7	18,7	73,6
Italia	30,9	34,1	35,0	7,5	18,3	74,2

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Grafico 1 - Persone (quozienti standardizzati per 100 persone) con e senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane per numero di malattie croniche e macroarea - Anno 2023



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Non è possibile formulare raccomandazioni.

Ricorso e rinuncia ad accertamenti diagnostici delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane

Significato. Gli indicatori forniscono un quadro sia del ricorso ad accertamenti diagnostici, quali ecografie, risonanze magnetiche, ecocardiogramma, mammografie etc. eseguiti negli ultimi 12 mesi, sia della rinuncia agli stessi accertamenti diagnostici pur aven-

done bisogno delle persone con o senza limitazioni nelle attività quotidiane. Essi rappresentano una importante indicazione per valutare i bisogni delle persone.

Ricorso ad accertamenti diagnostici delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per classe di età

Numeratore	$\frac{\text{Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che ricorrono ad accertamenti diagnostici per classe di età residenti nella regione } i}{\text{Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione } i} \times 100$
Denominatore	

Rinuncia ad accertamenti diagnostici pur avendone bisogno delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia

Numeratore	$\frac{\text{Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che rinunciano agli accertamenti diagnostici pur avendone bisogno residenti nella regione } i}{\text{Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione } i} \times 100$
Denominatore	

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo "Aspetti della Vita Quotidiana" dell'Istat per l'anno 2023. Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità, l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito predisposto in collaborazione con la banca dati europea Eurostat nel quadro del progetto *European Disability Measurement Project*. Il quesito, il *Global Activities Limitations Indicator*, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi, che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono.

Gli accertamenti diagnostici di cui si tratta sono radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, mammografia, eco-doppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettroencefalogramma, Pap test o altri accertamenti. Sono esclusi esami del sangue o delle urine e tutti quelli effettuati durante un ricovero ospedaliero o in DH. Gli intervistati rispondono in modo affermativo se hanno effettuato almeno un accertamento tra quelli elencati. La rinuncia alla prestazione viene riportata se l'intervistato ha risposto affermativamente al quesito sull'accesso ad accertamenti diagnostici. Il quesito identifica la condizione per cui si è rinunciato almeno ad una prestazione. Le motivazioni più rilevanti sono nel 49% per problemi economici e nel 54% dei casi a causa delle liste di attesa.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può prendere il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, il ricorso ad accertamenti diagnostici negli ultimi 12 mesi delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane di 65 anni ed oltre è pari al 53,6%, scende al 39,0% per le persone senza limitazioni nelle attività quotidiane di pari età. Per le persone di età 6-64 anni si amplia il divario nel ricorso per presenza di limitazioni. Risulta pari al 52,5% per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane e al 28,2% per le persone senza limitazioni.

L'analisi territoriale del ricorso ad accertamenti diagnostici negli ultimi 12 mesi per le persone di età 65 anni ed oltre evidenzia le percentuali maggiori in Emilia-Romagna e nel Lazio, rispettivamente pari al 65,4% e al 64,9% per le persone con limitazioni e al 55,9% e al 46,4% per le persone senza limitazioni. Seguite dalla Liguria (62,0%) per le persone con limitazioni e dal Piemonte (44,2%) e Lombardia (43,6%) per le persone senza limitazioni. Il minor ricorso della popolazione più anziana si osserva in Calabria, con il 39,5% delle persone con limitazioni e il 22,4% delle persone senza limitazioni. Tra la popolazione più giovane di età 6-64 anni, l'Emilia-Romagna si conferma essere la regione con il maggior ricorso ad accertamenti diagnostici, il 70,3% delle persone con limitazioni e il 37,6% delle persone senza limitazioni e la Calabria la regione con il minor ricorso, il 37,6% e il 12,4% per le persone con e senza limitazioni nelle attività quotidiane.

I quozienti standardizzati relativi al ricorso ad accer-

tamenti diagnostici indicano che nel Nord-Est c'è un maggior ricorso sia per le persone con limitazioni (56,8%) sia per le persone senza limitazioni (37,0%), seguito dal Nord-Ovest (53,3% vs 35,3%) e dal Centro (52,3% vs 34,4%) che presentano valori superiori ai valori medi nazionali. Nel Sud e nelle Isole il ricorso agli accertamenti diagnostici è per entrambe le popolazioni in analisi inferiore al dato medio. Il minor ricorso si osserva nelle Isole, per circa quattro persone con limitazioni su dieci, e nel Sud, per due persone senza limitazioni su dieci. Infine, solo nel Sud il ricorso per le persone con limitazioni risulta essere superiore di due volte rispetto a quello delle persone senza limitazioni.

Non sempre, però, le persone riescono ad accedere agli accertamenti che dovrebbero effettuare. Per que-

sto motivo, all'indicatore sul ricorso è stato affiancato quello sulla rinuncia del servizio. In Italia il 9,7% delle persone con limitazioni rinuncia ad accertamenti diagnostici pur avendone bisogno, contro il 3,6% delle persone senza limitazioni.

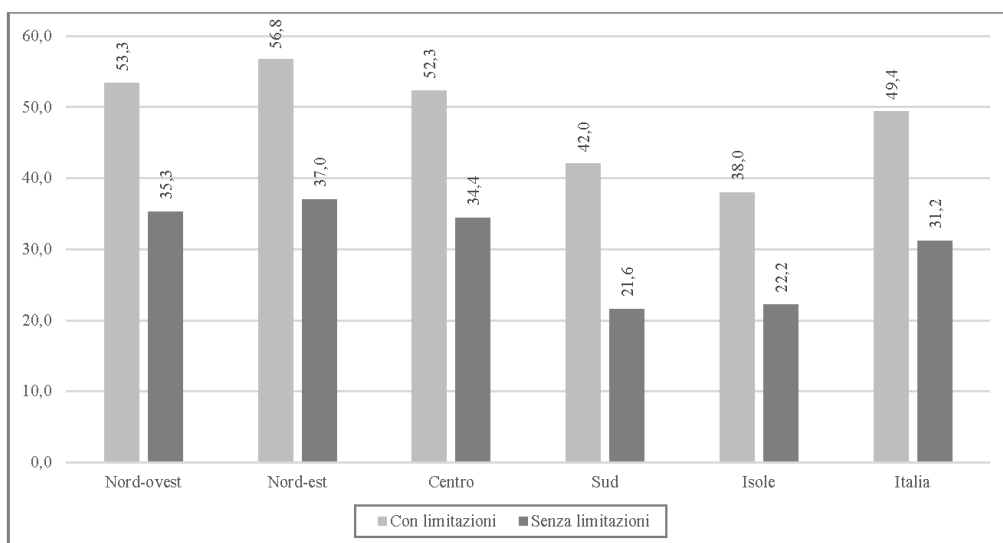
Il Centro e il Mezzogiorno sono le macroaree in cui si rinuncia di più con valori, rispettivamente, pari all'11,0% e 10,0% per le persone con limitazioni e al 4,6% e 3,7% per le persone senza limitazioni. La minor rinuncia si registra nel Nord per entrambi i contingenti di popolazione; tuttavia, le persone con limitazioni che rinunciano sono circa tre volte le persone senza limitazioni. Va ricordato che non si tratta alla rinuncia ad accertamenti *tout-court*, ma al fatto di aver dovuto rinunciare ad almeno una prestazione, tra tutte quelle richieste, di cui si aveva bisogno.

Tabella 1 - Ricorso (valori per 100) ad accertamenti diagnostici nei 12 mesi precedenti l'intervista delle persone con o senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per classe di età e regione - Anno 2023

Regioni	6-64 anni		65+	
	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni
Piemonte	54,4	29,4	49,7	44,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	44,1	27,7	46,5	28,7
Lombardia	58,5	33,6	57,9	43,6
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>51,0</i>	<i>32,1</i>	<i>58,0</i>	<i>33,8</i>
<i>Trento</i>	<i>59,6</i>	<i>33,0</i>	<i>59,7</i>	<i>39,1</i>
Veneto	51,2	30,1	57,5	40,3
Friuli-Venezia Giulia	55,3	36,3	55,7	36,2
Liguria	54,1	32,4	62,0	42,2
Emilia-Romagna	70,3	37,6	65,4	55,9
Toscana	56,2	29,2	52,9	39,2
Umbria	53,3	27,3	41,2	36,7
Marche	62,2	32,7	51,7	42,9
Lazio	55,2	33,2	64,9	46,4
Abruzzo	53,7	26,1	57,5	33,0
Molise	42,9	22,9	43,4	38,1
Campania	44,5	17,9	45,1	25,2
Puglia	45,2	21,9	44,6	28,8
Basilicata	45,7	18,8	46,3	23,0
Calabria	37,6	12,4	39,5	22,4
Sicilia	39,2	18,0	47,3	24,5
Sardegna	44,5	26,2	48,5	32,7
Italia	52,5	28,2	53,6	39,0

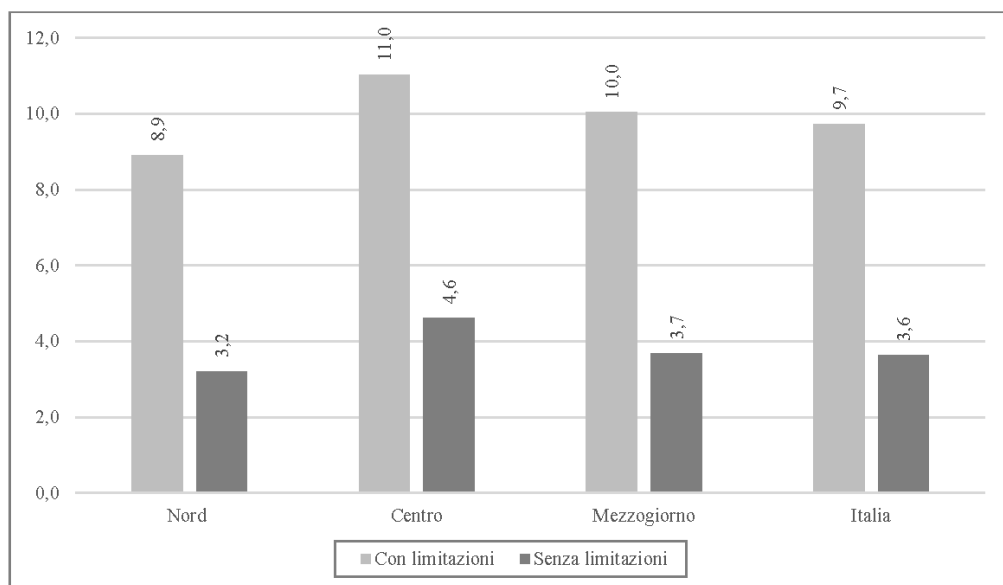
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2025.

Grafico 1 - Ricorso (quozienti standardizzati per 100 persone) ad accertamenti diagnostici negli ultimi 12 mesi delle persone con e senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane per macroarea - Anno 2023



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Grafico 2 - Rinuncia (quozienti standardizzati per 100 persone) ad accertamenti diagnostici negli ultimi 12 mesi pur avendone bisogno delle persone con e senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane per macroarea - Anno 2023



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il problema della rinuncia alle cure tra le persone con disabilità si rivela di importanti dimensioni. Il tema

dell'equità nell'accesso alle cure sembra rivelare aspetti sempre più gravi, con svantaggi evidenti proprio verso chi ha maggiori bisogni.

Ricorso e rinuncia a visite specialistiche delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane

Significato. Gli indicatori presentati forniscono un quadro del ricorso ad almeno una visita specialistica negli ultimi 12 mesi o della rinuncia ad una visita specialistica pur avendone bisogno delle persone con o

senza limitazioni nelle attività quotidiane. Essi rappresentano una importante indicazione per valutare i bisogni delle persone.

Ricorso ad una visita specialistica delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia

Numeratore	Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che ricorrono ad una visita specialistica per classe di età residenti nella regione <i>i</i>
Denominatore	Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione <i>i</i>

x 100

Rinuncia ad una visita specialistica pur avendone bisogno delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia

Numeratore	Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che rinunciano ad una visita specialistica pur avendone bisogno residenti nella regione <i>i</i>
Denominatore	Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione <i>i</i>

x 100

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo "Aspetti della Vita Quotidiana" dell'Istat per l'anno 2023. Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito predisposto in collaborazione con la banca dati europea Eurostat nel quadro del Progetto *European Disability Measurement Project*. Il quesito, *Global Activities Limitations Indicator*, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi, che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono.

Il ricorso alle visite specialistiche si riferisce a prestazioni relative agli ultimi 12 mesi effettuate presso medici specialisti. La rinuncia alla prestazione viene riportata se l'intervistato ha risposto affermativamente al quesito relativo alle visite. Il quesito identifica la condizione per cui si è rinunciato almeno ad una prestazione.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può prendere il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, il 60,2% delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane di 65 anni ed oltre si è sottoposto ad almeno una visita specialistica negli ultimi 12 mesi vs il 45,9% delle persone senza limitazioni di pari età. Come avviene per le persone di età 6-64 anni che eseguono accertamenti diagnostici, si amplia il divario nel ricorso a visite specialistiche per presenza di limitazioni nelle attività quotidiane e giovane età. Poco più della

metà delle persone con limitazioni di età 6-64 anni si sottopone ad almeno una visita specialistica vs le tre persone senza limitazioni di pari età su dieci.

Il ricorso alle visite specialistiche negli ultimi 12 mesi nelle persone con limitazioni di 65 anni ed oltre, come per le persone senza limitazioni, mostra un gradiente Nord-Sud ed Isole, fatta eccezione per la presenza del Lazio nelle regioni con il maggior ricorso. Nel Lazio, infatti, più di sette persone con limitazioni di 65 anni ed oltre su dieci si sono sottoposte a visite specialistiche, seguite da Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna e Lombardia con percentuali pari, rispettivamente, al 67,8%, 67,5%, 67,4% e 64,3%. Le regioni che presentano ricorsi minori a visite specialistiche sono Basilicata (42,7%), Calabria (44,9%), Molise, Puglia, Sicilia e Umbria dove solo una persona con limitazioni di 65 anni ed oltre su due si sottopone a visite specialistiche. Per le persone senza limitazioni di 65 anni ed oltre si rileva il maggior ricorso in Emilia-Romagna (55,7%), Liguria (52,8%), Lombardia (52,2%) e Lazio (51,1%) e il minor ricorso in Calabria, Basilicata, Molise e Campania con valori compresi tra il 29,2-33,1%.

Per le persone con età 6-64 anni è l'Emilia-Romagna la regione che presenta il maggior ricorso a visite specialistiche negli ultimi 12 mesi, il 70,8% delle persone con limitazioni e il 45,2% delle persone senza limitazioni, a cui fanno seguito la PA di Trento, Lombardia, Friuli-Venezia Giulia e Lazio con valori compresi tra 68,2-62,2% per le persone con limitazioni di pari età e Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche e PA di Trento con

valori compresi tra 43,7-38,2% per le persone senza limitazioni di pari età.

L'analisi dei quozienti standardizzati relativi al ricorso a visite specialistiche negli ultimi 12 mesi rileva, sia per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane sia per le persone senza limitazioni, valori superiori al dato nazionale nel Nord-Est (62,3% vs 42,8%), Nord-Ovest (60,8% vs 42,2%) e Centro (58,7% vs 39,5%). Nel Sud si osserva un ricorso alle visite specialistiche quasi doppio delle persone con limitazioni rispetto alle persone senza limitazioni.

Non sempre, però, le persone riescono ad accedere agli accertamenti che dovrebbero effettuare. Per questo motivo, all'indicatore sul ricorso è stato affiancato quello sulla rinuncia del servizio. In Italia, il 15,6% del-

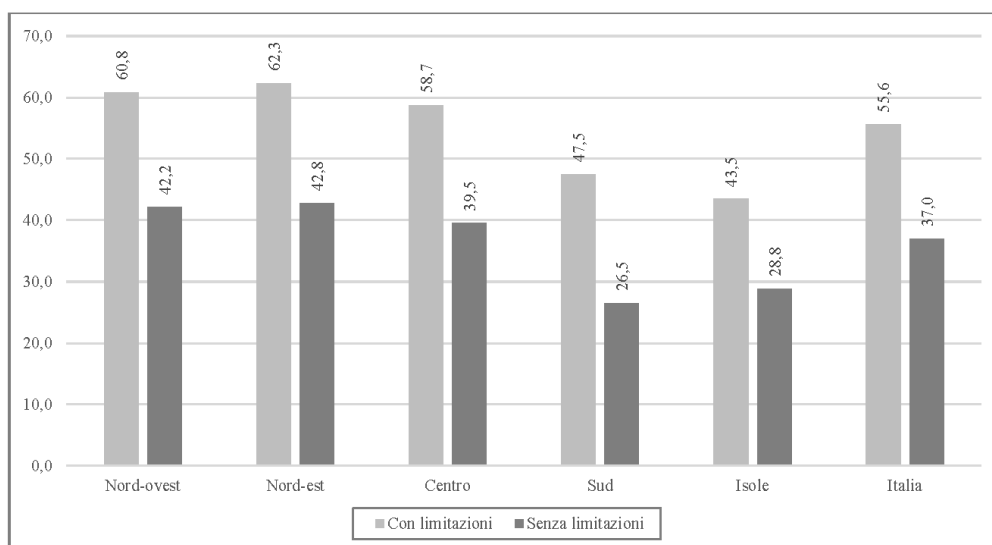
le persone con limitazioni rinuncia a visite specialistiche pur avendone bisogno, circa due volte e mezzo rispetto alle persone senza limitazioni. La rinuncia a visite specialistiche risulta maggiore al dato nazionale nel Centro, il 18,4% delle persone con limitazioni e il 7,3% delle persone senza limitazioni. Minore rinunce rispetto al dato nazionale si osservano nel Mezzogiorno e nel Nord con valori, rispettivamente, pari al 15,1% e 14,8% delle persone con limitazioni e il 6,4% per entrambe le macroaree per le persone senza limitazioni. Va ricordato che non si tratta della rinuncia a visite specialistiche *tout-court*, ma al fatto di aver dovuto rinunciare ad almeno una prestazione, tra tutte quelle richieste, di cui si aveva bisogno.

Tabella 1 - Ricorso (valori standardizzati per 100) ad almeno una visita specialistica nei 12 mesi precedenti l'intervista delle persone con o senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per regione - Anno 2023

Regioni	6-64 anni		65+	
	Con limitazioni	Senza limitazioni	Con limitazioni	Senza limitazioni
Piemonte	59,6	34,6	59,1	48,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	47,2	34,1	58,1	42,4
Lombardia	65,3	41,3	64,3	52,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	58,9	34,8	61,9	41,5
<i>Trento</i>	68,2	38,2	62,0	46,8
Veneto	53,4	34,7	63,6	49,0
Friuli-Venezia Giulia	62,4	43,7	67,8	46,8
Liguria	59,2	37,3	67,5	52,8
Emilia-Romagna	70,8	45,2	67,4	55,7
Toscana	56,8	35,7	60,7	46,3
Umbria	58,2	32,7	52,6	40,9
Marche	61,0	38,5	59,8	47,1
Lazio	62,2	37,2	73,1	51,1
Abruzzo	55,9	31,7	57,4	39,7
Molise	56,4	28,7	49,0	32,4
Campania	49,4	22,2	53,3	33,1
Puglia	48,1	26,2	51,6	36,3
Basilicata	50,1	22,8	42,7	29,4
Calabria	41,1	16,1	44,9	29,2
Sicilia	43,2	21,7	52,6	36,2
Sardegna	45,5	34,8	56,3	43,2
Italia	56,7	33,8	60,2	45,9

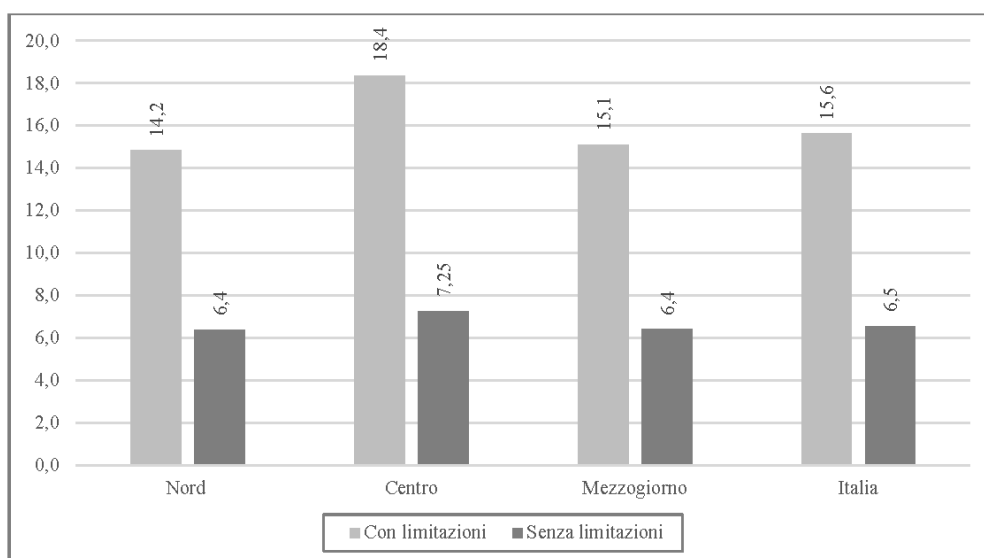
Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2025.

Grafico 1 - Ricorso (quozienti standardizzati per 100 persone) ad almeno una visita specialistica negli ultimi 12 mesi delle persone con e senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane per macroarea - Anno 2023



Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2025.

Grafico 2 - Rinuncia (quozienti standardizzati per 100 persone) a visite specialistiche negli ultimi 12 mesi pur avendone bisogno delle persone con e senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane per macroarea - Anno 2023



Raccomandazioni di Osservasalute

Il problema della rinuncia alle visite specialistiche tra le persone con disabilità si rivela di importanti dimen-

sioni. Il tema dell'equità nell'accesso alle cure sembra rivelare aspetti sempre più gravi, con svantaggi evidenti proprio verso chi ha maggiori bisogni.

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare

Significato. L'indicatore fornisce una misura del ricorso all'assistenza domiciliare negli ultimi 3 mesi delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle

attività quotidiane che vivono in famiglia.

L'indicatore è importante per valutare la domanda del servizio assistenziale.

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare

Numeratore	Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare residenti nella regione <i>i</i>
Denominatore	Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione <i>i</i>

x 100

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della Vita Quotidiana" per l'anno 2023. Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito predisposto in collaborazione con la banca europea Eurostat nel quadro del Progetto *European Disability Measurement Project*. Il quesito, il *Global Activities Limitations Indicator*, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi, che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono.

Il quesito è influenzato dalla disponibilità di servizi di assistenza domiciliare e di fatto va a misurare indirettamente il bisogno soddisfatto.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può assumere il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2023 il ricorso all'assistenza domiciliare negli ultimi 3 mesi per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane è pari al 4,1%. Questa quota è rimasta

sostanzialmente stabile a partire dal 2020, primo anno pandemico da COVID-19.

L'analisi territoriale non evidenzia un gradiente territoriale, annoverando tra le regioni con il maggior ricorso all'assistenza domiciliare la PA di Trento e la Campania con percentuali pari al 6,3% e 6,1% per le persone con limitazioni funzionali, seguite dal Friuli-Venezia Giulia, Umbria e Basilicata con valori compresi tra il 6,0-5,3%. Seguono anche la Toscana e la Sardegna che si attestano al 5,1% della persone con limitazioni. Le regioni con percentuali di ricorso all'assistenza domiciliare delle persone con limitazioni più basse sono la Valle d'Aosta, con il 2,5%, seguita da Veneto, e Lombardia che esprimono la stessa percentuale (3,3%), Molise (3,4%) e Lazio e Calabria (3,5%). I quozienti standardizzati per macroarea evidenziano nel Mezzogiorno un ricorso maggiore rispetto al dato nazionale, il 3,1% delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane. Percentuali inferiori al dato nazionale si rilevano nel Nord e nel Centro con valori, rispettivamente, pari a 2,8% e 2,6% per le persone con limitazioni nelle attività quotidiane.

Tabella 1 - *Persone (valori per 100) con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso all’assistenza domiciliare per regione - Anno 2023*

Regioni	Persone
Piemonte	3,9
Valle d’Aosta-Vallée d’Aoste	2,5
Lombardia	3,3
Bolzano-Bozen	4,1
Trento	6,3
Veneto	3,3
Friuli-Venezia Giulia	6,0
Liguria	3,8
Emilia-Romagna	3,9
Toscana	5,1
Umbria	5,5
Marche	3,8
Lazio	3,5
Abruzzo	4,0
Molise	3,4
Campania	6,1
Puglia	4,2
Basilicata	5,3
Calabria	3,5
Sicilia	3,6
Sardegna	5,1
Italia	4,1

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie “Aspetti della vita quotidiana”. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L’assistenza domiciliare è un servizio cruciale per le persone con limitazioni. I dati evidenziano ampie difformità nella quota di persone che ne usufruiscono, non giustificabili dalle prevalenze regionali della con-

dizione. Andrebbe approfondita l’analisi nelle regioni con quote sensibilmente inferiori alla media nazionale, come Valle d’Aosta, Veneto e Lombardia, per capirne le ragioni.

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che hanno fatto ricorso ai Centri di assistenza psichiatrica

Significato. Le persone con disabilità presentano disturbi psichici con una frequenza fino a 4 volte maggiore rispetto alle persone senza disabilità (1), per questo motivo si ritiene importante inserire un indicatore che fornisca una misura del ricorso ai Centri di

assistenza psichiatrica negli ultimi 3 mesi delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia. L'indicatore è importante per valutare la domanda del servizio di assistenza psichiatrica.

Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che hanno fatto ricorso ai Centri di assistenza psichiatrica

Numeratore	Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ai Centri di assistenza psichiatrica residenti nella regione <i>i</i>
Denominatore	Persone con limitazioni nelle attività quotidiane che vivono in famiglia residenti nella regione <i>i</i>

x 100

Validità e limiti. I dati sono tratti dall'Indagine Multiscopo dell'Istat "Aspetti della Vita Quotidiana" per l'anno 2023. Nell'ambito delle statistiche europee sulla disabilità l'Istat ha inserito in alcune indagini sociali un unico quesito predisposto in collaborazione con la banca europea Eurostat nel quadro del Progetto *European Disability Measurement Project*. Il quesito, il *Global Activities Limitations Indicator*, rileva le persone che, a causa di problemi di salute, dichiarano di avere delle limitazioni, gravi e non gravi, che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono.

Valore di riferimento/Benchmark. Come valore di riferimento si può assumere il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, in Italia, il ricorso ai Centri di assistenza psichiatrica negli ultimi 3 mesi per le persone con

limitazioni nelle attività quotidiane è pari all'1,9%. L'analisi dei dati territoriali non evidenziano un gradiente territoriale nel ricorso ai Centri di assistenza psichiatrica: la regione in cui si ricorre maggiormente ai Centri è la Sardegna, con il 3,3% delle persone con limitazioni nelle attività quotidiane, seguita dalla PA di Bolzano e dal Lazio entrambe con il 3,1%, PA di Trento (2,8%), Abruzzo e Campania con il 2,5% e Piemonte ed Emilia-Romagna con il 2,3% della popolazione con limitazioni. Di poco superiori al dato nazionale i valori relativi al Friuli-Venezia Giulia, Liguria e Toscana.

Basilicata, Puglia e Marche sono le regioni con il minor ricorso ai Centri di assistenza psichiatrica, solo l'1,0% della popolazione con limitazioni vi ricorre, seguite da Sicilia e Calabria con percentuali pari all'1,1% e da Umbria e Lombardia con percentuali, rispettivamente, pari a 1,3% e 1,4%. Di poco inferiore al dato nazionale il dato del Veneto (1,7%).

Tabella 1 - Persone (valori per 100) con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ai Centri di assistenza psichiatrica per regione - Anno 2023

Regioni	Persone
Piemonte	2,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste*	-
Lombardia	1,4
Bolzano-Bozen	3,1
Trento	2,8
Veneto	1,7
Friuli-Venezia Giulia	2,0
Liguria	2,0
Emilia-Romagna	2,3
Toscana	2,0
Umbria	1,3
Marche	1,0
Lazio	3,1
Abruzzo	2,5
Molise*	-
Campania	2,5
Puglia	1,0
Basilicata	1,0
Calabria	1,1
Sicilia	1,1
Sardegna	3,3
Italia**	1,9

*I dati della Valle d'Aosta e del Molise non sono affidabili.

**Il dato nazionale è depurato dai dati non significativi.

Fonte dei dati: Istat. Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Non è possibile formulare raccomandazioni.

Riferimenti bibliografici

(1) Cree RA, Okoro CA, Zack MM, Carbone E (2020). Frequent Mental Distress Among Adults by Disability Status, Disability Type, and Selected Characteristics - United States 2018. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR).

Salute mentale

L'organizzazione e l'erogazione dei servizi di salute mentale rappresentano un nodo strategico per i sistemi socio-sanitari moderni, in quanto riflettono il grado di inclusività e capacità di tutela dei diritti fondamentali di una collettività. I disturbi mentali e correlati all'uso di sostanze costituivano, già nel 2016, oltre il 12% del carico globale di malattia in *Disability-Adjusted Life Years*-DALYs (anni di vita persi a causa di disabilità o morte prematura), in crescita rispetto al 10% del 1990, con una tendenza all'aumento che non accenna a diminuire e che attraversa trasversalmente tutti i contesti socio-demografici (1). Si è registrato, infatti, un aumento significativo del peso dei disturbi mentali dal 1990, quando si trovavano al 13° posto come causa di DALYs, salendo al 7° posto nel 2019 (1). Tra il 1990-2021, il tasso std per età dei DALYs per disturbi mentali è aumentato del 17,28% (1). Tuttavia, la maggiore consapevolezza non si è tradotta in un adeguato incremento delle risorse, che ammonta all'1% dei budget sanitari destinati alla salute mentale nei Paesi a basso e medio reddito e un care gap (la sconcertante percentuale di persone con un disturbo mentale che non riceve alcun tipo di trattamento formale) globale stimato tra il 70-85% (2). Per rispondere a questa emergenza, l'OMS ha promosso il "Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030", che punta a rafforzare *governance*, prevenzione, diritti umani e servizi di comunità (3, 4). Nonostante il 91% dei Paesi dell'OMS disponga oggi di piani nazionali per la salute mentale, molti restano privi di budget ed efficienti strumenti di monitoraggio (5).

In Italia, la riforma psichiatrica di Franco Basaglia ha rappresentato un punto di svolta storico. Con la Legge n. 180/1978, l'Italia ha abolito i manicomi, promuovendo un modello di assistenza territoriale e integrata ispirato ai principi di de-istituzionalizzazione ed ai diritti umani, successivamente riconosciuti nella Dichiarazione di Caracas del 1990 (6, 7). Il sistema italiano è organizzato nei Dipartimenti di Salute Mentale, articolati in Centri di Salute Mentale, Servizi per le Dipendenze Patologiche, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e Strutture Residenziali e Semi-residenziali (Intensive ed Estensive) (6, 8). Nonostante l'impianto normativo avanzato, persistono disomogeneità regionali legate al decentramento amministrativo sancito dal Titolo V e dalla Legge n. 229/2001 (9). Le regioni del Nord investono fino al doppio delle risorse rispetto a quelle meridionali, con differenze significative nella dotazione di personale, nei tempi di attesa e nei tassi di accesso alle cure (9-11). A livello nazionale, la spesa per la salute mentale si attesta intorno al 3,5% della spesa sanitaria complessiva, tra le più basse in Europa (9, 11). Tale sottofinanziamento incide sulla capacità di garantire uniformemente i LEA, aggravando il divario Nord-Sud ed isole e aumentando il peso economico sulle famiglie (circa il 23% dei costi totali) (9, 11). La pandemia da SARS-CoV-2 ha ulteriormente stressato il sistema, riducendo del 20% i ricoveri psichiatrici nel 2020 (12) e generando un "effetto ombra" di sofferenza non intercettata (13). La fascia degli utenti in età evolutiva ha mostrato un incremento di disturbi d'ansia, dell'umore e del comportamento alimentare (13, 14). Al contempo, l'invecchiamento della popolazione e le disuguaglianze socio-economiche hanno accentuato la domanda di cure integrate e personalizzate (10). La collaborazione con il Terzo Settore, più sviluppata al Nord (60% dei Dipartimenti di Salute Mentale) che al Sud e nelle Isole (25% dei Dipartimenti di Salute Mentale), è essenziale per progetti di *housing* sociale e inserimento lavorativo (10, 15).

A livello internazionale, si distinguono modelli organizzativi differenziati: quello anglosassone, con forte integrazione con la medicina generale e programmi come *l'Improving Access to Psychological Therapies* nel Regno Unito; quello nordico, basato sul *welfare* inclusivo e digitalizzazione; quello mediterraneo, centrato sulla rete familiare e comunitaria (16). Le esperienze di "recovery-oriented services" e l'uso crescente della *digital mental health* mostrano come innovazione e partecipazione comunitaria possano migliorare accesso e qualità dei servizi (12, 17).

Una priorità nazionale è la creazione di un sistema informativo unificato per la salute mentale, oggi frammentato tra fonti e metodologie diverse (18). La definizione di un set condiviso di indicatori di struttura, processo ed esito e la costituzione di un Osservatorio permanente consentirebbero un monitoraggio sistematico, attività di *benchmarking* e una programmazione basata sull'evidenza (11). Ciò permetterebbe di ridurre le disuguaglianze territoriali e migliorare trasparenza, efficienza e *accountability*. Rafforzare la salute mentale come pilastro del SSN è indispensabile per realizzare i principi della Legge n. 180/1978 e gli obiettivi dell'Agenda 2030 per la salute e il benessere di tutti (19).

Riferimenti bibliografici

(1) Fan Y, Fan A, Yang Z, Fan D. Global burden of mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2021: results from the global burden of disease study 2021. *BMC Psychiatry*. 2025 May 15; 25 (1): 486.

- (2) Guerrero Z et al. Mental health plans and policies across the WHO European region, *Cambridge Prisms: Global Mental Health* 11, e110 (2024).
- (3) WHO. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 (2021).
- (4) WHO. Mental Health Atlas 2020 (2021).
- (5) World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020. Ginevra, 2013.
- (6) Basaglia F. La condizione manicomiale in Italia, 1967.
- (7) Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas, 1990.
- (8) Calò W. et al. Il ruolo del Terzo Settore nella salute mentale in Italia: un'indagine nazionale, 2021. Legge 5 giugno 2001, n. 229.
- (9) Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Rapporto Salute Mentale, 2024.
- (10) Istat. Rapporto sulla disuguaglianza socio-economica, 2024.
- (11) De Girolamo G. et al. Proposta di indicatori per la valutazione dei DSM, *Rassegna Italiana di Psichiatria*, 2022.
- (12) Torous J. et al. Digital mental health and COVID-19: *JMIR*, 2020.
- (13) Erskine HE et al. A heavy burden on young minds: *Psychol Med* 45, 1551-63 (2015).
- (14) Kieling C et al. Child and adolescent mental health worldwide: *Lancet* 378, 1515-25 (2011).
- (15) Istat. Annuario statistico italiano, 2024.
- (16) Thornicroft G. et al. Community mental health care worldwide: *Lancet Psychiatry*, 2016.
- (17) Martinelli A, Pozzan T, Procura E, D'Astore C, Cristofalo D, Bonetto C, Ruggeri M. Feasibility, Acceptability, and Impact of Recovery-Oriented Practices in an Italian Community Mental Health Service: A Pilot Study. *J Clin Med*. 2025 Mar 27; 14(7): 2280. doi: 10.3390/jcm14072280. PMID: 40217730; PMCID: PMC11990030.
- (18) Ministero della Salute. Sistema informativo salute mentale: problematiche di raccolta, 2023.
- (19) United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, 2015.

Consumo di farmaci antidepressivi

Significato. L'indicatore del consumo di farmaci antidepressivi quantifica l'esposizione della popolazione a questa specifica classe terapeutica, fornendo una metrica standardizzata per il monitoraggio sanitario e la farmaco-epidemiologia. L'obiettivo primario è analizzare l'utilizzo dei farmaci appartenenti al gruppo N06A del sistema di classificazione Anatomico Terapeutico Chimico (ATC), erogati nell'ambito del SSN.

Il consumo viene misurato attraverso l'unità standard internazionale della Dose Definita Giornaliera (*Defined Daily Dose- DDD*) per 1.000 abitanti die (DDD/1.000 ab die). La DDD è un'unità di misura internazionale dell'OMS definita dal *Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology* di Oslo e rappresenta la dose media giornaliera di mantenimento di un farmaco per la sua principale indicazione nel-

l'adulto (1). Questo standard permette di effettuare confronti validi e affidabili nel tempo, tra diverse aree geografiche e tra diverse molecole, indipendentemente dal costo, dalla formulazione o dal dosaggio della singola confezione.

Le fonti dei dati sono i flussi informativi istituzionali sulla spesa farmaceutica, come quelli gestiti dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) dell'AIFA, che aggregano i dati di prescrizione a carico del SSN (assistenza convenzionata) selezionando i codici ATC NA06AA, NA06AB, NA06AF, NA06AG, NA06AX (1-3).

Inoltre, per l'anno 2023, sono stati estrapolati i dati relativi alla spesa pro capite e al costo medio della DDD per regione dal Rapporto Nazionale "L'uso dei Farmaci in Italia" (OsMed).

Consumo di farmaci antidepressivi in *Defined Daily Dose*

Numeratore	Consumo di farmaci antidepressivi in <i>Defined Daily Dose</i> *
	_____ x 1.000
Denominatore	Popolazione residente pesata** x 365

*Il calcolo del totale delle DDD utilizzato è stato ottenuto sommando le DDD contenute in tutte le confezioni prescritte.

**È stato utilizzato il sistema di pesi organizzato su sette fasce di età predisposto dal Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute per la ripartizione della quota capitaria del Fondo Sanitario Nazionale.

Validità e limiti. L'interpretazione dei dati sul consumo di antidepressivi richiede un'analisi critica, tenendo conto di limiti metodologici e fattori di confondimento che incidono sulla valutazione dei risultati.

Un primo limite riguarda la polivalenza prescrittiva di questa classe di farmaci: il consumo registrato non riflette esclusivamente il trattamento dei disturbi depressivi maggiori, poiché gli antidepressivi vengono impiegati (*on* o *off-label*) anche per altre condizioni quali, ad esempio, i disturbi d'ansia, il dolore neuropatico cronico, la fibromialgia e la profilassi dell'emicrania. Pertanto, un aumento del consumo non implica necessariamente una maggiore prevalenza di depressione (2).

Inoltre, i dati rappresentano i volumi prescritti ed erogati dal SSN, non il reale consumo da parte dei pazienti. Ne deriva una discrepanza potenziale dovuta a scarsa aderenza o sospensione volontaria precoce del trattamento, spesso legata a effetti avversi, o alla remissione dei sintomi.

L'analisi è ulteriormente limitata ai farmaci rimborsati dal SSN, escludendo prescrizioni private o acquisti *out-of-pocket*, che determinano una sottostima del consumo totale e rendono non monitorabile il mercato non convenzionato.

Per ridurre l'influenza di variabili socio-demografiche

(età e genere) nei confronti interregionali, è stata utilizzata la popolazione pesata, calcolata secondo i pesi ministeriali per la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, garantendo comparabilità tra territori con diverse strutture demografiche.

Infine, l'analisi integra i dati dei flussi informativi SSN, includendo erogazione in assistenza convenzionata (farmacie territoriali), distribuzione diretta e per conto e fornitura ospedaliera.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento è dato dal valore nazionale del consumo di farmaci antidepressivi nell'anno considerato.

Descrizione dei risultati

L'analisi dei dati di consumo ed esposizione agli antidepressivi nel periodo 2011-2023 evidenzia un trend di crescita costante e generalizzato su tutto il territorio nazionale (Tabella 1, Grafico 1).

Nel 2023 il consumo di farmaci in Italia raggiunge 47,1 DDD/1.000 ab die, proseguendo il trend di crescita costante osservato nell'ultimo decennio. Pur in un contesto generale di aumento uniforme, persistono differenze territoriali, con un gradiente Nord-Sud ed Isole. Nel Centro-Nord, i consumi rimangono stabilmente superiori alla media nazionale, ad eccezione di

Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Veneto e Valle d'Aosta. I valori maggiori si registrano in Toscana e in Liguria con, rispettivamente, il 69,3 e 61,3 DDD/1.000 ab die. Nel Sud, dove i consumi risultano più bassi rispetto al resto del Paese, le regioni dove si registrano i valori minori sono Campania, Basilicata e Puglia (rispettivamente, 36,7, 37,9 e 36,5 DDD/1.000 ab die).

Considerando l'intero arco temporale 2011-2023, le regioni che presentano un incremento maggiore sono la Lombardia (+30,7%), l'Abruzzo (+30,3) e la PA di Trento (28,5%). Gli incrementi minori, invece si osservano nelle Isole e nel Lazio. L'analisi della spesa pro capite e del costo medio per DDD evidenzia differenze tra le macroaree. Nel 2023, i valori medi nazionali si attestano, rispettivamente, a 7,35€ e 0,43€.

Le regioni del Nord registrano una spesa pro capite media pari a 7,41€, leggermente superiore al valore nazionale, con costi medi generalmente contenuti (0,41€). All'interno dell'area si distinguono la Liguria (9,54€) e la PA di Bolzano (9,32€) che presentano i livelli di spesa più elevati. L'Emilia-Romagna si caratterizza per il costo medio più basso del Paese (0,37€), mentre le altre regioni settentrionali mostrano valori intermedi, con costi unitari compresi tra 0,40-0,42€. Fa eccezione la Valle d'Aosta che presenta un costo medio tra i più elevati del Paese pari a 0,48€. Inoltre, nel Nord, il Friuli-Venezia Giulia, presenta la spesa pro capite minore del Paese (5,88€) tra tutte le regioni.

Le regioni del Centro presentano la spesa pro capite più elevata tra le macroaree, con una media di 8,11€. La Toscana è la regione con il valore di spesa pro capite più elevata (9,86€). Da evidenziare, inoltre, è il costo medio del Lazio e delle Marche che risulta superiore alla media nazionale (rispettivamente, 0,46€ e 0,45€).

Nel Sud e nelle Isole la spesa pro capite è la più bassa del Paese, con un valore medio pari a 6,81€, mentre il costo medio per DDD risulta il più elevato (0,47€ vs 0,41 al Nord e 0,42€ al Centro). In questa area del Paese si registrano i valori maggiori riguardo il costo medio. Nello specifico, le regioni interessate sono l'Abruzzo e la Campania (pari merito 0,49€.)

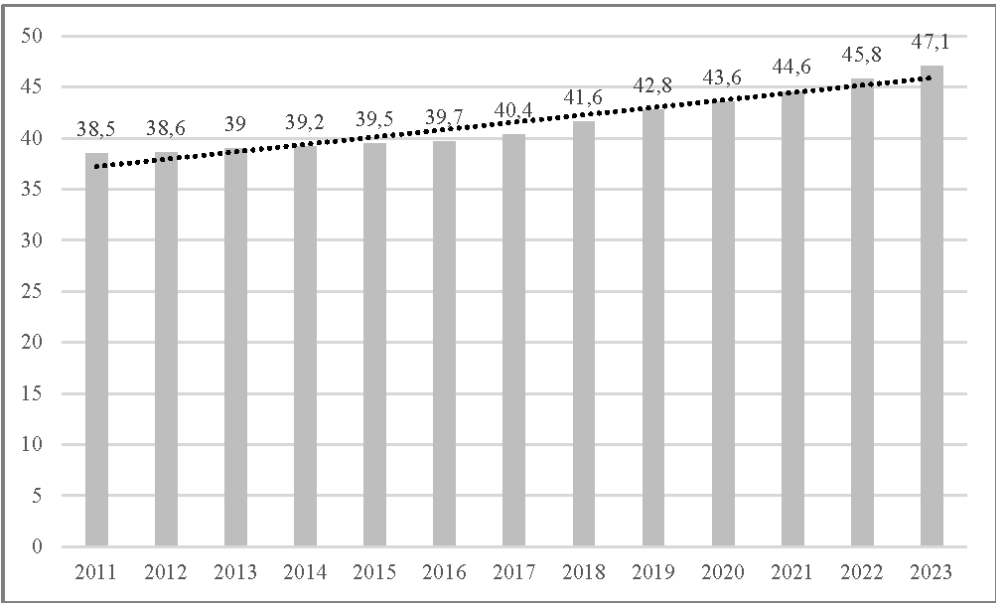
In conclusione, l'analisi della serie storica che conferma un aumento costante del consumo di antidepressivi dal 2011, indica una progressiva normalizzazione dell'impiego di questi farmaci nella pratica clinica e delinea un mercato in espansione, caratterizzato da un utilizzo sempre più strutturato delle terapie farmacologiche. La contraddittorietà della differenza tra consumo e spesa pro capite tra Centro-Nord (più alta) e Mezzogiorno (più bassa) potrebbe essere giustificata in parte sia da una sperequazione di costo medio per DDD tra le differenti macroaree e sia dal fatto che nel Sud e nelle Isole, a fronte di meno trattamenti, si ricorra in proporzione a farmaci più recenti e onerosi, evidenziando un'area di miglioramento nell'appropriatezza prescrittiva (Tabella 2).

Tabella 1 - Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2011-2023

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2022)
Piemonte	41,9	42,4	44,0	44,3	44,6	45,2	46,0	47,3	48,8	49,2	50,4	52,5	54,5	3,9
Valle d'Aosta	37,4	36,6	37,9	38,8	38,5	38,1	38,5	40,0	41,5	42,1	43,6	44,9	47,0	4,6
Lombardia	34,9	35,5	36,1	36,6	37,1	37,6	38,3	39,5	40,0	40,7	42,3	43,6	45,6	4,3
Bolzano-Bozen	51,1	51,8	51,7	52,1	53,0	53,5	53,6	54,5	56,0	56,1	57,1	59,0	60,3	1,8
Trento	36,8	37,2	37,5	38,1	38,4	38,9	39,6	41,5	42,4	43,2	45,1	46,0	47,3	2,8
Veneto	36,5	37,0	37,1	37,3	37,9	37,8	38,7	40,3	41,4	42,2	43,1	44,4	45,7	3,0
Friuli-Venezia Giulia	32,5	33,0	34,3	34,1	34,0	33,6	34,4	35,7	36,5	35,3	37,8	39,1	40,2	2,6
Liguria	51,1	50,6	53,4	53,3	53,4	52,8	54,2	55,2	56,9	57,9	58,7	60,3	61,7	2,5
Emilia-Romagna	48,5	48,9	50,2	50,1	50,3	49,0	49,9	52,1	53,3	53,6	55,1	57,1	58,1	1,7
Toscana	59,3	58,9	60,0	60,7	60,7	60,7	61,5	62,2	63,6	65,2	66,3	67,6	69,3	2,5
Umbria	49,4	50,0	51,2	50,4	51,0	51,9	52,5	53,9	55,1	57,1	57,6	57,8	59,6	3,1
Marche	39,7	39,2	40,8	41,3	41,7	42,2	42,6	43,6	45,0	45,6	46,7	47,5	48,9	3,0
Lazio	36,0	35,7	35,6	34,5	34,9	35,1	35,7	36,7	38,3	38,7	39,5	40,4	41,4	2,5
Abruzzo	35,6	35,5	36,2	36,8	37,2	37,8	38,7	40,1	41,6	42,9	43,6	45,0	46,4	3,2
Molise	30,6	30,5	31,0	33,1	32,1	31,8	32,9	34,4	35,7	36,8	37,5	38,3	39,3	3,3
Campania	29,3	29,2	28,6	29,3	29,9	30,5	30,9	32,1	33,3	34,2	35,1	35,8	36,7	2,9
Puglia	30,3	30,3	30,4	30,7	31,0	31,1	31,7	32,6	34,2	35,2	35,8	36,5	37,9	4,2
Basilicata	29,8	29,5	30,1	30,5	30,9	31,2	31,5	31,9	33,2	34,1	34,9	35,8	36,5	2,0
Calabria	34,9	35,5	36,0	36,6	37,0	37,4	37,8	38,8	40,2	41,3	41,4	41,8	42,7	2,6
Sicilia	32,1	44,1	30,9	30,7	31,0	31,4	32,0	33,0	34,4	35,2	35,7	36,4	37,3	3,0
Sardegna	44,3	38,6	43,6	43,8	44,1	43,9	44,4	45,1	45,6	47,1	48,2	49,4	50,5	2,7
Italia	38,5	38,6	39,0	39,2	39,5	39,7	40,4	41,6	42,8	43,6	44,6	45,8	47,1	3,1

Fonte dei dati: Rapporto Nazionale "L'uso dei Farmaci in Italia" (OsMed). Anno 2025.

Grafico 1 - Trend del consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età - Anni 2011-2023



Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Tabella 2 - Spesa pro capite (valori in €), consumo (valori in DDD/1000 abitanti die) e costo medio (valori in €) per giornata di terapia per regione - Anno 2023

Regioni	Spesa pro capite*	DDD/1.000 ab die	Costo medio DDD*
Piemonte	7,93	54,5	0,40
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,22	47,0	0,48
Lombardia	6,93	45,6	0,42
Bolzano-Bozen	9,32	60,3	0,42
Trento	7,21	47,3	0,42
Veneto	6,93	45,7	0,41
Friuli-Venezia Giulia	5,88	40,2	0,40
Liguria	9,54	61,7	0,42
Emilia-Romagna	7,89	58,1	0,37
Toscana	9,86	69,3	0,39
Umbria	8,37	59,6	0,39
Marche	7,96	48,9	0,45
Lazio	6,94	41,4	0,46
Abruzzo	8,29	46,4	0,49
Molise	6,73	39,3	0,47
Campania	6,51	36,7	0,49
Puglia	6,39	37,9	0,46
Basilicata	6,15	36,5	0,46
Calabria	7,16	42,7	0,46
Sicilia	6,48	37,3	0,48
Sardegna	8,3	50,5	0,45
Italia	7,35	47,1	0,43
Nord	7,41	50,1	0,41
Centro	8,11	52,7	0,42
Sud ed Isole	6,81	39,5	0,47

*Rapporto Nazionale “L'uso dei Farmaci in Italia” (OsMed).

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei dati 2011-2023 conferma un aumento costante e sostenuto del trend di consumo di antidepressivi in Italia, con un'esposizione media di 47,1 DDD per 1.000 ab die e una spesa pro capite di 7,35€ nel 2023. L'incremento, generalizzato su tutto il territorio, riflette una maggiore consapevolezza dei disturbi dell'umore, ma pone anche sfide rilevanti per la sanità pubblica (4). Per ottimizzare l'uso delle risorse e promuovere un approccio più equilibrato, è prioritario potenziare i servizi psicologici e psicoterapeutici territoriali, soprattutto nel Mezzogiorno e nelle aree interne. Occorre, inoltre, rafforzare la formazione dei MMG su diagnosi differenziale e strategie di step care, per ridurre la medicalizzazione dei sintomi lievi e favorire l'aderenza alle Linee Guida. Sul piano della governance, il monitoraggio della spesa per terapie innovative deve integrarsi con valutazioni di *Health Technology Assessment* per un uso razionale dei farmaci ad alto costo. La programmazione regionale dovrebbe infine promuovere modelli, *evidence-based*,

di trattamento integrato territoriale capaci di offrire oltre che la farmacoterapia, interventi psicologici, socio-riabilitativi e iniziative a promozione del benessere, in un *framework* a *governance* nazionale riducendo, così, le disuguaglianze territoriali e garantendo percorsi di cura completi ed equi.

Riferimenti bibliografici

- (1) WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2024. Oslo, 2024.
- (2) WHO, Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Ginevra, 2017.
- (3) Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2022. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2023. Disponibile sul sito: www.aifa.gov.it/documents/20142/1967301/Rapporto-OsMed-2023.pdf.
- (4) Oscoz-Iruozqui M, Villani L, Martinelli S, Ricciardi W, Gualano MR. Trend analysis of antidepressant consumption in Italy from 2008 to 2022 in a public health perspective. *Sci Rep.* 2025 Apr 9;15(1):12124. doi: 10.1038/s41598-025-96037-z. PMID: 40204785; PMCID: PMC11982533.

Ospedalizzazione per disturbi psichici

Significato. L'indicatore qui proposto si fonda sul conteggio dei pazienti dimessi, almeno una volta nell'anno di riferimento (2023), da reparti di psichiatria con diagnosi primaria o secondaria di disturbo mentale (codici ICD-9-CM 290-319). L'analisi si concentra esclusivamente sui ricoveri avvenuti in regime ordinario e di DH. Ai fini di garantire la massima specificità, sono stati inclusi unicamente i ricoveri acuti, escludendo le lungodegenze e le prestazioni riabilitative.

L'obiettivo principale di questa misura consiste nel descrivere la prevalenza annuale di soggetti con bisogno di assistenza psichiatrica in fase acuta, stratificata per genere, fascia di età e area geografica. La scelta

di escludere il regime diurno focalizza l'indicatore sulla gestione delle crisi più severe che richiedono un'ospedalizzazione a tempo pieno. Sebbene ciò non permetta di cogliere la complessità dei percorsi di cura semi-residenziali, offre una misura più mirata della pressione sui Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) per la gestione dell'acuzie.

L'esclusione delle lungodegenze e delle riabilitazioni assicura che l'indicatore rifletta il numero di persone trattate per almeno un episodio sub-acuto o acuto nell'anno, offrendo così una base solida per il monitoraggio delle politiche di salute mentale e l'allocazione delle risorse ospedaliere.

Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbo psichico*

$$\text{Tasso di dimissioni ospedaliere per disturbo psichico} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere con diagnosi principale di disturbo psichico}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

Validità e limiti. La presente analisi si basa sul flusso standardizzato delle SDO trasmesse da tutte le strutture sanitarie italiane, con copertura territoriale completa e dal NSIS che è stato istituito nel 2001 con l'obiettivo di fornire un patrimonio di dati e metodologie per misurare la qualità, l'efficienza e l'appropriatezza dei servizi sanitari. (1, 2). Le modalità di raccolta e codifica delle SDO sono uniformi, ma non si può escludere una variabilità nella completezza e nella qualità delle informazioni inserite in ciascun Ospedale (1).

Per minimizzare distorsioni dovute alle differenze demografiche regionali, tutti i tassi di dimissione sono stati età-standardizzati utilizzando come riferimento la popolazione residente in Italia censita dall'Istat per l'anno 2023 e per tutti gli anni della serie storica presi in considerazione.

Grazie a un codice anonimo univoco presente in ogni SDO, è possibile evitare il doppio conteggio dei singoli pazienti nell'arco dell'anno. La qualità di questo identificativo è molto elevata (circa il 99% di SDO con codice affidabile) e nell'analisi sono state incluse esclusivamente le schede con codice ritenuto valido.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento è dato dal valore nazionale medio del tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, i dati sui ricoveri psichiatrici mostrano marcate eterogeneità territoriali e di genere.

Ricoveri Ordinari (SPDC)

La PA di Bolzano (44 per 10.000 uomini; 50 per

10.000 donne) e la Valle d'Aosta (37 per 10.000 uomini; 44 per 10.000 donne) registrano tassi di dimissione quasi doppi rispetto alla media nazionale, seguite da Piemonte, Liguria ed Emilia-Romagna. Al contrario, Campania (9 per 10.000 uomini; 8 per 10.000 donne), Basilicata, Calabria e Abruzzo presentano i valori minori collocandosi su livelli inferiori alla media nazionale (Tabella 1).

La distribuzione per età indica un maggior coinvolgimento dei giovani adulti: a livello nazionale, il picco si osserva nella fascia di età 18-24 anni (40 per 10.000), con un calo progressivo nelle classi successive (31 per 10.000 nella classe di età 25-44, 26 per 10.000 nella classe di età 45-64 e 16 per 10.000 sia nella classe 65-74 anni e sia nei 65 anni ed oltre). Le differenze regionali sono particolarmente marcate nella fascia giovanile: Valle d'Aosta (152 per 10.000) e PA Bolzano (137 per 10.000) mostrano tassi quasi quadrupli rispetto alla media, mentre Basilicata (12 per 10.000), Campania (13 per 10.000), Calabria e Puglia (pari merito 17 per 10.000) si collocano ai livelli più bassi. Da evidenziare sono i valori della PA di Bolzano che risultano elevati in tutte le fasce di età, suggerendo una maggiore attenzione alla psicogeriatrica nelle classi età avanzate (Tabella 2).

Ricoveri in Day Hospital

L'analisi dei tassi di attività in DH nel 2023 evidenzia una forte eterogeneità regionale, con pochi territori attivi e gran parte del Paese in cui il servizio risulta sostanzialmente assente. La Valle d'Aosta presenta i livelli più elevati (9 per 10.000 negli uomini e 12 per 10.000 nelle donne), mantenendosi nettamente al di

sopra del resto d'Italia. Anche la Toscana mostra una presenza significativa del DH (7 per 10.000 negli uomini e 8 per 10.000 nelle donne), così come il Lazio, con 5 per 10.000 in entrambi i generi. In molte regioni, tra cui Lombardia, PA Trento, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Marche, Molise e Sardegna, i tassi sono pari a 0 in entrambi i generi, indicando una totale inattività del servizio o un suo assorbimento in altre forme assistenziali. Altre regioni presentano livelli minimi, tra 1-2 per 10.000, come Piemonte, Veneto, Liguria, Umbria e Abruzzo.

Nel complesso, la distribuzione dei tassi conferma un marcato ridimensionamento del DH psichiatrico, oggi concentrato in pochi contesti regionali e quasi assente nel resto del territorio. Dove l'attività persiste, i tassi risultano spesso più elevati nelle donne, suggerendo possibili differenze nei profili di accesso o nei bisogni assistenziali. Questa frammentazione

solleva interrogativi sul ruolo attuale del DH nei percorsi terapeutico-riabilitativi e sulla capacità delle reti regionali di garantire equità e continuità dell'assistenza (Tabella 3).

Andamento temporale 2015-2023

Il periodo 2015-2019 è stato caratterizzato da stabilità dei tassi di RO (26-27 per 10.000 uomini; 24-25 per 10.000 donne). La pandemia ha rappresentato un punto di rottura: nel 2020 si è registrato un crollo (20 per 10.000 uomini; 18 per 10.000 donne), dovuto alle barriere di accesso ai servizi durante la crisi sanitaria, seguito da una lenta ripresa senza ritorno ai livelli pre-pandemici (22 per 10.000 uomini; 21 per 10.000 donne nel 2023) (3, 4). Questo quadro suggerisce un "debito di cura" persistente e una capacità ridotta del sistema di rispondere al disagio post-pandemico.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere per Ricovero Ordinario con diagnosi principale di disturbo psichico per genere e regione - Anni 2015-2023

Regioni	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Piemonte	37	39	36	37	37	35	37	39	38	39	30	31	31	33	33	35	34	36
Valle d'Aosta	30	32	31	30	35	29	32	31	34	34	31	26	33	33	34	33	37	44
Lombardia	28	27	27	26	27	26	26	26	26	26	20	19	20	20	21	21	21	22
Bolzano-Bozen	51	55	45	53	48	50	45	47	49	45	38	42	37	40	40	43	44	50
Trento	25	23	26	25	22	20	23	20	26	23	19	16	21	17	24	20	32	27
Veneto	31	34	31	33	31	33	32	34	31	33	26	28	27	29	29	31	30	32
Friuli-Venezia Giulia	14	13	14	14	16	15	16	16	17	16	14	14	14	14	14	14	14	13
Liguria	47	45	49	42	44	41	42	39	42	39	33	29	33	31	35	31	37	31
Emilia Romagna	36	33	36	33	41	35	40	34	38	35	31	26	33	29	33	28	35	31
Toscana	23	24	22	22	23	24	24	24	23	23	18	19	20	20	20	22	20	22
Umbria	17	16	16	18	17	17	16	16	18	17	14	15	15	14	14	15	15	15
Marche	36	27	36	26	31	22	35	24	34	24	26	18	26	19	26	19	27	17
Lazio	18	17	17	15	17	15	17	16	18	16	14	13	15	15	15	15	16	15
Abruzzo	26	24	26	25	25	21	20	18	21	17	17	12	16	13	17	14	15	13
Molise	24	27	23	22	21	18	22	19	18	19	16	14	16	15	17	18	16	17
Campania	20	14	18	14	19	13	12	9	11	9	8	6	8	7	9	8	9	8
Puglia	20	17	20	16	19	15	19	14	18	14	13	9	13	10	15	11	17	13
Basilicata	20	15	20	16	17	13	15	14	13	13	10	11	11	11	12	10	13	10
Calabria	18	15	18	15	19	15	18	15	18	14	12	10	12	11	14	13	14	13
Sicilia	30	25	30	25	28	24	29	25	30	25	22	19	23	19	24	21	26	22
Sardegna	29	26	27	25	27	24	25	22	23	21	18	15	17	16	18	16	20	17
Italia	27	25	26	24	27	24	26	24	26	24	20	18	21	19	22	21	22	21

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Tabella 2 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere con diagnosi principale di disturbo psichico per regione - Anno 2023

Regioni	18-24	25-44	45-64	65-74	75+
Piemonte	61	46	45	32	21
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	152	53	45	24	13
Lombardia	50	30	25	15	13
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>137</i>	<i>56</i>	<i>44</i>	<i>46</i>	<i>55</i>
<i>Trento</i>	<i>58</i>	<i>40</i>	<i>34</i>	<i>20</i>	<i>30</i>
Veneto	60	42	37	27	22
Friuli-Venezia Giulia	25	17	12	9	25
Liguria	75	53	38	25	22
Emilia Romagna	44	47	36	20	35
Toscana	56	31	22	14	17
Umbria	28	20	16	11	18
Marche	36	38	28	11	10
Lazio	40	23	16	10	12
Abruzzo	26	23	17	9	7
Molise	37	24	19	14	8
Campania	13	14	11	5	6
Puglia	17	24	19	10	5
Basilicata	12	20	14	7	7
Calabria	17	19	26	11	8
Sicilia	30	36	35	18	8
Sardegna	41	30	19	11	14
Italia	40	31	26	16	16

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Tabella 3 - Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere per Day Hospital con diagnosi principale di disturbo psichico per genere e regione - Anni 2015-2023

Regioni	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Piemonte	2	2	2	3	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Valle d'Aosta	8	17	8	11	9	15	6	17	3	13	1	4	1	3	2	4	9	12
Lombardia	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bolzano-Bozen	6	7	5	7	4	5	4	5	4	5	3	2	2	2	2	3	4	3
Trento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Veneto	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Friuli-Venezia Giulia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Liguria	2	3	2	3	2	3	1	3	2	4	1	2	1	2	1	2	1	2
Emilia Romagna	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Toscana	5	6	5	6	5	6	5	6	5	6	4	5	4	6	5	6	7	8
Umbria	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1
Marche	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Lazio	5	6	4	6	5	6	5	5	4	4	3	4	3	3	4	5	5	5
Abruzzo	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
Molise	8	7	7	7	6	6	6	4	4	5	1	1	0	0	0	0	0	0
Campania	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2
Puglia	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	0	1	1	1	1	2
Basilicata	3	3	3	2	2	2	1	2	1	2	1	1	0	0	1	1	2	1
Calabria	3	3	2	3	4	3	2	3	2	3	1	1	1	2	2	2	2	3
Sicilia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	2	1	2
Sardegna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Italia	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei ricoveri psichiatrici 2015-2023 evidenzia un sistema di salute mentale sotto pressione, con ampie disuguaglianze territoriali, generazionali e di genere.

È prioritario, alla luce dei dati presentati, ridurre le disomogeneità territoriali nell'accesso ai servizi, rafforzando l'offerta nelle regioni con tassi più bassi (Campania, Basilicata, Lazio) e affrontando eventuali barriere strutturali. È, inoltre, prioritario intervenire nella fascia di età 18-24 anni, che presenta i livelli più elevati e un marcato gradiente Nord-Sud ed Isole. Il persistere di tassi nazionali inferiori al periodo pre-pandemico richiede azioni volte a recuperare il debito di cura, potenziando l'accessibilità e la tempestività dell'assistenza.

Il progressivo declino della psichiatria di comunità, evidenziato dalla quasi scomparsa del Day Hospital, indebolisce la continuità assistenziale. Serve un Piano Nazionale per la Salute Mentale che rafforzi i servizi territoriali e promuova percorsi integrati e sensibili al genere, con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze e garantire un accesso equo alle cure su tutto il territorio nazionale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione sanitaria. Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero SDO 2020, luglio 2022. Disponibile sul sito: Rapporto_SDO_2020.xlsb (salute.gov.it).
- (2) Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)
- (3) Boldrini T, Girardi P, Clerici M, Conca A, Creati C, Di Cicilia G, Ducci G, Durbano F, Maci C, Maone A, Nicolò G, Oasi O, Percudani M, Polselli GM, Pompili M, Rossi A, Salcuni S, Tarallo F, Vita A, Lingiardi V; Italian Network for Research on Mental Health during COVID-19 Pandemic. Consequences of the COVID-19 pandemic on admissions to general hospital psychiatric wards in Italy: Reduced psychiatric hospitalizations and increased suicidality. *ProNeuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021 Aug 30; 110: 110304.
- (4) Draghetti S, Alberti S, Borgia G, Panariello F, De Ronchi D, Atti AR. Compulsory and voluntary admissions in comparison: A 9-year long observational study. *Int J Soc Psychiatry*. 2022 Dec;68(8):1716-1726. doi: 10.1177/00207640211057731. Epub 2021 Dec 19. PMID: 34927496.
- (5) Panariello F, Longobardi S, Cellini L, De Ronchi D, Atti AR. Psychiatric hospitalization during the two SARS-CoV-2 pandemic waves: New warnings for acute psychotic episodes and suicidal behaviors. *World J Psychiatry*. 2021 Nov 19; 11 (11): 1.095-1.105. doi: 10.5498/wjp.v11.i11.1095. PMID: 34888176; PMCID: PMC8613752.

Incidenza *First ever*

Significato. Il primo accesso assoluto dei soggetti con nuova insorgenza di disagio psichico ai servizi di cura territoriali viene identificato come *first ever* (1).

Questo indicatore rappresenta una misura diretta per il monitoraggio dell'emergenza di nuovi casi e costituisce un valido indicatore indiretto (*proxy*) della tempestività della presa in carico. Nei disturbi mentali maggiori, infatti, una minore Durata di Malattia Non

Trattata (*Duration of Untreated Illness-DUI*) è un riconosciuto fattore predittivo di migliori esiti in termini di recupero clinico e funzionamento psico-sociale. Allo stesso tempo consente di identificare quali sono i fabbisogni della popolazione facilitando l'organizzazione e la programmazione dei servizi di salute mentale in termini di allocazione delle risorse e di definizione di strategie di prevenzione e sensibilizzazione.

Tasso di incidenza *first ever*

$$\text{Tasso di incidenza } first\ ever = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 10.000$$

Numeratore: N persone con primo contatto con servizi psichiatrici in una specifica fascia di età

Denominatore: Popolazione residente nella stessa fascia di età

Validità e limiti. L'indicatore è espresso come tasso per 10.000 abitanti ed è calcolato per fasce di età e genere. Esso fornisce una rappresentazione quantitativa dei nuovi contatti con i Dipartimenti di Salute Mentale (*first ever*), consentendo di monitorare l'incidenza dell'utenza che accede per la prima volta ai servizi.

Benché il dato non misuri direttamente la tempestività della presa in carico rispetto all'esordio del disturbo, nelle forme di patologia psichiatrica più severe il primo accesso tende a non essere significativamente ritardato. Per questo motivo l'indicatore può costituire, con le dovute cautele, una misura *proxy* indiretta dell'emersione clinica e dell'accesso ai servizi. Il *first ever* si configura come uno strumento sensibile, in grado di supportare il monitoraggio epidemiologico e di cogliere l'impatto di riassetto organizzativi e di campagne di sensibilizzazione e prevenzione sulla popolazione. I soggetti con evento *first ever* vengono identificati sulla base dell'apertura della relativa cartella clinica nell'anno di rilevazione a condizione che non risultino, nei sistemi informatici regionali, altre cartelle associate allo stesso identificativo (2). In questo senso, l'indicatore proposto potrebbe risentire di alcune criticità metodologiche legate ad errori nel sistema di raccolta dati, alla duplicazione delle cartelle, ad errori di identificazione del primo evento e corrette registrazioni dello stesso (3).

Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di un benchmark standardizzato, si riporta che il tasso di incidenza di nuovi utenti in contatto con i Dipartimenti di Salute Mentale in Italia nel 2022 è stato di 56,6 per 10.000 abitanti adulti. Tale media nazionale standardizzata presenta notevoli disomogeneità regionali (*range*: 10,2 per 10.000 Sardegna-101,1 per 10.000 PA di Bolzano). L'incidenza è risultata leggermente maggiore nelle donne (60,7 per 10.000) rispetto agli uomini (52,1 per 10.000). Complessivamente, i pazienti al

primo contatto nel 2022 sono stati 285.101, di cui il 94,4% "first ever" (senza contatti precedenti) (2).

Descrizione dei risultati

Nel 2023 l'incidenza dei *first ever* psichiatrici in Italia è stata pari a 51,3 per 10.000 abitanti, ma con differenze territoriali molto marcate. I valori più elevati si osservano in Calabria (111,1 per 10.000), seguita dalla PA di Bolzano (88,0 per 10.000) e dalla Valle d'Aosta (85,1 per 10.000). Al contrario, livelli particolarmente bassi si osservano nelle Marche (21,6 per 10.000), in Sardegna (24,9 per 10.000), Friuli-Venezia Giulia (27,7 per 10.000) e in Toscana (29,1 per 10.000), delineando un quadro fortemente eterogeneo che non segue un gradiente geografico. Le differenze per fascia di età sono altrettanto pronunciate: la classe 18-24 anni presenta il picco nazionale (82,0 per 10.000), con valori estremamente elevati in Valle d'Aosta (145,0 per 10.000), Lombardia (130,6 per 10.000), Emilia-Romagna (127,5 per 10.000), Liguria (126,1 per 10.000) e PA di Bolzano (120,1 per 10.000), mentre regioni come Marche, Sardegna e Friuli-Venezia Giulia si attestano su valori nettamente inferiori (rispettivamente, 36,7; 41,4 e 45,5 per 10.000). L'incidenza tende a ridursi nelle età adulte nella maggior parte delle regioni, ma la Calabria rappresenta un'eccezione, con una crescita progressiva che raggiunge i 172,1 per 10.000 nella fascia 55-64 anni, il valore più alto osservato in Italia. Nelle età più avanzate (>75 anni) l'incidenza si abbassa nel Centro-Nord, mentre rimane elevata in Molise (91,7 per 10.000), Calabria (91,5 per 10.000) e Sicilia (80,6 per 10.000).

Anche le differenze di genere contribuiscono alla variabilità complessiva: le donne presentano un'incidenza nazionale di 55,7 per 10.000, superiore a quella degli uomini (46,7 per 10.000), con divari particolarmente marcati in Umbria (61,5 vs 38,4 per 10.000), Valle d'Aosta (96,1 vs 73,3 per 10.000) e PA di Trento

(78,1 vs 56,6 per 10.000. Tra i 18-24 anni i valori femminili raggiungono livelli molto elevati, come in Valle d'Aosta (186,8 per 10.000), Umbria (157,9 per 10.000), Emilia-Romagna (155,8 per 10.000) e Lombardia (153,4 per 10.000), mentre i valori maschili, pur elevati, risultano più contenuti. Le regioni con i livelli più bassi per entrambi i generi risultano Friuli-Venezia Giulia, Marche e Sardegna. La distribuzione per gruppi diagnostici mostra che nelle fasce giovanili prevalgono le diagnosi in attesa di definizione (17,5 per 10.000 tra i 18-24 anni) e le sindromi nevrotiche e somatoformi (14,1 per 10.000), mentre nelle età adulte aumentano i casi di depressio-

ne, che raggiunge i 16,2 per 10.000 tra i 55-64 anni. Nelle età anziane cresce la quota di demenze e disturbi organici, 8,1 per 10.000 negli *over 75* anni. Nel complesso, l'incidenza dei *first ever* nel 2023 delinea un Paese caratterizzato da differenze territoriali molto ampie, accentuate nelle fasce giovanili, nelle età più avanzate e tra i generi. Il profilo diagnostico varia sensibilmente lungo il corso di vita, contribuendo a configurare pattern epidemiologici regionali distinti che richiedono ulteriori approfondimenti per comprendere pienamente le dinamiche di accesso e intercettazione dei nuovi casi nei diversi territori.

Tabella 1 - Incidenza (valori per 10.000) *first ever* per classe di età e regione - Anno 2023

Regioni	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75	Totale
Piemonte	101,8	61,1	51,0	48,1	48,0	34,4	22,8	47,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	145,0	91,1	74,1	79,1	108,7	79,9	43,9	85,1
Lombardia	130,6	73,0	50,9	41,7	47,4	38,8	23,8	51,8
Bolzano-Bozen	120,1	102,4	90,9	78,2	77,0	77,5	84,8	88,0
Trento	113,3	74,0	64,2	62,9	61,3	57,4	61,2	67,6
Veneto	63,7	55,5	49,6	49,8	52,9	47,3	34,7	49,4
Friuli-Venezia Giulia	45,5	36,3	30,2	30,2	29,0	20,5	15,4	27,7
Liguria	126,1	81,6	70,9	71,1	78,5	55,6	32,6	67,5
Emilia-Romagna	127,5	79,6	60,6	58,4	61,0	48,0	35,7	61,7
Toscana	68,7	40,9	30,8	29,7	28,0	20,4	11,5	29,1
Umbria	114,9	60,2	50,9	58,2	59,8	35,2	12,6	50,4
Marche	36,7	24,4	20,8	21,1	22,6	18,0	15,9	21,6
Lazio	85,7	60,4	55,0	68,9	75,9	54,6	22,4	59,5
Abruzzo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Molise	71,4	65,2	54,1	68,4	73,1	66,1	91,7	70,6
Campania	46,0	34,7	38,6	51,8	65,1	34,7	23,7	43,5
Puglia	59,6	44,9	52,7	57,7	69,9	49,4	39,8	53,8
Basilicata	55,4	35,5	33,9	38,5	41,4	31,2	44,8	39,3
Calabria	61,7	63,7	93	140,7	172,1	111,7	91,5	111,1
Sicilia	60,2	50,5	54,4	63,5	76,9	58,4	80,6	64,2
Sardegna	41,4	28,2	22,4	27,3	28,5	23,2	12,0	24,9
Italia	82,0	55,3	49,1	52,3	58,8	43,2	31,9	51,3

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Anno 2025.

Tabella 2 - Incidenza (valori per 10.000) first ever per classe di età e regione. Maschi - Anno 2023

Regioni	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>75	Totale
Piemonte	88,3	59,3	48,6	43,8	40,3	26,9	19,2	43,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	106,3	91,0	75,0	62,9	83,6	59,8	50,0	73,3
Lombardia	109,8	70,5	45,7	36,6	42,3	33,4	20,8	47,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>118,6</i>	<i>99,9</i>	<i>77,8</i>	<i>66,1</i>	<i>67,1</i>	<i>62,3</i>	<i>75,4</i>	<i>78,9</i>
<i>Trento</i>	<i>100,6</i>	<i>64,7</i>	<i>53,4</i>	<i>52,7</i>	<i>49,1</i>	<i>48,8</i>	<i>44,2</i>	<i>56,6</i>
Veneto	48,8	50,1	43,0	42,6	44,1	35,6	30,1	41,8
Friuli-Venezia Giulia	33,2	33,7	27,9	26,2	24,9	15,6	10,3	23,7
Liguria	104,9	78,8	62,0	61,1	65,1	48,9	29,2	60,3
Emilia-Romagna	102	70,9	51,4	47,3	50,4	37,2	30,5	52,2
Toscana	54,6	38,5	27,3	26,7	22,8	16,6	10,3	25,8
Umbria	75,6	47,0	37,5	42,0	45,4	26,6	11,6	38,4
Marche	28,0	21,7	15,8	18,8	18,3	15,3	15,9	18,5
Lazio	70,7	60,8	52,8	62,0	62,5	41,2	18,0	53,0
Abruzzo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Molise	68,9	66,1	53,1	72,7	76,2	69,1	102,6	73,0
Campania	45,8	36,7	39,8	50,2	57,5	31,6	22,9	42,2
Puglia	52,1	42,3	49,9	53,1	62,8	45,7	43,6	50,5
Basilicata	51,3	38,5	33,3	34,8	38,4	28,8	42,4	37,3
Calabria	60,1	67,2	99,1	140,6	153,6	97,9	77,5	104,9
Sicilia	68,4	59,3	61,4	64,8	73,5	52,3	70,2	64,3
Sardegna	37,3	27,8	17,4	22,7	20,8	16,2	8,8	20,4
Italia	70,8	54,1	46,2	47,3	50,8	36,1	28,5	46,7

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Anno 2025.**Tabella 3** - Incidenza (valori per 10.000) first ever per classe di età e regione. Femmine - Anno 2023

Regioni	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	>75	Totale
Piemonte	116,7	63,0	53,3	52,4	55,4	41,3	25,3	51,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	186,8	91,2	73,1	94,7	133,4	98,7	39,6	96,1
Lombardia	153,4	75,7	56,2	46,9	52,4	43,7	25,8	56,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>121,7</i>	<i>105,0</i>	<i>104,3</i>	<i>90,3</i>	<i>87,1</i>	<i>91,5</i>	<i>91,6</i>	<i>96,9</i>
<i>Trento</i>	<i>12,07</i>	<i>83,7</i>	<i>75,2</i>	<i>73,0</i>	<i>73,3</i>	<i>65,7</i>	<i>72,9</i>	<i>78,1</i>
Veneto	79,8	61,2	56,2	57,2	61,6	58,0	38,0	56,7
Friuli-Venezia Giulia	59,1	39,1	32,7	34,2	33,0	24,9	18,9	31,4
Liguria	149,3	84,6	80,0	80,8	91,2	61,5	34,8	74,0
Emilia-Romagna	155,8	88,9	69,9	69,4	71,3	57,6	39,3	70,7
Toscana	84,2	43,5	34,2	32,7	32,9	23,8	12,4	32,2
Umbria	157,9	74,2	64,1	73,8	73,3	43,0	13,3	61,5
Marche	46,3	27,2	25,7	23,4	26,8	20,4	15,9	24,4
Lazio	102,1	59,9	57,2	75,4	88,3	66,3	25,3	65,6
Abruzzo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Molise	74,3	64,2	55,2	64,1	70,0	63,2	84,0	68,4
Campania	46,2	32,6	37,4	53,3	72,3	37,5	24,2	44,7
Puglia	67,6	47,6	55,4	62,2	76,4	52,7	37,0	56,9
Basilicata	59,9	32,2	34,5	42,1	44,3	33,4	46,5	41,2
Calabria	63,5	60,1	86,7	140,9	189,3	124,6	101,7	116,9
Sicilia	51,3	41,3	47,3	62,2	80,1	63,9	88,0	64,0
Sardegna	45,9	28,7	27,4	32,0	36,0	29,7	14,3	29,2
Italia	94,2	56,6	52,0	57,2	66,4	49,6	34,3	55,7

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Anno 2025.

Tabella 4 - Incidenza (valori per 10.000) *first ever* per classe di età e gruppo diagnostico - Anno 2023

Gruppo diagnostico	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Totale
Disturbi da abuso o intossicazione da sostanze psicoattive	1,5	1,7	1,5	1,2	0,8	0,4	0,1	1,0
Altri disturbi psichici	9,8	5,2	4,6	5,1	5,6	3,0	1,5	4,7
Assenza di patologia psichiatrica	5,0	4,0	4,0	3,7	3,6	3,0	2,7	3,6
Demenze e disturbi mentali organici	0,6	0,6	0,6	0,8	1,5	2,8	8,1	2,2
Depressione	10,8	8,5	9,0	12,0	16,2	11,8	6,4	10,9
Diagnosi in attesa di definizione	17,5	11,8	9,8	9,8	10,2	7,8	6,3	9,9
Disturbi della personalità e del comportamento	9,5	4,4	2,7	2,4	2,2	1,3	0,5	2,8
Mania e disturbi affettivi bipolari	2,0	2,3	2,3	2,8	3,6	2,6	1,1	2,5
Ritardo mentale	4,7	1,8	1,2	1,1	1,0	0,7	0,7	1,3
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	6,5	5,7	5,1	5,3	5,9	4,4	1,7	4,8
Sindromi nevrotiche e somatoformi	14,1	9,4	8,1	8,0	8,3	5,5	3,0	7,6
Italia	82,0	55,3	49,1	52,3	58,8	43,2	31,9	51,3

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il “Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030” dell’OMS prevede tra i principali obiettivi la fornitura di servizi di salute mentale e sociali completi, integrati nelle comunità (8). Questo implica lo sviluppo di una rete assistenziale in grado intercettare precocemente i disturbi, soprattutto nei casi di primo episodio psichiatrico (8). Nel contesto italiano emerge una marcata eterogeneità nel rilevamento del *first ever* psichiatrico, che ostacola l’attuazione dei principi promossi dall’OMS. Evidente è l’ampia variabilità esistente tra le diverse regioni sulla rilevazione e sulla gestione dei casi di primo contatto con i servizi di salute mentale a livello territoriale. Questa disomogeneità riflette le differenze nei modelli organizzativi e assistenziali nei diversi territori che condizionano fortemente la capacità di intercettazione precoce degli utenti, con un sensibile ritardo nell’accesso alle cure e nel trattamento dei diversi disagi psichici. Permane, inoltre, una marcata differenza di genere, con una maggiore incidenza di *first ever* nel genere femminile rispetto al genere maschile (9), verosimilmente legata ad una maggiore propensione delle prime nel rivolgersi ai servizi rispetto agli uomini, ancora condizionati dallo stigma e da barriere psicologiche e culturali che limitano la richiesta di aiuto (10). Il quadro complessivo evidenzia la necessità di politiche orientate al rafforzamento della rete assistenziale e alla programmazione di interventi precoci. In questa prospettiva, l’utilizzo dell’Intelligenza Artificiale (in particolare dei modelli di *machine learning*) rappresenta una risorsa promettente per identificare in modo più accurato i soggetti a rischio di primo episodio psichiatrico (11).

Riferimenti bibliografici

(1) Starace F, Minguzzi R, a cura di. Strutture e processi assistenziali della salute mentale in Italia: Indicatori SIEP. Quaderno di Epidemiologia Psichiatrica, n. 8. Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP); 2021. Disponibile sul sito:

https://siep.it/wp-content/uploads/2021/07/QEP-8_2021-DEF.pdf.

(2) Ministero della Salute. Rapporto salute mentale: Analisi del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Roma: Ministero della Salute; 2023. Disponibile sul sito: www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3502_all_egato.pdf.

(3) Servizio Epidemiologico Regionale del Veneto. Sistemi informativi in psichiatria: utilizzi e potenzialità. Estratto da IES - Bollettino informativo del Sistema Epidemiologico Regionale del Veneto, n. 3, luglio 2007, pp. 4–66. Verona: SER Veneto; 2007. Disponibile sul sito: www.ser-veneto.it/public/File/documents/articoli_di_bollettino/ies200703/ies200703SistemiInformativiInPsichiatria.pdf.

(4) Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, Il Shin J, Kirkbride JB, Jones P, Kim JH, Kim JY, Carvalho AF, Seeman MV, Correll CU, Fusar-Poli P. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022 Jan; 27 (1): 281-295. doi: 10.1038/s41380-021-01161-7. Epub 2021 Jun 2. PMID: 34079068; PMCID: PMC8960395.

(5) Doyle A, O’Sullivan M, Craig S, McConkey R. People with intellectual disability in Ireland are still dying young. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2021 Jul; 34 (4): 1.057-1.065. doi: 10.1111/jar.12853. Epub 2020 Dec 30. PMID: 33377272; PMCID: PMC8359186.

(6) Chen L, Selvendra A, Stewart A, Castle D. Risk factors in early and late onset schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2018 Jan; 80: 155-162. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.09.009. Epub 2017 Sep 20. PMID: 29096206.

(7) Barbui, C., Papola, D. & Saraceno, B. Forty years without mental hospitals in Italy. *Int J Ment Health Syst* 12, 43 (2018). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0223-7>.

(8) Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

(9) Pattyn, E., Verhaeghe, M. & Bracke, P. The gender gap in mental health service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 50, 1089-1095 (2015). <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1038-x>.

(10) Keohane A, Richardson N. Negotiating Gender Norms to Support Men in Psychological Distress. *American Journal of Men’s Health*. 2017;12(1):160-171. doi:10.1177/1557988317733093.

(11) Sharma, S.K., Alutaibi, A.I., Khan, A.R. et al. Early detection of mental health disorders using machine learning models using behavioral and voice data analysis. *Sci Rep* 15, 16518 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-00386-8>.

Continuità assistenziale Ospedale-territorio

Significato. La continuità assistenziale Ospedale-territorio in psichiatria è un principio fondamentale (e una pratica operativa) che mira a garantire che il paziente psichiatrico riceva un'assistenza coordinata, coerente e senza interruzioni nel passaggio tra le cure fornite in ambito ospedaliero (tipicamente durante una fase acuta) e quelle erogate dai servizi territoriali (per la gestione a lungo termine, la riabilitazione e il reinserimento sociale).

I pilastri operativi della continuità assistenziale sono: la presa in carico globale (il paziente non è visto solo come un “caso acuto” da risolvere in Ospedale, ma come una persona con bisogni complessi che richiedono un intervento integrato e prolungato nel tempo); la comunicazione e collaborazione tra Ospedale (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura-SPDC) e Territorio (Centro di Salute Mentale-CSM); Servizi per le Dipendenze Patologiche (SerDP) con uno scambio fluido e costante di informazioni cliniche, piani di trattamento, valutazione del rischio e dei bisogni socio-assistenziali; il coinvolgimento precoce del territorio; la pianificazione della Dimissione (*Discharge Planning*) che non è un semplice atto burocratico, ma un processo che inizia precocemente durante il ricovero e include, spesso, anche la definizione di un Progetto Terapeutico Individualizzato condiviso tra SPDC, CSM, paziente e, se opportuno, familiari; il “Passaggio di Consegne Attivo” (*Warm Handover*) che si declina idealmente in un incontro congiunto tra l'*équipe* ospedaliera, quella territoriale e il paziente (e, talvolta, i familiari) per assicurare che tutte le informazioni siano trasmesse e comprese con la garanzia che il paziente abbia un appuntamento fissato con il CSM poco dopo la dimissione.

Il CSM svolge un ruolo fondamentale nell'assistenza psichiatrica in coerenza con la Legge n. 180/1978 (Legge Basaglia) e il Progetto Obiettivo “Tutela Salute Mentale” (PON Salute Mentale), regolamentato dal DPR 7 aprile 1994 (Progetto obiettivo “Tutela della salute mentale 1994-1996”) e dal DPR 10 novembre 1999, n. 484 (Progetto obiettivo “Tutela salute mentale 1998-2000”) (1-6).

Le cure erogate dai CSM sono il fulcro dell'assistenza psichiatrica territoriale, garantendo il proseguimento delle cure, il monitoraggio, la prevenzione delle ricadute, il supporto psicologico e sociale e l'integrazione con altri servizi di assistenza territoriale (servizi sociali, SerDP e MMG). Attraverso di esso si garantisce una *governance* sul coordinamento degli interven-

ti riabilitativi (centri diurni, comunità terapeutiche e inserimenti lavorativi) (7-9).

Uno dei principali obiettivi della continuità assistenziale è la prevenzione delle ri-ospedalizzazioni, giacché una buona continuità riduce il rischio di “porte girevoli”, ovvero di dimissioni seguite da rapide ricadute e nuovi ricoveri, spesso dovuti a una presa in carico territoriale inadeguata o tardiva che accelerano spesso il processo di graduale riduzione dei livelli di funzionamento psico-sociale (10-13).

La continuità assistenziale deve includere, inoltre, il coinvolgimento dei familiari (o dei *caregiver*) unitamente al paziente (14-16).

Per raggiungere tutti gli scopi a cui mira una solida continuità assistenziale, c'è bisogno che il sistema sia in grado di rispondere con flessibilità, facile accessibilità e rapidità a eventuali peggioramenti o crisi che possono verificarsi nel *setting* territoriale, attivando interventi di crescente intensità assistenziale che vanno dalla intensificazione di quelli domiciliari alla, se necessario, ri-ospedalizzazione breve e programmata con obiettivi chiari e raggiungibili a breve termine (17-19).

In sintesi, la continuità ospedale-territorio in psichiatria significa costruire un “ponte” solido e ben gestito tra la fase acuta della malattia, trattata in Ospedale, e la fase di stabilizzazione, recupero e mantenimento del benessere nel contesto di vita del paziente, gestita dai servizi territoriali. L'obiettivo finale è promuovere la *recovery*, l'autonomia e la qualità della vita della persona con disturbo mentale (20).

Per valutare l'efficienza della presa in carico territoriale psichiatrica dopo la dimissione ospedaliera, focalizzandosi sia sulla rapidità che sulla completezza dell'intervento, sono stati selezionati due indicatori quali il tasso di utenti dimessi nell'anno 2023 dal SPDC che effettuano la prima visita di controllo a 14 e 30 giorni.

La scelta di questi indicatori si basa sulla loro capacità di misurare direttamente la “proporzione di successo” dei servizi territoriali nel raggiungere i pazienti dimessi (popolazione a rischio), valutando rispettivamente:

- rapidità (P14): capacità di garantire un primo contatto entro il periodo critico di 14 giorni;
- completezza (P30): estensione del *follow-up* fino a 30 giorni, comprensiva di eventuali visite non immediate.

P14 = rapidità

Numeratore	N prime visite effettuate entro 14 giorni dalla dimissione
Denominatore	$\frac{\text{N prime visite effettuate entro 14 giorni dalla dimissione}}{\text{Dimissioni annue da Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura}} \times 100$

P30 = completezza

Numeratore	N prime visite effettuate entro 14 giorni + N visite tra 15-30 giorni dalla dimissione
Denominatore	$\frac{\text{N prime visite effettuate entro 14 giorni + N visite tra 15-30 giorni dalla dimissione}}{\text{Dimissioni annue da Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura}} \times 100$

Validità e limiti. Gli indicatori P14 e P30 risultano validi in quanto misurano in modo diretto e quantitativo la tempestività e la capacità del servizio territoriale di garantire continuità assistenziale dopo la dimissione da SPDC. La loro costruzione è semplice, basata su dati routinari facilmente reperibili nei sistemi informativi sanitari e permette di confrontare diverse realtà territoriali o monitorare l'andamento nel tempo. Inoltre, la distinzione tra P14 e P30 consente di cogliere sia la prontezza dell'intervento (rapidità) sia la copertura complessiva del *follow-up* (completezza), offrendo una lettura articolata della presa in carico.

Tuttavia, gli indicatori presentano alcuni limiti. Non tengono conto della qualità dell'intervento (contenuti, esiti clinici e adeguatezza del contatto) né delle motivazioni di eventuali ritardi o mancati *follow-up*, che possono dipendere da fattori organizzativi, territoriali o legati al paziente (ad esempio rifiuto, trasferimento o perdita di contatto). Inoltre, l'uso delle sole dimissioni da SPDC come denominatore non distingue i diversi livelli di complessità clinica, rischiando di sovra o sottostimare la performance dei servizi in presenza di casi più gravi o difficilmente raggiungibili. Infine, la variabilità nella registrazione delle visite o nelle fonti dati può influire sull'affidabilità del risultato.

Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di standard internazionali univoci, si riportano come valori di riferimento nazionali i seguenti tassi medi annui:

- P14: 36,54%;
- P30: 43,48%.

Descrizione dei risultati

Nel 2023 la prevalenza nazionale degli accessi ai Centri di Salute Mentale entro 14 giorni dalla dimissione è pari a 36,54% dei dimessi, mentre entro 30 giorni sale al 43,48%. L'analisi regionale restituisce un quadro estremamente eterogeneo, con differenze che raggiungono livelli molto ampi e che mostrano sia eccellenze sia fragilità profonde nella capacità dei servizi territoriali di garantire continuità assistenziale.

I valori più elevati si osservano nella PA di Trento, che rappresenta il caso limite più significativo dell'intero Paese: 77,14% entro 14 giorni e 84,29% entro 30 gior-

ni, con scostamenti dalla media nazionale pari, rispettivamente, a +40,60 e +40,81 p.p.. Subito dopo si colloca la PA di Bolzano, anch'essa con livelli molto alti (71,55% a 14 giorni e 79,31% a 30 giorni) e differenziali pari a oltre 35 p.p.. Questi due contesti, con valori che in alcuni casi superano il doppio della media nazionale, delineano un modello organizzativo marcatamente più efficace, o comunque più orientato alla presa in carico precoce, rispetto al resto del Paese.

Tra le regioni di piccole dimensioni, anche la Valle d'Aosta presenta livelli molto alti (51,28% a 14 giorni e 64,10% a 30 giorni), con scostamenti che raggiungono +20,62 p.p. entro 30 giorni e +14,74 p.p. entro 14 giorni, configurandosi come un altro caso degno di particolare menzione. Tra le regioni più ampie, la Lombardia, con una popolazione e un sistema molto complesso, registra valori significativamente superiori alla media (47,40% a 14 giorni e 57,29% a 30 giorni). Tra le regioni del Nord valori superiori alla media italiana si osservano anche in Piemonte ed Emilia-Romagna, mentre tra le regioni centrali nelle Marche, segnalando una buona capacità complessiva di garantire accesso precoce ai servizi.

Molto diverso il quadro nelle regioni con valori inferiori. Il Lazio mostra i valori più bassi d'Italia (15,64% a 14 giorni e 19,15% a 30 giorni), con differenziali di -20,90 p.p. entro 14 giorni e -24,33 p.p. entro 30 giorni. Anche la Toscana rappresenta un caso critico: 22,91% a 14 giorni e 25,00% a 30 giorni, con scostamenti negativi di -13,63 p.p. a 14 giorni e -18,48 p.p. a 30 giorni, confermandosi tra i sistemi regionali con minore continuità assistenziale post-dimissione.

Anche la Liguria (32,54% a 14 giorni e 39,49% a 30 giorni) e la Sicilia (30,69% a 14 giorni e 41,06% a 30 giorni) presentano livelli inferiori alla media, ma con scostamenti meno accentuati.

Nel Mezzogiorno, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Calabria, presentano valori superiori alla media nazionale sia a 14 e sia a 30 giorni con differenziali, per i 14 giorni, che variano da 1,46 p.p. della Campania a 17,45 p.p. del Molise, e per i 30 giorni, da 2,24 p.p. in Campania a 18,96 p.p. in Molise. Il Molise, inoltre, rappresenta il caso più sorprendente dell'area, con valori nettamente sopra la media e differenziali che lo avvicinano alle *performance* del Nord.

Un ulteriore elemento critico riguarda le regioni Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Abruzzo e Sardegna, per le quali i dati non risultano disponibili. L'assenza di informazioni per intere aree del Paese rende più difficile interpretare il quadro complessivo e potrebbe nascondere ulteriori differenze strutturali o criticità

sulla rilevazione.

Nel complesso, il confronto tra i valori a 14 e 30 giorni accentua le disuguaglianze tra regioni ed evidenzia le differenze nei modelli organizzativi, nella disponibilità dei servizi territoriali e nella capacità di presa in carico precoce degli utenti dimessi.

Tabella 1 - Prevalenza (valori per 100) degli accessi in Centri di Salute Mentale entro 14 e 30 giorni dalla dimissione per regione - Anno 2023

Regioni	Giorni	Prevalenza	Italia	Δ (Prevalenza-Italia)
Piemonte	14	42,00	36,54	5,46
	30	50,37	43,48	6,89
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	14	51,28	36,54	14,74
	30	64,10	43,48	20,62
Lombardia	14	47,40	36,54	10,86
	30	57,29	43,48	13,81
Bolzano-Bozen	14	71,55	36,54	35,01
	30	79,31	43,48	35,83
Trento	14	77,14	36,54	40,60
	30	84,29	43,48	40,81
Veneto	14	n.d.	n.d.	n.d.
	30	n.d.	n.d.	n.d.
Friuli-Venezia Giulia	14	n.d.	n.d.	n.d.
	30	n.d.	n.d.	n.d.
Liguria	14	32,54	36,54	-4,00
	30	39,49	43,48	-3,99
Emilia Romagna	14	40,97	36,54	4,43
	30	46,72	43,48	3,24
Toscana	14	22,91	36,54	-13,63
	30	25,00	43,48	-18,48
Umbria	14	39,72	36,54	3,18
	30	42,99	43,48	-0,49
Marche	14	43,67	36,54	7,13
	30	55,06	43,48	11,58
Lazio	14	15,64	36,54	-20,90
	30	19,15	43,48	-24,33
Abruzzo	14	n.d.	n.d.	n.d.
	30	n.d.	n.d.	n.d.
Molise	14	53,99	36,54	17,45
	30	62,44	43,48	18,96
Campania	14	38,00	36,54	1,46
	30	45,72	43,48	2,24
Puglia	14	44,05	36,54	7,51
	30	54,76	43,48	11,28
Basilicata	14	48,00	36,54	11,46
	30	56,00	43,48	12,52
Calabria	14	40,48	36,54	3,94
	30	59,52	43,48	16,04
Sicilia	14	30,69	36,54	-5,85
	30	41,06	43,48	-2,42
Sardegna	14	n.d.	n.d.	n.d.
	30	n.d.	n.d.	n.d.

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Per colmare il significativo divario tra il modello legislativo delineato dalla Legge n. 180/1978 e la prassi operativa del sistema sanitario italiano, è imperativo agire strategicamente su più fronti. Innanzitutto, è fondamentale istituire un sistema nazionale di monitoraggio e valutazione che si basi su indicatori standardizzati, al fine di garantire una *governance data-driven*,

un'allocazione mirata delle risorse e una riduzione delle marcate disparità regionali, promuovendo il *benchmarking* e il trasferimento delle buone pratiche.

Parallelamente, è essenziale standardizzare e rendere vincolanti, in tutte le regioni, i pilastri operativi della continuità di cura, includendo un *discharge planning* strutturato, un *warm handover* efficace e l'implementazione di piattaforme digitali interoperabili per una flui-

da condivisione delle informazioni cliniche tra Ospedale e territorio.

Accanto a ciò, è cruciale procedere con l'appianamento delle differenze regionali, e tra aree urbane e aree interne, in termini qualitativi e quantitativi dei servizi territoriali. Questo richiederebbe investimenti mirati in modelli di cura basati sull'evidenza e la messa a sistema del coinvolgimento attivo degli utenti e dei loro familiari in tutti i processi di programmazione e valutazione dei servizi, unito a campagne di sensibilizzazione per combattere efficacemente lo stigma ancora persistente.

Inoltre, è imprescindibile rafforzare, in tutto il territorio nazionale, e in maniera uniforme, l'integrazione socio-sanitaria e la collaborazione intersettoriale con Enti locali, servizi per l'impiego e il terzo settore, per affrontare in maniera olistica i determinanti sociali che influenzano profondamente la salute mentale.

Infine, per migliorare l'accessibilità, la personalizzazione e la resilienza di tutti i servizi territoriali regionali, è un imperativo lo sviluppo e l'implementazione di soluzioni digitali per la salute mentale (come telepsichiatria e telemonitoraggio), con un forte impegno nella formazione degli operatori e nell'alfabetizzazione digitale di utenti e familiari, al fine di massimizzare i benefici.

L'obiettivo finale di queste raccomandazioni è trasformare le criticità attuali in concrete opportunità di miglioramento, colmando, in Italia, le descritte sperequazioni regionali esistenti in tema di salute.

Riferimenti bibliografici

- (1) Legge 13 maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.
- (2) Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994. Approvazione del progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996". (Primo Progetto Obiettivo Nazionale che ha delineato l'organizzazione dei servizi di salute mentale).
- (3) Decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, n. 484. Regolamento recante progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000".
- (4) Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994. Approvazione del progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996".
- (5) Decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, n. 484. Regolamento recante progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000".
- (6) Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): I DPCM che definiscono i LEA, e i successivi aggiornamenti, spesso includono specifiche relative all'assistenza psichiatrica e alla continuità delle cure. Ad esempio, il DPCM 12 gennaio

2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

- (7) Sytema, S., & Burgess, P. (2008). Continuity of care in mental health services: a multilevel, multifaceted concept. *Psychological Medicine*, 38 (11), 1.553-1.555.
- (8) Adair, C. E., McDougall, G. M., Mitton, C. R., Joyce, A. S., Wild, T. C., Gordon, A., & Kates, N. (2005). Continuity of care and health outcomes among e gli obiettivi).
- (9) Sytema, S., & Burgess, P. (1999). Continuity of care in mental health: a review of the literature persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56(9), 1.061-1.069.
- (10) Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., et al. (2009). The REACT study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ*, 332 (7545), 815-820.
- (11) Nelson, G., Aubry, T., & Lafrance, A. (2007). A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (3), 350-361.
- (12) Viggiano, T. P., Bell, R. A., & Berland, D. W. (2005). *Principles of family medicine* (Fourth Edition). (Molti manual persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 56 (9), 1.061-1.069.
- (13) De Girolamo, G., Picardi, A., Polidori, G., & Morosini, P. (2002). The Italian psychiatric reform 20+ years after. An assessment of its CINDI (Core Indicators) and AIMS (WHOi di medicina di famiglia o psichiatria comunitaria trattano i principi del discharge planning e della continuità).
- (14) Ziguras, S. J., & Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51(11), 1 Checklist).
- (15) International Journal of Law and Psychiatry, 25 (3), 225-247.
- (16) Mezzina, R. (2014). Community mental health care in Trieste and the Italian model: A journey of liberation. *Journal of Humanistic Psychology*, 54 (1), 3-24. (Sull'esperienza di Trieste, 410-421).
- (17) Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (2002). *A practical guide to assertive community treatment*. Oxford University Press.
- (18) Johnson, S., & Killaspy, H. (2019). Crisis resolution and home treatment teams. In *Oxford Textbook of Community Mental Health* (pp. 193-200). Oxford University Press.
- (19) Lloyd-Evans, B., Bond, G. R., Ruud, T., Ivanecka, A., Gray, R., Osborn, D., ... & Johnson, S. (2016). Development of a measure of model fidelity for mental health Crisis Resolution Teams. *BMC psychiatry*, 16 (1), 1-13.
- (20) McGorry, P. D., Hickie, I. B., Yung, A. R., Pantelis, C., & Jackson, H. J. (2006). Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(8), 616-622.
- (21) Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.

Distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per gruppo diagnostico

Significato. I disturbi psichiatrici costituiscono una sfida prioritaria per la sanità pubblica globale. La letteratura internazionale evidenzia l'ampia diffusione dei disturbi d'ansia (prevalenza *lifetime* 15-30%) e della depressione maggiore (10-20%), seguiti da condizioni meno comuni ma a elevato impatto come il disturbo bipolare (1-2,5%) e la schizofrenia (0,5-0,8%) (1- 6). La natura cronica di queste patologie rende imprescindibile una presa in carico territoriale strutturata, capace di assicurare continuità assistenziale e prevenire le riacutizzazioni cliniche.

Un'area di attenzione riguarda la gestione delle fasi di scompenso, che in alcune realtà territoriali può essere resa più difficoltosa da sfide organizzative dei Centri di Salute Mentale (CSM). In queste circostanze, si registra una tendenza a ricorrere al PS, che, pur essendo un presidio fondamentale, non rappresenta sempre il *setting* più adeguato alle specifiche necessità del paziente. È opportuno considerare come tale flusso non solo solleciti ulteriormente il sistema di emergenza, ma possa anche comportare percorsi meno lineari per i pazienti, mettendo a rischio i progetti territoriali di una presa in carico e aumentando i costi.

In questo quadro, l'analisi dei dati di accesso in PS, raccolti dal NSIS consente di valutare differenze regionali e identificare possibili criticità. Il NSIS classifica gli accessi secondo i codici ICD-9-CM in otto raggruppamenti principali: schizofrenia e altre psicosi funzionali; mania e disturbi affettivi bipolari; depressione; sindromi nevrotiche e somatoformi; disturbi della personalità e del comportamento; alcolismo e tossicomanie; demenze e disturbi mentali organici; ritardo mentale. A questi si aggiunge una nona categoria residuale, "altri disturbi psichici" (codici ICD-9-CM 307.0-307.3, 307.5-307.7, 309.2-309.9, 313, 314, 315), il cui peso può indicare criticità nella precisione diagnostica in un contesto d'emergenza.

Pertanto, l'analisi dei tassi di accesso standardizzati per popolazione e della distribuzione percentuale delle diagnosi non si limita a misurare il carico sul PS. Essa può essere letta come un possibile indicatore indiretto dell'efficacia delle strategie preventive dei CSM e dell'equità distributiva dei servizi sul territorio. In tal senso, i dati sull'emergenza possono rappresentare una fonte informativa da considerare nella programmazione sanitaria regionale.

Tasso di accesso in Pronto Soccorso per raggruppamenti di disturbi psichiatrici

Numeratore	Accessi in Pronto Soccorso per singolo gruppo di disturbi psichiatrici per regione
Denominatore	Popolazione media per regione

x 10.000

Prevalenza percentuale degli accessi in Pronto Soccorso per raggruppamenti di disturbi psichiatrici

Numeratore	Accessi in Pronto Soccorso per singolo gruppo di disturbi psichiatrici per regione
Denominatore	Accessi in Pronto Soccorso per tutte le categorie di disturbo psichiatrico per regione

x 100

Validità e limiti. Il dataset NSIS sugli accessi in PS rappresenta una fonte fondamentale per l'analisi dell'attività dei PS a livello nazionale e si basa sulla codifica diagnostica ICD-9. Sebbene i dati 2023 utilizzati in questa Sezione risultino completi per tutte le regioni, è importante sottolineare alcuni limiti legati al sistema di codifica. Anche in presenza di standard di riferimento chiari, garantire un'uniformità nella formulazione delle diagnosi rappresenta una sfida costante. La pratica clinica evidenzia come l'applicazione dei criteri diagnostici possa divergere significativamente tra diversi contesti sanitari e aree geografiche, oltre a essere influenzata dall'esperienza e dall'approccio specifico di ogni professionista. Inoltre, l'uso della classificazione ICD-9 comporta criticità legate alla sottostima di diagnosi concomitanti e al frequente utilizzo di codici generici riferiti a sintomi

piuttosto che a diagnosi precise. In questo contesto, l'impiego del tasso std per popolazione consente di rendere più affidabili i confronti tra le diverse regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per l'indicatore presentato. Al fine di evidenziare le differenze territoriali, è stata scelta come soglia di riferimento il dato medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, gli accessi psichiatrici in PS sono stati 573.663, pari al 3,1% del totale nazionale e a un tasso medio di 97,3 accessi ogni 10.000 abitanti. Il dato più saliente è la profonda eterogeneità interregionale, evidenziata dai tassi std: mentre Abruzzo e Puglia si attestano a meno della metà della media nazionale (rispettivamente, 45,7 e 48,2 per 10.000), le Marche la supe-

rano ampiamente (198,4 per 10.000), seguita dal Piemonte (146,3 per 10.000), Lombardia (132,3 per 10.000) e PA Bolzano (132,0 per 10.000) (Tabella 1). Questa variabilità, come mostra il Grafico 1, non riguarda solo il volume totale, ma anche la distribuzione delle singole diagnosi.

A livello nazionale, le sindromi nevrotiche e somatoformi rappresentano la diagnosi più frequente (37,6 per 10.000) e sono la prima causa di accesso in 17 regioni su 21, sebbene con oscillazioni notevoli tra il minimo della Valle d'Aosta (16,2 per 10.000) e il massimo del Piemonte (62,7 per 10.000). Seguono la schizofrenia e altre psicosi (8,0 per 10.000) e le demenze e disturbi organici (7,7 per 10.000), anch'esse caratterizzate da forti disparità: per la schizofrenia, la Liguria (17,8 per 10.000) doppia la media nazionale, mentre per le demenze è il Piemonte a registrare il valore più elevato (15,1 per 10.000).

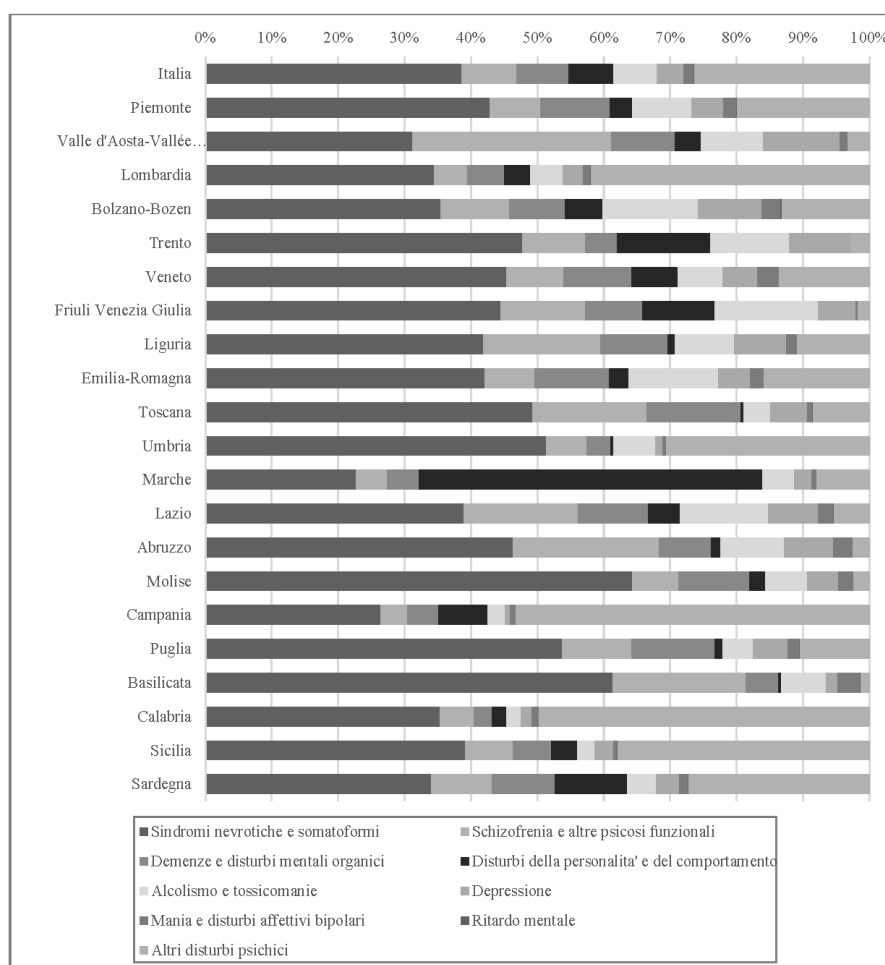
Emergono, inoltre, chiari pattern geografici per alcune diagnosi. Sia per alcolismo e tossicodipendenze (6,4 per 10.000) che per la depressione (3,9 per 10.000), si osserva un netto gradiente Nord-Sud ed Isole: la PA di

Bolzano registra i picchi più alti (rispettivamente, 19,0 e 12,7 per 10.000), mentre le regioni meridionali, come Calabria e Campania, mostrano i valori più bassi.

Due categorie, in particolare, rivelano le criticità più acute del sistema. La prima è quella dei disturbi della personalità (6,6 per 10.000), dove la variabilità raggiunge il suo apice: a fronte di 5 regioni con tassi quasi nulli (<1 per 10.000), le Marche registrano un picco eccezionale di 102,6 per 10.000. La seconda è la categoria aspecifica "altri disturbi psichici" che, con un tasso di 25,7 per 10.000, raccoglie oltre un quarto di tutti gli accessi. Il suo peso è enorme in Lombardia (55,4 per 10.000), Campania (43,8 per 10.000), Sicilia (42,8 per 10.000) e Calabria (41,6 per 10.000) diventando un probabile indicatore di difficoltà nella codifica o di assenza di percorsi diagnostici definiti, a differenza di regioni come la Basilicata (0,8 per 10.000) che mostrano una codifica più precisa.

Infine, i disturbi affettivi bipolari (1,4 per 10.000) presentano una variabilità più contenuta, mentre gli accessi per ritardo mentale sono pressoché nulli su tutto il territorio nazionale.

Grafico 1 - Prevalenza (valori per 100) degli accessi in Pronto Soccorso per gruppo diagnostico per regione - Anno 2023



Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), valori assoluti. Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Tabella 1 - Tasso (standardizzato per 10.000) di accessi in Pronto Soccorso per gruppi diagnostici per regione - Anno 2023

Regioni	Sindromi nevrotiche e sematofornici	Schizofrenia e altre psicosi funzionali	Demenze e disturbi mentali organici	Disturbi della personalità e del comportamento	Alcolismo e tossicomanie	Depressione	Mania e disturbi affettivi bipolari	Ritardo mentale	Altri disturbi psichici	Totale complessivo
Piemonte	62,7	11,2	15,1	4,9	13,1	7,2	2,8	0,2	29,1	146,3
Valle d'Aosta	16,2	15,5	5,0	2,0	4,9	6,0	0,6	0,0	1,7	51,9
Lombardia	45,6	6,7	7,4	5,1	6,5	4,1	1,4	0,1	55,4	132,3
Bolzano-Bozen	46,8	13,6	11,1	7,5	19,0	12,7	3,7	0,2	17,4	132,0
Trento	31,0	6,2	3,1	9,1	7,7	6,0	0,0	0,0	1,8	64,9
Veneto	45,5	8,6	10,2	7,0	6,8	5,3	3,2	0,0	13,6	100,1
Friuli-Venezia Giulia	34,2	9,7	6,6	8,4	12,0	4,4	0,3	0,0	1,3	76,9
Liguria	42,3	17,8	10,2	1,1	9,0	7,9	1,7	0,0	10,9	101,0
Emilia-Romagna	37,5	6,7	10,0	2,7	12,0	4,3	1,8	0,0	14,2	89,2
Toscana	32,6	11,4	9,4	0,3	2,6	3,7	0,5	0,0	5,6	66,2
Umbria	54,2	6,3	3,8	0,6	6,6	1,1	0,6	0,0	32,3	105,6
Marche	45,1	9,3	9,3	102,6	9,6	5,2	1,5	0,0	15,7	198,4
Lazio	21,9	9,7	5,9	2,7	7,4	4,2	1,3	0,1	3,0	56,4
Abruzzo	21,2	10,0	3,6	0,7	4,4	3,4	1,3	0,0	1,1	45,7
Molise	35,4	3,8	5,8	1,3	3,5	2,5	1,3	0,0	1,3	55,1
Campania	21,8	3,3	3,8	6,1	2,2	0,6	0,8	0,0	43,8	82,3
Puglia	25,9	5,1	6,1	0,5	2,2	2,5	0,8	0,0	5,0	48,2
Basilicata	39,4	13,0	3,2	0,3	4,3	1,1	2,2	0,1	0,8	64,3
Calabria	29,7	4,3	2,3	1,8	1,8	1,3	1,0	0,0	41,7	83,8
Sicilia	44,2	8,1	6,5	4,4	3,0	3,2	0,7	0,1	42,8	112,8
Sardegna	32,5	8,8	9,1	10,4	4,1	3,4	1,2	0,1	26,1	95,6
Italia	37,6	8,0	7,7	6,6	6,4	3,9	1,4	0,1	25,7	97,3

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), valori assoluti. Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'indicatore sugli accessi psichiatrici in PS rivela una forte eterogeneità tra le regioni, attribuibile più a differenze nei modelli organizzativi che a reali bisogni epidemiologici. Un segnale critico è l'abuso della categoria diagnostica "altri disturbi psichici", che indica difficoltà di codifica e l'assenza di percorsi clinici chiari. L'elevato numero di accessi per patologie come schizofrenia e disturbi di personalità evidenzia una carente capacità della rete territoriale nel gestire le fasi acute. Questa debolezza è ulteriormente confermata dalle difficoltà nella gestione delle demenze e delle dipendenze, che spesso non trovano risposte adeguate nei servizi dedicati (7).

La soluzione risiede in una duplice strategia: potenziare i PS con percorsi dedicati e, soprattutto, rafforzare i servizi territoriali per prevenire le crisi e ridurre il carico sul sistema di emergenza.

Riferimenti bibliografici

- (1) Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*, 17 (3), 327-335.
- (2) Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, 34, 119-138.
- (3) McGrath, J. J., Lim, C. C. W., Plana-Ripoll, O., & Weyerer, N. (2023). Schizophrenia: a new epidemiological scenario. *World Psychiatry*, 22 (2), 180-181.
- (4) Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., & Zarkov, Z. (2011). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 68 (3), 241-251.
- (5) Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 8 (9), 251-269.
- (6) Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS medicine*, 2 (5), e141.
- (7) Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica n. 2/2018.

Trattamenti residenziali in strutture psichiatriche

Significato. Le strutture residenziali psichiatriche rappresentano un nodo essenziale dell'assistenza territoriale in salute mentale, costituendo un collegamento tra il trattamento delle fasi acute e il reinserimento sociale. La loro funzione è duplice: favorire la stabilizzazione clinica e attivare percorsi terapeutico-riabilitativi personalizzati. L'accesso avviene tramite il Centro di Salute Mentale, previa definizione di un progetto terapeutico individualizzato condiviso tra *équipe* curante e paziente, al fine di garantire appro-

priatezza e continuità di cura.

Il sistema residenziale si articola su più livelli di intensità assistenziale e include sia strutture afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), sia strutture private accreditate o in convenzione con il SSN, con accordi formali che definiscono volumi, tipologie di utenza e standard qualitativi. Elemento cardine della programmazione è la localizzazione in contesti urbanizzati, per favorire l'inclusione e contrastare la cronicizzazione e l'istituzionalizzazione.

Tasso di utenti ammessi in strutture residenziali psichiatriche per tipo di rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Utenti ammessi in strutture residenziali psichiatriche pubbliche e private	
Denominatore	Popolazione adulta residente età ≥18 anni	x 10.000

Tasso giornate di degenza erogate in strutture residenziali psichiatriche per tipo di rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Giornate di degenza erogate in strutture residenziali psichiatriche pubbliche e private	
Denominatore	Popolazione adulta residente età ≥18 anni	x 10.000

Validità e limiti. I dati provengono dal NSIS - Salute Mentale del Ministero della Salute - Ex DGSIS - Ufficio di statistica "Rapporto sulla salute mentale" (1, 2).

La fonte consente un monitoraggio sistematico delle attività dei DSM e delle strutture convenzionate, ma presenta alcune criticità: incompletezza territoriale per alcune regioni, eterogeneità nella qualità del dato e potenziale sottostima di alcune variabili operative. Pertanto, la variabilità interregionale non riflette unicamente differenze epidemiologiche, ma anche disomogeneità nell'offerta assistenziale e nelle capacità di registrazione.

L'utilizzo combinato dei due indicatori fornisce, tuttavia, una misura *proxy* robusta della qualità e della capacità del sistema di rispondere ai bisogni di salute mentale della popolazione.

Valore di riferimento/Benchmark. Il valore di riferimento è dato dal valore medio nazionale nell'anno considerato. I dati regionali sono confrontati con il dato nazionale al fine di evidenziare possibili differenze nella distribuzione territoriale sia degli utenti ammessi sia delle giornate di degenza.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, 12.107 utenti psichiatrici sono stati ammessi in strutture residenziali psichiatriche, in particolare 4.489 in strutture afferenti al DSM e 7.618 in strutture private accreditate o in convenzione con il SSN. Nello

stesso anno di osservazione sono state erogate 10.575.255 giornate di degenza in strutture residenziali psichiatriche afferenti al DSM o in strutture residenziali psichiatriche private accreditate o in convenzione con il SSN. Per entrambi questi parametri non sono disponibili i dati per l'Abruzzo e la Sardegna. L'analisi dei valori assoluti mostra che la Lombardia e l'Emilia-Romagna sono le regioni con il maggior numero di utenti ammessi in strutture afferenti al DSM; il valore più basso si registra in Basilicata. Le regioni con il più alto valore assoluto di utenti ammessi in strutture residenziali psichiatriche private accreditate o in convenzione con il SSN sono il Lazio e la Lombardia; valori assoluti più bassi si sono registrati in Campania e Friuli-Venezia Giulia (Tabella 1).

In media si registrano 0,9 per 10.000 ammissioni in strutture afferenti al DSM e 1,6 per 10.000 in strutture private accreditate o in convenzione con il SSN. Altresì, si contano 693,7 giornate di degenza erogate in strutture afferenti al DSM e 1.514,0 giornate in strutture private accreditate o in convenzione con il SSN per 10.000 abitanti (Tabella 2).

L'analisi dei volumi di attività evidenzia che in diverse regioni, tra cui Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Umbria, Lazio, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia, il tasso di giornate di degenza erogate dalle strutture private accreditate o in convenzione con il SSN risulta superiore a quello registrato nelle strutture afferenti ai DSM.

Tabella 1 - Utenti (valori assoluti) ammessi e giornate (valori assoluti) di degenza erogate in strutture residenziali psichiatriche per tipo di rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale per regione - Anno 2023

Regioni	Utenti ammessi			Giornate di degenza		
	Struttura afferente DSM	Struttura privata accreditata o in convenzione	Totale	Struttura afferente DSM	Struttura privata accreditata o in convenzione	Totale
Piemonte	71	257	328	106.867	602.356	709.223
Valle d'Aosta	n.d.	43	43	n.d.	31087	31087
Lombardia	1.510	1.814	3.324	816.485	1.960.356	2.776.841
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>128</i>	<i>15</i>	<i>143</i>	<i>62200</i>	<i>9414</i>	<i>71614</i>
<i>Trento</i>	<i>81</i>	<i>n.d.</i>	<i>81</i>	<i>52.606</i>	<i>1.460</i>	<i>54.066</i>
Veneto	41	31	72	31.773	72.496	104.269
Friuli-Venezia Giulia	63	4	67	72.153	4.391	76.544
Liguria	123	189	312	96.780	481.434	578.214
Emilia-Romagna	1.033	717	1.750	197.568	430.941	628.509
Toscana	154	n.d.	154	601.157	13.140	614.297
Umbria	174	70	244	140.008	166.427	306.435
Marche	337	n.d.	337	378.471	2.920	381.391
Lazio	96	3.319	3.415	209.129	1.067.148	1.276.277
Abruzzo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Molise	237	12	249	10.094	3.515	13.609
Campania	162	3	165	127.365	5.199	132.564
Puglia	42	393	435	46.115	1.194.594	1.240.709
Basilicata	4	33	37	6.020	204.127	210.147
Calabria	56	147	203	17.921	42.202	60.123
Sicilia	177	571	748	350.442	958.894	1.309.336
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	4.489	7.618	12.107	3.323.154	7.252.101	10.575.255

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Ex DGSISS - Ufficio di statistica "Rapporto sulla salute mentale". Anno 2025.**Tabella 2** - Utenti (valori assoluti) ammessi e giornate (valori assoluti) di degenza erogate in strutture residenziali psichiatriche per tipo di rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale per regione - Anno 2023

Regioni	Utenti ammessi in strutture residenziali psichiatriche per tipo di rapporto con il SSN		Giornate di degenza erogate in strutture residenziali psichiatriche per tipo di rapporto con il SSN	
	Struttura afferente DSM	Struttura privata accreditata o in convenzione	Struttura afferente DSM	Struttura privata accreditata o in convenzione
Piemonte	0,2	0,7	291,1	1.640,7
Valle d'Aosta	n.d.	4,1	n.d.	2.941,4
Lombardia	1,8	2,1	966,7	2.320,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>2,9</i>	<i>0,3</i>	<i>1.419,2</i>	<i>214,8</i>
<i>Trento</i>	<i>1,8</i>	<i>n.d.</i>	<i>1.154,7</i>	<i>32,0</i>
Veneto	0,1	0,1	76,7	175,0
Friuli-Venezia Giulia	0,6	0,0	696,9	42,4
Liguria	0,9	1,4	732,9	3.646,0
Emilia-Romagna	2,7	1,9	521,9	1.138,3
Toscana	0,5	n.d.	1.901,7	41,6
Umbria	2,4	0,9	1.891,2	2.248,0
Marche	2,6	n.d.	2.957,0	22,8
Lazio	0,2	6,8	429,4	2.191,1
Abruzzo	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Molise	9,3	0,5	395,6	137,8
Campania	0,3	0,0	270,4	11,0
Puglia	0,1	1,2	137,5	3.562,3
Basilicata	0,1	0,7	128,3	4.349,9
Calabria	0,4	0,9	113,6	267,5
Sicilia	0,4	1,4	858,4	2.348,8
Sardegna	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Italia	0,9	1,6	693,7	1.514,0

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Ex DGSISS - Ufficio di statistica "Rapporto sulla salute mentale". Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Gli indicatori analizzati non si limitano a descrivere i volumi assistenziali, ma riflettono la capacità del sistema territoriale di garantire percorsi di cura appropriati, continui e orientati alla riabilitazione psicosociale. Le differenze interregionali evidenziano disuguaglianze di accesso e di governance, che richiedono interventi di riequilibrio economico e organizzativo.

Da questa analisi emergono chiare direttrici per l'azione. Sebbene l'obiettivo a lungo termine debba essere il potenziamento delle strategie di prevenzione, nell'immediato risulta improrogabile ampliare e diversificare l'offerta assistenziale territoriale. Tale intervento è strategico non solo per un efficientamento delle risorse dedicate alla salute mentale, ma soprattutto per garan-

tire un sistema di cure completo e inclusivo, capace di rispondere sul territorio ai bisogni individuali preservandone il funzionamento.

La coesistenza di modelli pubblici e privati fortemente disomogenei impone una riflessione strategica sulle politiche di investimento e sulla gestione del sistema di salute mentale, orientata all'equità e alla sostenibilità.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute - Ex DGSIS - Ufficio di statistica "Rapporto sulla salute mentale". Anno 2023.

(2) Ministero della Salute, Nuovo sistema informativo sanitario, Salute Mentale (SISM). Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/it/tema/nuovo-sistema-informativo-sanitario/salute-mentale.

Intimate partner violence: approcci integrati di Sanità Pubblica alla prevenzione della violenza di genere

Dott.ssa Felicia Cuoco, Dott. Fabio Panariello

La violenza contro le donne rappresenta, secondo l'OMS, una delle più gravi emergenze di sanità pubblica a livello globale, in quanto fattore determinante di morbosità e mortalità evitabile nelle donne e nelle ragazze (1). La Convenzione di Istanbul (Legge n. 77/2013) ne riconosce la natura strutturale, quale espressione delle disuguaglianze di potere tra i generi, alimentate da stereotipi e pregiudizi radicati nel tessuto sociale (2).

Le forme di violenza comprendono dimensioni fisiche, psicologiche, sessuali, economiche e digitali, spesso esercitate nell'ambito di relazioni affettive o familiari. Le conseguenze sulla salute sono ampie: traumi fisici, disturbi psichiatrici (disturbo post-traumatico da stress, depressione e ansia), abuso di sostanze e rischio suicidario (3). Nei casi di violenza assistita, gli effetti si estendono anche ai minori, con ripercussioni sul loro sviluppo emotivo e sociale (4).

In Italia, il fenomeno mantiene dimensioni rilevanti e in larga parte sommerse. Secondo i dati Istat-Ministero dell'Interno (2023), circa un omicidio su quattro ha come vittima una donna uccisa dal *partner* o *ex-partner* (tasso 0,21 per 100.000 donne, dieci volte superiore a quello maschile). La natura relazionale e di genere di tali crimini evidenzia la necessità di strategie integrate di prevenzione e risposta.

Sebbene i dati sui profili degli autori di violenza restino parziali, evidenze disponibili mostrano una quota significativa di soggetti con dipendenze (22%) o disturbi psicologici/psichiatrici. Tuttavia, la ricerca nazionale rimane frammentaria e carente di sistemi informativi integrati che colleghino dati sanitari, sociali e giudiziari, limitando la capacità di monitoraggio e di programmazione territoriale.

Il Piano Strategico Nazionale sulla violenza maschile contro le donne (2021-2023) promuove un approccio sistemico fondato su quattro direttrici principali (5-7):

- Prevenzione primaria: educazione alla parità di genere, contrasto agli stereotipi, campagne di sensibilizzazione;
- Formazione degli operatori: sviluppo di competenze specifiche per personale sanitario, sociale, giudiziario e delle forze dell'ordine;
- Prevenzione terziaria e trattamento: programmi di rieducazione per uomini autori di violenza e prevenzione della recidiva;
- Responsabilità dei media: promozione di una rappresentazione non sessista e contrasto alla normalizzazione della violenza.

La violenza di genere va, quindi, affrontata attraverso un modello ecologico, che consideri fattori individuali, relazionali, comunitari e strutturali. Il SSN svolge un ruolo cruciale non solo nella cura degli esiti fisici e psicologici, ma come nodo centrale per l'emersione precoce dei casi e l'attivazione delle reti di protezione.

Investire in informazioni integrate, formazione interdisciplinare e politiche orientate all'equità di genere costituisce una condizione essenziale per ridurre l'impatto sanitario e sociale della violenza e per promuovere una società più sicura e inclusiva.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization - WHO, 2002. World Report on violence and health, WHO, Ginevra.
- (2) World Health Organization - WHO, 2013. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence, WHO, Geneva, Switzerland 2013.
- (3) Agency for Fundamental Rights (FRA) 2014. Violence against women: An EU-wide survey. Technical report). Disponibile sul sito: <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/vaw-survey-technical-report>.
- (4) Pitidis A, Longo E, Cremonesi P, Gruppo di lavoro Progetto REVAMP (Ed.). Progetto REVAMP (REpellere Vulnere Ad Mulierem et Puerum). Violenza e abuso su minore: modelli di intervento sanitario in Pronto Soccorso. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. (Rapporti ISTISAN 19/29).
- (5) Osservatorio sul fenomeno della violenza nei confronti delle donne e sulla violenza domestica. Violenza maschile contro le donne. Libro bianco per la formazione Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per le Pari Opportunità, Roma, 2024.
- (6) European Institute for Gender Equality, EIGE. Risk assessment and management of intimate partner violence in the EU. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2019.
- (7) Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2021-2023. Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per le Pari Opportunità, Roma, 2021.

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

Dott.ssa Tindara Scirocco, Dott. Fabio Panariello

Negli ultimi anni, i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA), che includono anoressia nervosa, bulimia, disturbo da evitamento/restrizione dell'assunzione di cibo e *binge-eating disorder*, hanno mostrato una crescita costante sia a livello globale che in Italia. Secondo l'ultimo studio *Global Burden of Disease* (GBD) 2019, si stimano 55,5 milioni di persone con un DNA nel mondo, pari a circa lo 0,7% della popolazione. Un'analisi GBD aggiornata fino al 2021 rivela che, tra il 1990-2021, l'incidenza e il carico di malattia (misurato in *Disability-Adjusted Life Year*) sono entrambi aumentati, con il tasso di incidenza standardizzato per età globale passato da circa 106,8 a 124,4 per 100.000 persone. Questo rialzo è stato particolarmente accentuato per la bulimia. Le regioni a più alto reddito socio-demografico, come l'Europa occidentale, registrano il carico di malattia più elevato e a livello internazionale emerge un forte squilibrio di genere, con le donne, specialmente nella fascia di età 15-24 anni, che sperimentano tassi di malattia significativamente superiori agli uomini.

Nel contesto italiano, i DNA rappresentano una sfida crescente per la sanità pubblica. Fonti ufficiali indicano che oltre 3 milioni di italiani, circa il 5-6% della popolazione, convivono con un disturbo alimentare. La sola anoressia nervosa colpisce circa l'1% degli italiani, per un totale di oltre 540 mila casi, di cui circa il 90% sono pazienti di genere femminile. Un'analisi dell'ISS basata sui Centri specialistici ha confermato questa prevalenza femminile. Tra i giovani italiani, si stima che l'8-10% delle ragazze e lo 0,5-1,0% dei ragazzi soffrano di anoressia o bulimia. Sebbene i maschi adolescenti rappresentino circa il 20% dei casi di età 12-17 anni, negli ultimi tempi si è osservato un incremento dei casi anche nella popolazione maschile adulta, che oggi costituirebbe circa un terzo del totale. Questo dato riflette in parte una maggiore attenzione diagnostica, poiché per lungo tempo i DNA nei maschi sono stati sottostimati. Un'analisi dell'ISS su oltre 8.000 utenti di centri DNA ha confermato che il 59% dei pazienti ha tra i 13-25 anni, mentre il 6% ha meno di 12 anni.

La pandemia di COVID-19 ha avuto un impatto significativo, causando un'impennata delle nuove diagnosi a seguito dei lockdown e dell'isolamento sociale. Nel primo semestre del 2020, le diagnosi di DNA in età giovanile sono aumentate del 30-40% rispetto all'anno precedente. Studi clinici indicano che nei mesi post-pandemia l'incidenza tra i più giovani è stata fino a quattro volte superiore al periodo pre-COVID, un aumento attribuito a fattori stressanti come la chiusura delle scuole e l'ansia per il futuro, come confermato dal Ministero della Salute.

In risposta, il Governo ha intensificato gli sforzi. La Legge di Bilancio 2022 (Legge n. 234/2021) ha istituito un Fondo nazionale per il contrasto dei DNA, con una dotazione iniziale di 25 milioni di € per il biennio 2022-2023, incrementata di altri 10 milioni per il 2024 con la legge di conversione del DL 30 dicembre 2023. Un Gruppo tecnico-scientifico ministeriale coordina l'uso di queste risorse, destinate a piani regionali per rafforzare l'assistenza. Gli interventi prioritari, definiti in Conferenza Stato-Regioni (Intesa 21 giugno 2022), mirano a definire livelli minimi di assistenza, sviluppare reti di diagnosi precoce, realizzare percorsi terapeutici integrati (come il "Percorso Lilla" in PS) e promuovere la formazione degli operatori. Questi sforzi si aggiungono a strumenti preesistenti come le Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale e le "Linee guida di appropriatezza" (2013). Nel 2020 sono state aggiornate le procedure di emergenza ospedaliera del "Percorso Lilla". Il Ministero della Salute promuove anche campagne informative come la "Giornata Nazionale del Focchetto Lilla" (15 marzo) e partecipa al World Eating Disorders Day (2 giugno).

L'Italia ha progressivamente sviluppato una rete di 169 Centri dedicati (pubblici e privati accreditati), che rappresentano un punto di riferimento per diagnosi e trattamento. Un elemento cardine di questi Centri è la presenza di équipe multidisciplinari, che integrano competenze psichiatriche, psicologiche e nutrizionali, considerate fondamentali per una presa in carico efficace. La rete è in espansione, con 66 Centri (il 39,1%) aperti a partire dal 2015, a testimonianza di una crescente attenzione al problema. Tuttavia, la distribuzione di questi Centri è disomogenea: si va da 1 centro in Molise ai 19 dell'Emilia-Romagna. La maggior parte dell'offerta è pubblica, con 136 Centri (80,5%) distribuiti tra Ospedali e territorio.

L'analisi dell'offerta rivela una specializzazione funzionale tra pubblico e privato accreditato. Le strutture pubbliche coprono quasi sistematicamente i servizi ambulatoriali (96,3%), essenziali per l'accesso precoce. Al contrario, il settore privato accreditato, pur essendo numericamente inferiore con 33 strutture, mostra una presenza proporzionalmente maggiore nei servizi ad alta intensità: il 72,7% delle strutture private offre servizi residenziali, contro il 24,3% del pubblico. Questa tendenza suggerisce una specializzazione del privato in aree assistenziali complesse.

Anche la distribuzione geografica evidenzia forti squilibri. Il Nord-Italia concentra quasi la metà delle strutture con 82 Centri, seguito dal Meridione con 52 Centri e dal Centro con 35 Centri. Questo divario quantitativo si

riflette nella disponibilità di servizi riabilitativi a lungo termine: al Nord, oltre la metà delle strutture offre servizi residenziali o semi-residenziali, mentre al meridione appena 12 su 52 Centri. La scarsa presenza del privato accreditato nel Mezzogiorno contribuisce a questa limitata offerta, creando una disparità strutturale nell'accesso a percorsi terapeutici complessi.

Un'altra criticità riguarda la copertura delle diverse fasce di età. Sebbene la maggior parte dei Centri prenda in carico pazienti dall'adolescenza all'età adulta, garantendo continuità, l'offerta per l'età pediatrica è ancora limitata. Solo 66 Centri trattano pazienti con meno di 12 anni e appena 24 Centri sono specificamente dedicati alla fascia fino ai 18 anni, lasciando scoperta un'area di crescente criticità.

In conclusione, l'analisi della rete italiana dei servizi per i DNA mostra un quadro in evoluzione, con una crescente attenzione istituzionale, ma ancora segnato da profonde disomogeneità territoriali, organizzative e assistenziali. La scarsa copertura dell'età pediatrica, la limitata diffusione dei servizi residenziali nel Mezzogiorno e la polarizzazione dei servizi ad alta intensità nel privato accreditato sono criticità che richiedono un'attenta pianificazione. Gli obiettivi prioritari per il futuro includono il rafforzamento della rete pubblica, la promozione di modelli di intervento omogenei e l'integrazione territoriale per garantire una risposta efficace ed equa a una patologia in rapida espansione.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istituto Superiore di Sanità. Mappatura territoriale delle associazioni e dei centri di cura che si occupano di disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Disponibile sul sito: <https://piattaformadisturbialimentari.iss.it>. Data ultima consultazione: 30 giugno 2025.
- (2) Santomauro DF, Melen S, Mitchison D, Vos T, Whiteford H, Ferrari AJ. The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2021 Apr; 8 (4): 320-328. doi: 10.1016/S2215-0366 (21)00040-7. Epub 2021 Mar 3. PMID: 33675688; PMCID: PMC7973414.
- (3) Liu K, Gao R, Kuang H, E R, Zhang C, Guo X. Global, regional, and national burdens of eating disorder in adolescents and young adults aged 10-24 years from 1990 to 2021: A trend analysis. *J Affect Disord*. 2025 Nov 1;388:119596. doi: 10.1016/j.jad.2025.119596. Epub 2025 Jun 4. PMID: 40480381.
- (4) LEGGE 23 febbraio 2024, n. 18 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 2023, n. 215, recante disposizioni urgenti in materia di termini normativi. (24G00033) (GU Serie Generale n. 49 del 28 febbraio 2024)
- (5) Carta MG, Preti A, Moro MF, Aguglia E, Balestrieri M, Caraci F, Dell'Oso L, Di Sciascio G, Drago F, Faravelli C, Hardoy MC, D'Aloja E, Cossu G, Calò S, Palumbo G, Bhugra D. Eating disorders as a public health issue: prevalence and attributable impairment of quality of life in an Italian community sample. *Int Rev Psychiatry*. 2014 Aug; 26 (4): 486-92. doi: 10.3109/09540261.2014.927753. PMID: 25137115.
- (6) Giacomini G, Elhadidy HSMA, Paladini G, Onorati R, Sciarpa E, Gianino MM, Borraccino A. Eating Disorders in Hospitalized School-Aged Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study of Discharge Records in Developmental Ages in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 11; 19 (20): 12988. doi: 10.3390/ijerph192012988. PMID: 36293569; PMCID: PMC9602016.
- (7) J Devoe D, Han A, Anderson A, Katzman DK, Patten SB, Soumbasis A, Flanagan J, Paslakis G, Vyver E, Marcoux G, Dimitropoulos G. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord*. 2023 Jan; 56 (1): 5-25. doi: 10.1002/eat.23704. Epub 2022 Apr 5. PMID: 35384016; PMCID: PMC9087369.

Salute materno-infantile

La salute materno-infantile rappresenta un settore fondamentale della Sanità Pubblica in quanto si occupa del benessere delle donne durante la gravidanza, il parto e il periodo postnatale, nonché della salute dei neonati e dei bambini nei primi anni di vita. Questo ambito mira a garantire condizioni ottimali per la crescita e lo sviluppo dei bambini, prevenendo malattie e complicazioni che possano compromettere la vita e la qualità di vita sia delle madri sia dei loro figli. Investire nella salute materno-infantile significa promuovere interventi preventivi, migliorare l'accesso ai servizi sanitari ed educare le famiglie, con l'obiettivo di ridurre la mortalità materna e infantile e favorire uno sviluppo sano e armonioso.

Tra il 2020 e il 2023, il numero di punti nascita con <1.000 parti annui è diminuito di 18 unità. Nel 2023, il 62% dei parti in Italia è avvenuto in strutture con un volume >1.000 nascite all'anno, una percentuale stabile rispetto al 2022. Nel contempo, l'8,1% dei parti si è svolto in strutture con <500 nascite annue, rispetto al 7,6% dell'anno precedente. Le unità operative di UOTIN sono presenti in 116 punti nascita, con una diminuzione di 2 unità operative rispetto al 2022.

Nel 2023 la proporzione di TC è pari a 31,8% (in diminuzione rispetto al 32,6% dell'anno precedente) con una marcata variabilità interregionale che vede come valore minimo il 20,9% registrato in Friuli-Venezia Giulia e come valore massimo il 45,7% riportato in Campania. Con riferimento ai TC primari si osserva una lieve riduzione tra il 2022 e il 2023 (da 19,9% a 19,4%) e le 2 regioni agli estremi della distribuzione risultano essere l'Emilia-Romagna (14,1%) e la Sardegna (25,1%).

Le Classi di Robson sono un sistema di classificazione usato in ostetricia per suddividere le donne in gravidanza in dieci gruppi omogenei, basati su caratteristiche cliniche rilevanti, il cui scopo è facilitare l'analisi e il confronto del ricorso al TC tra le diverse regioni. La Classe 1 include casi a basso rischio di TC (primipare, singolo feto, presentazione cefalica, a termine e travaglio spontaneo), ma, nonostante ciò, l'incidenza non è trascurabile e pari al 12,3%, con il valore più basso (5,8%) in Emilia-Romagna e quello più elevato (26,3%) in Campania.

La quota di nascite da donne ≥ 35 anni continua ad aumentare nel tempo e nel 2023 risulta pari a 35,7%. È noto che questo posticipo riduce la probabilità di avere una gravidanza e aumenta la probabilità di un suo esito negativo. Anche l'età media al primo figlio risulta in crescita e uguale a 31,7 anni con un *range* compreso tra i 30,7 anni della PA di Bolzano e i 32,5 anni della Sardegna.

Tra i nati vivi, il 6,9% è venuto alla luce prima del termine fisiologico della gravidanza, con lo 0,9% dei casi classificati come gravemente pre-termine. Inoltre, il 7,0% dei neonati presenta un peso alla nascita <2.500 grammi mentre lo 0,9% pesa <1.500 grammi. L'età gestazionale e il peso alla nascita, fortemente correlati tra loro, vengono analizzati congiuntamente per determinare la percentuale di neonati classificati come *Small for Gestational Age* e *Large for Gestational Age* pari, rispettivamente, al 10,8% e al 9,6%.

L'attività di PMA nel 2022 mostra una riduzione del numero dei centri attivi rispetto all'anno precedente: da 340 a 333. Nonostante ciò, dal 2021 al 2022 si sono registrati aumenti nel numero delle coppie trattate, dei cicli effettuati e dei bambini nati vivi: questi ultimi sono passati da 16.625 a 16.718. Permane una significativa disomogeneità regionale sia nell'offerta che nella qualità della raccolta dei dati.

Il tasso di IVG per l'anno 2023 è risultato uguale a 5,5 casi per 1.000 donne residenti in età feconda, stazionario rispetto all'anno precedente. Le IVG effettuate con metodo farmacologico continuano ad aumentare e risultano essere il 58,5% di tutti gli interventi con una marcata disomogeneità territoriale: in 5 regioni (Marche, Sicilia, Campania, Lombardia e PA di Bolzano) non si raggiunge la metà degli interventi, mentre in 7 regioni (PA di Trento, Emilia-Romagna, Piemonte, Basilicata, Liguria, Calabria e Molise) si supera il 70%.

Viene riproposto l'indicatore sulla natimortalità e la mortalità perinatale che è stato pubblicato un'unica volta nel Rapporto Osservasalute del 2021. Entrambi gli indicatori risultano in diminuzione nel periodo di osser-

vazione: il tasso di natimortalità passa da 3,6 a 3,1 nati morti per 1.000 nati tra il 2015-2023: il tasso di mortalità perinatale è passato da 5,1 a 4,4 decessi ogni 1.000 nati tra il 2015-2022. In entrambi i casi emerge una forte variabilità a livello territoriale.

Chiude il Capitolo un *Box* sull'offerta dell'IVG farmacologica in regime ambulatoriale, secondo quanto disposto da una circolare del Ministero della Salute emanata il 12 agosto 2020. Nel 2024 solo 3 regioni hanno attivato tale servizio presso Ambulatori o Consultori. Si evidenziano difficoltà organizzative o di altra natura nel resto delle regioni che dovrebbero essere risolte per fornire un servizio garantito sul territorio a tutte le donne.

Parti effettuati nei punti nascita e presenza di Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale

Significato. L'indicatore intende descrivere l'organizzazione territoriale della rete dei punti nascita e la rete di assistenza intensiva neonatale.

In Italia, l'assistenza alla gravidanza e al parto è generalmente buona (il rischio di natimortalità si è quasi dimezzato a partire dai primi anni Ottanta, la percentuale di donne assistite durante la gravidanza ha superato il 90%, la totalità dei parti è assistita da operatori sanitari e la percentuale di nati da parto pre-termine e quella di nati di peso inferiore si è ridotta drasticamente). Tuttavia, la realtà italiana è ancora caratterizzata da un'eccessiva medicalizzazione dell'evento nascita, di cui il non appropriato ricorso al TC rappresenta la manifestazione più esasperata, e dall'estrema parcellizzazione dei punti nascita.

Per migliorare questo sistema assistenziale, è stato sancito in conferenza unificata il 16 dicembre 2010 l'Accordo Stato-Regioni recante "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del Taglio Cesareo", in cui si propone un programma nazionale, articolato in 10 linee di azione, per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del TC.

Tali linee di indirizzo hanno come obiettivo, tra gli altri, la razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con numero di parti <1.000/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle Unità Operative ostetrico-ginecologiche con quelle neonatologiche/pediatrie, riconducendo a due

i precedenti tre livelli del Progetto Obiettivo Materno-Infantile del 24 aprile 2000 ed indicando standard operativi, di sicurezza e tecnologici, rispetto alle specifiche funzioni collegate ai livelli assistenziali.

Contengono anche specifiche indicazioni di politica sanitaria per migliorare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate durante il percorso nascita. Tra queste sono previste la razionalizzazione dei punti nascita nonché il miglioramento degli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture; inoltre, prevedono che le Unità Operative neonatologiche di II livello assistano neonati fisiologici e neonati patologici, ivi inclusi quelli bisognosi di Terapia Intensiva. Le funzioni collegate ai livelli assistenziali ricomprendono l'assistenza a soggetti "inborn" ed "outborn", necessitanti di assistenza intensiva, di qualsiasi peso o età gestazionale.

La riorganizzazione della rete assistenziale del percorso nascita prevede il numero di almeno 1.000 nascite/anno quale parametro standard a cui tendere per il mantenimento/attivazione dei punti nascita. La possibilità di punti nascita con numerosità inferiore e, comunque, non <500 parti/anno, potrà essere prevista solo sulla base di motivate valutazioni legate alla specificità dei bisogni reali delle varie aree geografiche interessate, con rilevanti difficoltà di attivazione del Servizio Trasporto Assistito Materno. Fra gli standard qualitativi sono previsti non meno di 1.000 nati/anno nella struttura (inborn) e la presenza di una UOTIN. Inoltre, la UOTIN dovrebbe essere attivata per un bacino di utenza di almeno 5.000 nati annui.

Proporzione di parti secondo la classe di ampiezza

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Parti}_{\text{Classe } i}}{\text{Parti}} \times 100$$

Classe i = Classe 1, Classe 2, Classe 3, Classe 4, Classe 5.

Classe 1 = <500 parti, Classe 2 = 500-799 parti, Classe 3 = 800-999 parti, Classe 4 = 1.000-2.499 parti, Classe 5 = ≥2.500 parti.

Percentuale del numero di Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale secondo la classe di ampiezza, in termini di parti effettuati, nei punti nascita

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{UOTIN}_{\text{Classe } i, \text{ Regione } j}}{\text{UOTIN}_{\text{Regione } j}} \times 100$$

Classe i = Classe 1, Classe 2, Classe 3, Classe 4, Classe 5.

Classe 1 = <500 parti, Classe 2 = 500-799 parti, Classe 3 = 800-999 parti, Classe 4 = 1.000-2.499 parti, Classe 5 = ≥2.500 parti.

Validità e limiti. L'indicatore evidenzia il rispetto di due tra i molteplici standard qualitativi per caratterizzare i livelli della rete di offerta dei servizi ostetrici e neonatologici ospedalieri. La fonte utilizzata per il calcolo dell'indicatore è il CedAP. Nel caso di strutture ospedaliere articolate su più sedi (stabilimenti ospedalieri), a ciascun punto nascita è attribuita la specifica classe di ampiezza, in funzione del volume di parti annui effettuati dallo stabilimento.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono riferimenti normativi per questo indicatore. Per il confronto tra le regioni occorre considerare sia la diversa ampiezza dei territori regionali sia le notevoli variabilità di densità abitativa e caratteristiche orografiche che impongono un'organizzazione dei servizi diversificata.

Descrizione dei risultati

La distribuzione dell'offerta risulta notevolmente diversificata sul territorio compatibilmente con la struttura geografica dello stesso e con il suo bacino di utenza.

Il confronto del numero di punti nascita tra il 2020 e il 2023 evidenzia una diminuzione complessiva in tutte le regioni (Tabella 1), pari al 7,2% a livello nazionale, cui corrispondono 30 punti nascita soppressi (si passa da 419 a 389 unità). Il Lazio ne ha chiusi 5, mentre la Lombardia, l'Emilia-Romagna e la Campania 4 ciascuna. Solo il Friuli-Venezia Giulia risulta aver acquisito un'ulteriore unità.

Nel più recente biennio 2022-2023 sono state 6 le strutture chiuse, che hanno interessato le seguenti regioni: Lazio (-2 punti nascita), Liguria (-1 punto nascita), Emilia-Romagna (-1 punto nascita), Sicilia (-1 punto nascita) e Sardegna (-1 punto nascita).

Se si considerano i punti nascita con un volume di parti <1.000 annui, così come indicato nelle Linee di indirizzo, la riduzione tra il 2020 e il 2023 è stata di 18 unità, pari al 6,6%. Più recentemente, tra il 2022 e il 2023, la riduzione è stata di 3 unità a livello nazionale. In realtà, se si osserva la distribuzione regionale, si nota che Liguria, Emilia-Romagna, Sicilia e Sardegna hanno visto la chiusura di 2 punti nascita; invece, per il Piemonte e il Lazio risulta la chiusura di 1 struttura. Le aperture, invece, hanno interessato la Lombardia (+1 punto nascita), la PA di Trento (+1 punto nascita), la Campania (+1 punto nascita), la Calabria (+1 punto nascita) e il Veneto (+3 punti nascita).

Nel 2023 il 62% dei parti in Italia è avvenuto in strutture dove si verificano >1.000 parti l'anno (valore stabile rispetto al 2022) (Grafico 1); l'8,1%, invece, è avvenuto in strutture che accolgono <500 casi l'anno (7,6% l'anno precedente), volume ritenuto non soddisfacente a garantire uno standard qualitativo accetta-

bile neanche per i punti nascita di I livello.

In 7 regioni sono presenti strutture con grandi volumi di attività (>2.500 parti l'anno): Lazio, Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Veneto e Campania.

I punti nascita di piccole dimensioni (<500 parti) che accolgono una quota significativa di nascite (oltre il 10%), risultano presenti nel Molise (40%), Basilicata (24%), Friuli-Venezia Giulia (16%), Sicilia (16%), Sardegna (16%), Umbria (14%), PA di Trento (11%) e Marche (11%).

Nel Rapporto CedAP 2023, pubblicato dal Ministero della Salute, si evince che il 9,8% delle nascite è avvenuto in case di cura private accreditate, che hanno generalmente una dimensione inferiore rispetto alle strutture gestite direttamente dal SSN (tale quota era pari a 10,8% nel 2022). 267 parti sono stati effettuati in 4 case di cura private non accreditate con volume di attività <500 casi l'anno.

La funzione di coordinamento per la tematica del percorso nascita e di monitoraggio dell'implementazione degli standard di qualità e sicurezza in attuazione dei contenuti presenti nell'Accordo Stato-Regioni del 2010 è svolta dal Comitato Percorso Nascita nazionale. A tale organo di coordinamento è affidato, tra gli altri, il compito di esprimere parere consultivo sulle eventuali richieste da parte delle Regioni, di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività <500 parti annui e situate in aree orograficamente difficili. La particolare attenzione verso la tematica del percorso nascita è attestata anche dall'inserimento nella verifica LEA di uno specifico punto dedicato al percorso nascita, nell'ambito del quale vengono annualmente verificati i punti nascita con bassi volumi di parti.

L'UOTIN è presente in 116 dei 389 punti nascita analizzati nel 2023 (Tabella 2), una proporzione del 29,8%, in lieve diminuzione rispetto al 30,5% del 2022.

Solo in Sicilia è presente una UOTIN in una struttura che effettua <500 parti l'anno; mentre, <1.000 parti, ce ne sono 21 in totale. La maggior parte (80 UOTIN) sono collocate in strutture con un numero di parti compreso tra 1.000-2.499.

Dal Rapporto pubblicato dal Ministero della Salute risultano 5 UOTIN in punti nascita privati accreditati: 1 in Valle d'Aosta, 1 nel Lazio e 3 in Campania. Queste ultime hanno un volume di parti compreso tra 1.000-2.499, le altre >2.500 parti.

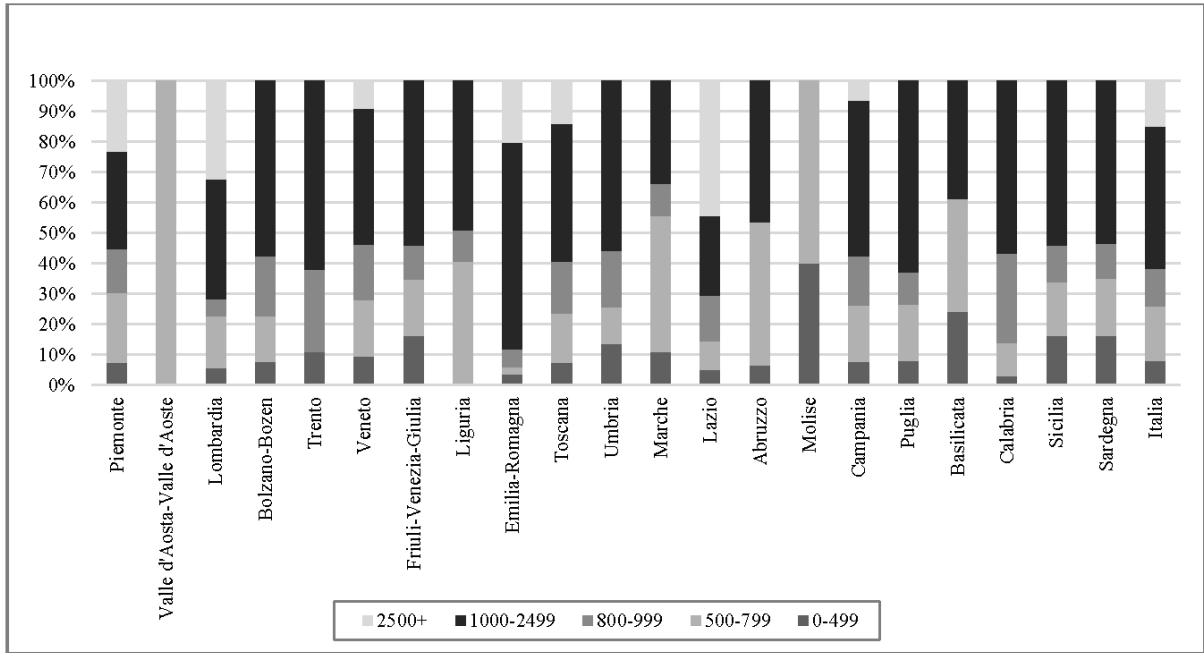
La corretta collocazione delle UOTIN, in relazione all'organizzazione della rete dei punti nascita per intensità di livello assistenziale, è determinante da un lato per limitare quanto più possibile il rischio che neonati patologici ricevano un'assistenza qualitativamente non adeguata e dall'altro per un impiego appropriato delle risorse specialistiche e tecnologiche.

Tabella 1 - *Punti nascita (valori assoluti) totali e per volume di attività <1.000 parti annui per regione - Anni 2020-2023*

Regioni	Punti nascita					Punti nascita <1.000 parti annui				
	2020	2021	2022	2023	2023-2020	2020	2021	2022	2023	2023-2020
Piemonte	27	26	26	26	-1	20	19	20	19	-1
Valle d'Aosta-Valle d'Aoste	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0
Lombardia	59	55	55	55	-4	32	30	31	32	0
Bolzano-Bozen	5	5	5	5	0	3	2	3	3	0
Trento	4	4	4	4	0	2	2	2	3	1
Veneto	34	32	32	32	-2	21	21	20	23	2
Friuli Venezia Giulia	9	10	10	10	1	6	8	7	7	1
Liguria	11	10	10	9	-2	8	7	8	6	-2
Emilia-Romagna	23	20	20	19	-4	12	9	8	6	-6
Toscana	24	24	23	23	-1	15	16	15	15	0
Umbria	8	6	6	6	-2	6	3	4	4	-2
Marche	12	11	11	11	-1	9	8	9	9	0
Lazio	36	33	33	31	-5	24	23	21	20	-4
Abruzzo	9	9	9	9	0	7	7	7	7	0
Molise	3	3	3	3	0	3	3	3	3	0
Campania	53	52	49	49	-4	36	34	30	31	-5
Puglia	26	26	25	25	-1	17	17	16	16	-1
Basilicata	5	5	5	5	0	4	4	4	4	0
Calabria	12	11	11	11	-1	7	6	6	7	0
Sicilia	47	45	45	44	-3	32	31	33	31	-1
Sardegna	11	11	12	11	0	8	8	10	8	0
Italia	419	399	395	389	-30	273	259	258	255	-18

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2025.

Grafico 1 - *Parti (valori per 100) effettuati nei punti nascita per classe di ampiezza e regione - Anno 2023*



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2025.

Tabella 2 - *Punti nascita (valori assoluti) totali con Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale per classe di parto e regione - Anno 2023*

Regioni	Punti nascita con UOTIN per classe di parto					Punti nascita con UOTIN
	<500	500-799	800-999	1000-2499	>2500	
Piemonte	0	1	2	4	1	8
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0
Lombardia	0	0	0	8	5	13
Bolzano-Bozen	0	0	0	1	0	1
Trento	0	0	0	1	0	1
Veneto	0	0	0	6	1	7
Friuli-Venezia Giulia	0	0	0	2	0	2
Liguria	0	0	0	1	0	1
Emilia-Romagna	0	0	0	7	2	9
Toscana	0	0	2	4	1	7
Umbria	0	0	0	2	0	2
Marche	0	0	0	1	0	1
Lazio	0	0	1	4	4	9
Abruzzo	0	1	0	2	0	3
Molise	0	1	0	0	0	1
Campania	0	2	3	10	1	16
Puglia	0	0	1	8	0	9
Basilicata	0	0	0	1	0	1
Calabria	0	0	0	4	0	4
Sicilia	1	2	3	12	0	18
Sardegna	0	0	1	2	0	3
Italia	1	7	13	80	15	116

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le evidenze relative alla composizione percentuale dei parti secondo la classe di ampiezza dei punti nascita consentono di definire la situazione attuale ed i punti critici, fornendo un valido strumento a supporto della programmazione dei servizi di assistenza ostetrica e pediatrico-neonatologica e degli interventi di razionalizzazione della rete di offerta dei punti nascita, previsti per la sicurezza delle cure ed il contenimento della spesa sanitaria.

Le unità funzionali perinatali di II livello assistono gravidanze e parti a rischio elevato ed i nati patologici, ivi inclusi quelli che necessitano di Terapia Intensiva. L'analisi della distribuzione del numero di UOTIN, in relazione alle classi di ampiezza dei punti nascita, unitamente alla distribuzione dei punti nascita per classi di ampiezza, consente di evidenziare ambiti di potenziale non appropriatezza organizzativa o di rischio per la sicurezza della madre e del neonato.

Poiché l'accesso alla Terapia Intensiva per i neonati fortemente pre-termine è determinante per la soprav-

vivenza e la futura qualità della vita del bambino, la presenza di UOTIN deve essere correlata anche all'età gestazionale, in modo da evidenziare in particolare la percentuale dei parti fortemente pre-termine che hanno luogo in strutture prive di UOTIN. Si segnala che tale indicatore è tra quelli raccomandati dal progetto Euro-Peristat, ai fini del monitoraggio della salute perinatale a livello europeo, pertanto sarebbe opportuna una sua diffusione.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute, "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo". Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_4_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=salastampa&p=null&id=3147.
- (2) Ministero della Salute (2025), "Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2023". Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dellevento-nascita.

Parti con Taglio Cesareo

Significato. La proporzione di parti con TC è un indicatore di qualità dell'assistenza perinatale e misura l'utilizzo di un intervento ostetrico efficace e salvavita in presenza di condizioni complicanti la gravidanza o il travaglio. La proporzione di parti con TC primario è un indicatore che descrive l'assistenza fornita alle partorienti. Il minore ricorso al TC primario riduce la

popolazione con pregresso TC, maggiormente a rischio di ripetere l'intervento.

Come ogni intervento chirurgico, anche il TC è associato a rischi per la salute materna e perinatale a breve e a lungo termine. Il ricorso inappropriato all'intervento costituisce un problema di costo-efficacia e di salute pubblica.

Proporzione di parti con Taglio Cesareo

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Parti con Taglio Cesareo (DRG 370-371)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Parti (DRG 370-375)}} \times 100$$

Proporzione di parti con Taglio Cesareo primario

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Parti con Taglio Cesareo in donne che non hanno subito un precedente cesareo (DRG 370-371 esclusi i codici di diagnosi 654.2)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Parti (DRG 370-375)}} \times 100$$

Proporzione di parti con Taglio Cesareo ripetuto

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Parti con Taglio Cesareo (DRG 370-371 e codici di diagnosi 654.2)}}{\text{Denominatore} \quad \text{Parti (DRG 370-375)}} \times 100$$

Validità e limiti. Le informazioni rilevate dalle SDO, compilate sulla base dei DRG, consentono di stimare la proporzione di parti con TC nelle singole regioni in misura accurata e uniforme. L'analisi riporta le proporzioni di TC primari (primo parto con TC) e ripetuti (TC in donne con pregresso TC) che definiscono due sottopopolazioni per le quali è possibile pianificare interventi distinti e specifici per migliorare l'appropriatezza dell'intervento. Le informazioni rilevabili dalla fonte SDO non consentono di analizzare il ricorso al TC in relazione a ulteriori condizioni ostetriche che implicano diverse complessità assistenziali. Il calcolo di questi indicatori non è aggiustato per condizioni cliniche che potrebbero aumentare il rischio di TC.

Valore di riferimento/Benchmark. L'OMS ha rilevato che, a livello di popolazione, tassi di TC >10% non sono associati a una riduzione di mortalità materna e neonatale. Il Decreto Ministeriale n. 70 del 2015 stabilisce, come standard assistenziale, che la proporzione di TC primari non debba essere >25%, con una soglia che può variare in base al volume di attività del punto nascita, ma comunque mai superiore a tale valore.

Descrizione dei risultati

In Italia, nel 2023, la proporzione di TC sul totale dei

parti è pari a 31,84%, in lieve riduzione rispetto all'anno precedente (32,57%). La variabilità interregionale è spiccata con proporzioni che variano da un minimo del 20,86% registrato in Friuli-Venezia Giulia ad un massimo del 45,68% riportato in Campania (Tabella 1).

Confrontata al 2015, la proporzione di TC è diminuita nella quasi totalità delle regioni; una variazione percentuale superiore al 15% si registra in 3 regioni i cui valori iniziali erano molto diversi: da 27,09% nel 2015 a 22,13% nel 2023 in Emilia-Romagna, da 45,32% a 35,48% in Molise e da 61,09% a 45,68% in Campania (Tabella 1).

A livello nazionale la proporzione di TC è diminuita in misura modesta sia tra gli interventi primari (da 21,02% nel 2015 a 19,39% nel 2023), con una variazione percentuale pari a -7,75% (Tabella 2) sia tra quelli ripetuti (da 14,40% a 12,45%, con variazione pari a -13,54%) (Tabella 3). L'emergenza pandemica del 2020 non ha influenzato, in misura significativa, il ricorso all'intervento.

Nel 2023 si rileva una variabilità interregionale della proporzione di TC primario (da valori <15% in Emilia-Romagna e PA di Trento a valori >25% in Sardegna) e di quella di TC ripetuti (da valori <6% in Friuli-Venezia Giulia a valori >20% in Campania), con un marcato gradiente Nord-Sud ed Isole.

La Tabella 4 riporta i tassi std dei TC dal 2015 al 2023 e rileva che, al netto dell’età materna, le proporzioni di TC sono in diminuzione a livello nazionale e regionale (ad eccezione della PA di Bolzano e della Valle d’Aosta, che hanno una numerosità di parti inferiore rispetto alle altre regioni).

Tabella 1 - *Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2023*

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2015)
Piemonte	28,45	28,60	27,09	26,86	27,07	26,82	26,62	27,08	26,29	-7,60
Valle d’Aosta	28,78	30,47	28,42	28,55	34,41	32,74	30,46	34,85	34,81	20,97
Lombardia	26,89	27,01	26,38	25,89	26,27	25,84	25,93	26,28	26,29	-2,25
Bolzano-Bozen	24,04	24,84	25,21	26,49	24,83	23,55	24,83	25,28	26,58	10,57
Trento	24,04	20,70	21,82	19,25	19,36	19,32	20,82	20,55	21,33	-11,25
Veneto	24,97	24,95	22,98	25,33	24,99	24,23	24,56	24,26	24,10	-3,50
Friuli-Venezia Giulia	24,20	24,18	23,11	20,51	21,54	21,66	22,36	22,25	20,86	-13,81
Liguria	33,25	31,02	29,87	30,22	30,65	30,77	30,74	30,74	29,92	-10,02
Emilia-Romagna	27,09	26,76	24,61	24,80	24,08	23,56	23,09	22,57	22,13	-18,32
Toscana	25,67	26,41	25,92	26,09	28,31	26,25	25,45	25,06	24,33	-5,21
Umbria	28,07	28,33	27,18	25,83	25,81	26,44	26,36	26,18	26,24	-6,52
Marche	33,63	33,76	32,04	33,79	31,50	31,85	31,13	30,78	30,27	-9,98
Lazio	39,82	39,05	37,46	37,37	37,06	37,16	37,79	37,88	37,52	-5,76
Abruzzo	37,65	36,29	34,39	34,45	33,74	33,54	32,92	33,36	32,53	-13,61
Molise	45,32	46,73	44,14	38,63	39,98	38,91	40,50	37,54	35,48	-21,71
Campania	61,09	59,03	53,64	52,52	49,82	49,41	49,33	47,68	45,68	-25,23
Puglia	42,04	43,92	41,58	40,52	39,55	39,11	38,33	39,43	36,79	-12,50
Basilicata	38,43	39,42	37,46	36,35	37,32	36,41	34,73	36,22	34,85	-9,32
Calabria	36,94	38,09	38,21	38,17	39,25	38,11	39,19	35,76	35,43	-4,08
Sicilia	43,32	41,75	41,82	38,78	40,46	40,62	41,39	42,45	40,96	-5,45
Sardegna	39,79	38,82	37,77	37,73	37,90	38,32	37,69	37,63	38,05	-4,37
Italia	35,42	35,12	33,60	33,11	33,00	32,64	32,60	32,57	31,84	-10,12

Fonte dei dati: Elaborazione su dati SDO dal Ministero della Salute - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo per regione. Anno 2023

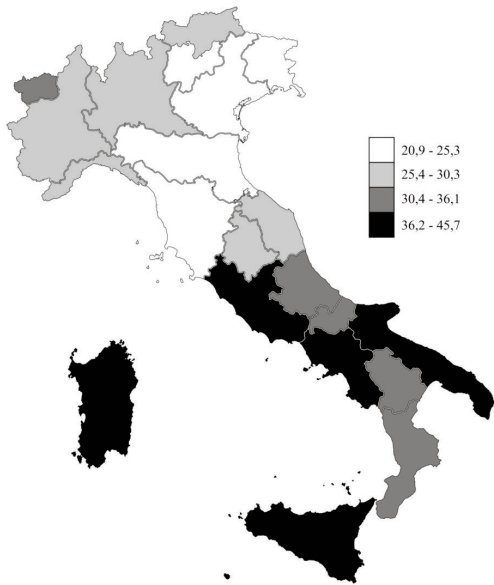


Tabella 2 - *Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo primario e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2023*

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2015)
Piemonte	18,16	18,35	17,46	16,83	17,02	17,13	17,04	17,48	16,88	-7,05
Valle d'Aosta	16,83	19,03	17,72	20,98	25,62	24,97	23,37	27,27	24,79	47,30
Lombardia	16,88	16,67	16,31	16,11	16,58	16,14	16,40	17,14	17,29	2,43
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>16,69</i>	<i>17,25</i>	<i>17,20</i>	<i>17,80</i>	<i>16,25</i>	<i>15,36</i>	<i>16,30</i>	<i>16,72</i>	<i>17,31</i>	<i>3,71</i>
<i>Trento</i>	<i>14,90</i>	<i>11,89</i>	<i>12,38</i>	<i>11,34</i>	<i>11,68</i>	<i>12,47</i>	<i>13,87</i>	<i>13,07</i>	<i>14,69</i>	<i>-1,41</i>
Veneto	15,81	15,78	14,56	15,81	15,83	15,70	15,85	15,90	15,67	-0,89
Friuli-Venezia Giulia	16,46	16,14	15,87	13,84	14,79	14,27	15,95	15,96	15,15	-7,96
Liguria	22,33	20,15	18,88	18,85	20,06	19,48	19,57	19,65	19,68	-11,87
Emilia-Romagna	17,00	16,90	15,09	15,26	14,80	14,42	14,01	14,34	14,07	-17,24
Toscana	17,27	17,45	16,99	17,30	18,59	17,32	16,37	16,63	16,12	-6,66
Umbria	17,34	17,56	16,93	16,19	16,49	15,98	17,07	16,46	17,09	-1,44
Marche	21,79	20,95	19,19	20,22	18,89	18,76	18,93	19,20	18,50	-15,10
Lazio	23,64	22,77	22,08	22,22	22,08	22,69	22,67	23,60	23,04	-2,54
Abruzzo	24,29	23,60	21,34	21,91	20,83	20,79	20,37	20,89	20,54	-15,44
Molise	26,92	28,93	25,79	19,77	21,85	22,54	24,92	22,21	20,32	-24,52
Campania	33,36	30,60	25,93	24,83	24,27	24,68	24,09	25,58	24,35	-27,01
Puglia	23,72	24,88	23,69	22,84	22,12	22,33	22,00	23,47	21,33	-10,08
Basilicata	21,64	22,44	21,94	20,99	21,18	20,49	18,65	20,80	20,38	-5,82
Calabria	20,81	22,53	22,91	22,47	23,19	21,49	22,09	20,75	20,54	-1,30
Sicilia	21,88	20,94	21,56	20,80	21,41	22,16	22,15	24,09	23,29	6,44
Sardegna	26,10	25,25	23,83	24,23	24,37	25,35	23,97	23,88	25,11	-3,79
Italia	21,02	20,57	19,47	19,22	19,28	19,24	19,13	19,86	19,39	-7,75

Fonte dei dati: Elaborazione su dati SDO dal Ministero della Salute - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Tabella 3 - *Proporzione (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo ripetuto e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2023*

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2015)
Piemonte	10,29	10,25	9,63	10,03	10,05	9,68	9,57	9,61	9,40	-8,65
Valle d'Aosta	11,96	11,44	10,70	7,58	8,79	7,78	7,09	7,58	10,03	-16,14
Lombardia	10,01	10,34	10,07	9,79	9,69	9,69	9,53	9,14	9,00	-10,09
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>7,36</i>	<i>7,59</i>	<i>8,01</i>	<i>8,68</i>	<i>8,57</i>	<i>8,19</i>	<i>8,53</i>	<i>8,56</i>	<i>9,28</i>	<i>26,09</i>
<i>Trento</i>	<i>9,14</i>	<i>8,81</i>	<i>9,44</i>	<i>7,90</i>	<i>7,68</i>	<i>6,84</i>	<i>6,95</i>	<i>7,49</i>	<i>6,64</i>	<i>-27,35</i>
Veneto	9,16	9,17	8,41	9,53	9,15	8,52	8,71	8,36	8,42	-8,08
Friuli-Venezia Giulia	7,74	8,04	7,24	6,66	6,75	7,39	6,41	6,28	5,69	-26,49
Liguria	10,92	10,88	10,99	11,37	10,60	11,30	11,18	11,09	10,24	-6,23
Emilia-Romagna	10,08	9,86	9,52	9,54	9,28	9,13	9,08	8,24	8,06	-20,04
Toscana	8,39	8,95	8,94	8,79	9,72	8,92	9,08	8,43	8,21	-2,15
Umbria	10,73	10,78	10,25	9,64	9,32	10,45	9,29	9,71	9,15	-14,73
Marche	11,84	12,81	12,86	13,57	12,61	13,09	12,21	11,58	11,77	-0,59
Lazio	16,18	16,28	15,38	15,15	14,98	14,47	15,13	14,28	14,49	-10,44
Abruzzo	13,36	12,69	13,04	12,54	12,91	12,74	12,56	12,48	11,99	-10,25
Molise	18,40	17,80	18,35	18,87	18,13	16,37	15,58	15,33	15,04	-18,26
Campania	27,73	28,43	27,71	27,69	25,55	24,72	25,25	22,10	21,32	-23,12
Puglia	18,32	19,05	17,89	17,68	17,43	16,77	16,33	15,96	15,46	-15,61
Basilicata	16,79	16,98	15,52	15,36	16,14	15,91	16,08	15,41	14,47	-13,82
Calabria	16,13	15,57	15,30	15,70	16,06	16,63	17,10	15,01	14,90	-7,63
Sicilia	21,44	20,81	20,26	17,98	19,05	18,46	19,24	18,36	17,67	-17,58
Sardegna	13,69	13,57	13,94	13,50	13,53	12,96	13,72	13,75	12,94	-5,48
Italia	14,40	14,55	14,13	13,90	13,73	13,40	13,47	12,71	12,45	-13,54

Fonte dei dati: Elaborazione su dati SDO dal Ministero della Salute - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Tabella 4 - Tasso (standardizzato per 10.000) di parti con Taglio Cesareo e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2023

Regioni	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2015)
Piemonte	53,57	53,63	50,29	48,45	48,08	47,32	46,88	47,27	44,62	-16,71
Valle d'Aosta	56,15	59,76	52,51	53,85	63,05	54,99	52,34	60,09	59,40	5,79
Lombardia	55,21	54,66	52,51	50,20	49,87	46,81	47,09	47,41	46,37	-16,02
Bolzano-Bozen	58,19	61,50	61,36	64,70	61,31	57,34	61,71	59,05	58,71	0,90
Trento	51,75	43,17	45,26	38,68	38,94	37,30	42,43	40,10	39,85	-22,99
Veneto	48,52	48,48	43,92	47,32	45,38	43,54	45,59	44,07	42,79	-11,80
Friuli-Venezia Giulia	42,00	43,85	41,73	37,19	37,14	37,10	38,89	39,53	35,82	-14,72
Liguria	59,53	56,17	53,79	52,31	52,48	53,79	53,50	53,66	51,15	-14,07
Emilia-Romagna	53,35	51,90	46,41	46,24	43,78	41,63	41,52	40,71	38,83	-27,22
Toscana	46,62	47,88	47,01	45,49	47,25	43,10	43,35	41,17	39,40	-15,49
Umbria	51,23	51,70	47,98	44,75	43,93	43,70	44,23	42,49	41,85	-18,31
Marche	63,47	61,10	57,06	58,70	53,57	53,66	52,60	50,86	51,27	-19,23
Lazio	76,42	74,58	69,62	67,51	55,28	62,00	63,70	62,18	61,82	-19,11
Abruzzo	69,63	67,49	62,61	59,98	54,88	56,69	57,35	57,17	53,71	-22,87
Molise	79,46	80,84	79,54	63,32	66,78	62,05	64,33	60,67	58,18	-26,78
Campania	123,55	119,20	108,85	102,06	97,90	96,44	94,06	94,63	89,12	-27,87
Puglia	74,69	78,81	75,70	72,53	69,02	67,10	66,69	67,07	65,35	-12,51
Basilicata	66,64	69,13	65,97	61,92	60,99	60,29	56,85	58,45	56,50	-15,22
Calabria	72,86	74,23	74,62	73,77	72,54	65,36	67,49	67,47	67,27	-7,67
Sicilia	88,54	83,99	85,74	78,48	79,97	77,05	82,25	82,89	81,96	-7,43
Sardegna	63,75	59,88	58,15	54,68	52,25	51,50	52,08	49,06	49,29	-22,69
Italia	69,15	68,04	64,55	61,92	59,43	58,07	58,69	58,27	56,38	-18,47

Nota: i tassi sono stati standardizzati sulla popolazione media italiana nel 2023.

Fonte dei dati: Elaborazione su dati SDO dal Ministero della Salute - Istat. Demografia in cifre per la popolazione. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Gli studi osservazionali hanno rilevato che tassi di TC inferiori al 10-15% sono associati a un maggiore rischio di mortalità e morbosità materna e neonatale; tuttavia, non si osservano benefici quando i tassi di TC superano il 15-20%, anche in Paesi con elevato indice di sviluppo. Contrariamente a queste conoscenze, la proporzione di TC è aumentata progressivamente a livello globale dal 1990 ad oggi; si stima che nel 2030 nei Paesi con elevato indice di sviluppo il ricorso al TC raggiungerà valori di poco inferiori al 40%. In Italia, negli ultimi 10 anni il tasso di TC si è ridotto progressivamente (era pari a 36,50% nel 2013), pur rimanendo tra i più alti fra i Paesi europei (*range* da 14,2% in Islanda a 51,4% in Romania). La marcata eterogeneità interregionale, con uno spiccato gradiente Nord-Sud ed Isole, è attribuibile, verosimilmente, a fattori attitudinali o clinico-organizzativi piuttosto che a reali differenze nello stato di salute della popolazione. È possibile che regioni con numero elevato di punti nascita con volumi di attività <1.000 parti/anno o di strutture private abbiano una proporzione di TC più alta rispetto alle altre regioni. L'analisi condotta dal PNE ha rilevato, dopo aggiustamento per gravità clinica all'ammissione, un minore ricorso al TC primario nelle strutture pubbliche e un progressivo aumento al ridursi del volume di parti.

L'offerta nell'ambito del percorso nascita dell'assistenza consultoriale basata sul modello di continuità assistenziale da parte dell'ostetrica è associata a mag-

giore soddisfazione della madre e migliori esiti di salute, riducendo il rischio di interventi iatrogeni, compreso il ricorso al TC. L'indagine condotta dall'ISS sui Consultori familiari ha rilevato che, nelle regioni che hanno investito sul modello operativo centrato sul ruolo dell'ostetrica nell'assistenza alla gravidanza fisiologica, rispetto alle regioni che hanno adottato un modello operativo con ruolo intermedio o non centrato su questa figura professionale, è maggiore la quota di madri seguite in Consultorio e che frequentano gli incontri di accompagnamento alla nascita, mentre è più basso il tasso di TC.

I professionisti sanitari e le donne devono essere consapevoli dei benefici e dei danni dell'intervento. Alle donne deve essere offerto un sostegno per eventuali preoccupazioni sulle diverse modalità di parto. In assenza di controindicazioni, deve essere offerta la possibilità di un parto vaginale a tutte le donne con precedente TC.

Per incrementare l'efficacia e la sicurezza dell'assistenza fornita alla donna e al proprio bambino, le strutture sanitarie dovrebbero istituire *audit* clinici locali attraverso i quali monitorare i parti con TC e valutarne l'appropriatezza.

Riferimenti bibliografici

- (1) Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2018 23; 15(1): e1002494.
- (2) Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesa-

rean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018; 392 (10155): 1.349-57.

(3) World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02).

(4) Ye J, Betrán AP, Guerrero Vela M, Souza JP, Zhang J. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. *Birth*. 2014; 41 (3): 237-44.

(5) Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (G.U. 4 giugno 2015, n. 127).

(6) Althabe F, Sosa C, Belizán JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *Birth*. 2006; 33 (4): 270-7.

(7) Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Azad T, et al. Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA* 2015; 314 (21): 2.263-70.

(8) Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health*. 2021; 6(6): e005671.

(9) OECD-Organisation for Economic Co-operation and Development. Data. Caesarean sections (indicator) total, per 1.000 live births, 2023. Disponibile sul sito: www.oecd.org/en/data/indicators/caesarean-sections.html.

(10) Agenas - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Report Programma nazionale esiti. Dati 2023. Edizione

2024. Testo integrale. Disponibile sul sito: www.agenas.gov.it.

(11) Ministero della Salute. Comitato Percorso Nascita nazionale. Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO), 2017. Testo integrale. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2836_allegato.pdf.

(12) Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024; 4 (4): CD004667.

(13) Wassén L, Borgström Bolmsjö B, Frantz S, Hagman A, Lindroth M, et al. Child and maternal benefits and risks of caseload midwifery - a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023; 23 (1): 663.

(14) Istituto Superiore di Sanità. Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Risultati generali. A cura di Laura Lauria, Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Renata Bortolus, Serena Battilomo, Cristina Tamburini, Serena Donati. 2022, vi, 192 p. Rapporti ISTISAN 22/16 Pt. 1.

(15) Sistema Nazionale Linee Guida-Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS). Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Prima parte. 2010. Update 2014.

(16) Sistema Nazionale Linee Guida-Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS). Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Seconda parte. 2012. Update 2016.

Parti secondo la Classificazione di Robson

Significato. La classificazione di Robson consente di classificare i parti in dieci gruppi mutuamente esclusivi secondo la diversa complessità assistenziale valutata in base ad alcune variabili: parità, genere del parto, presentazione fetale, età gestazionale, modalità del travaglio e del parto, pregresso TC.

Tale classificazione originaria è stata in seguito rivista suddividendo ulteriormente due classi e, quindi, arrivando ad un totale di dodici gruppi:

Classe 1: madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane), travaglio spontaneo.

Classe 2a: madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane), travaglio indotto.

Classe 2b: madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane), TC prima del travaglio.

Classe 3: madri multipare (non precedente TC), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gesta-

zionale ≥ 37 settimane), travaglio spontaneo.

Classe 4a: madri multipare (non precedente TC), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane), travaglio indotto.

Classe 4b: madri multipare (non precedente TC), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane), TC prima del travaglio.

Classe 5: precedente TC, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane).

Classe 6: madri nullipare, feto singolo, presentazione podalica.

Classe 7: madri multipare (incluse donne con precedente TC), feto singolo, presentazione podalica.

Classe 8: gravidanze multiple (incluse donne con precedente TC).

Classe 9: feto singolo, presentazioni anomale (incluse donne con precedente TC).

Classe 10: parto pre-termine (età gestazionale ≤ 36 settimane), feto singolo, presentazione cefalica (incluse donne con precedente TC).

Percentuale del numero di parti secondo la Classificazione di Robson

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Parti effettuati per Classe di Robson}}{\text{Denominatore} \quad \text{Parti}} \times 100$$

Tasso di incidenza dei parti con Taglio Cesareo nelle Classi di Robson

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Parti con Taglio Cesareo per Classe di Robson}}{\text{Denominatore} \quad \text{Parti per Classe di Robson}} \times 100$$

Validità e limiti. Una classificazione univoca e condivisa a livello internazionale consente interessanti confronti tra Paesi (4) oltre che tra le regioni italiane (5). Anche il progetto Euro-Peristat nell'ultima Edizione ha raccolto i dati del 2019 richiedendo una disaggregazione delle variabili tale da consentire la costruzione delle Classi di Robson (6-8).

Nella *Classe 2b* e nella *Classe 4b* andrebbero inclusi tutti i TC fuori travaglio, quindi sia quelli in elezione che quelli d'urgenza fuori travaglio. L'attuale variabile "modalità del parto" presente nel flusso CedAP non consente questa distinzione, pertanto vengono inseriti solo i TC in elezione. Il nuovo Decreto al quale il Ministero della Salute sta lavorando insieme a un tavolo di esperti multidisciplinari, ridisegnerà il flusso CedAP e i suoi contenuti. Tra questi sono presenti ottimizzazioni delle informazioni e, certamente, la possibilità di costruire le Classi di Robson in maniera più precisa.

Valore di riferimento/Benchmark. L'OMS ha proposto l'utilizzo di tale classificazione come standard glo-

bale per la valutazione, il monitoraggio e il *benchmarking* longitudinale nel tempo e trasversale tra i punti nascita, sul ricorso al TC (9, 10). Si presenta come un adeguato strumento di valutazione comparativa di efficacia, appropriatezza e sicurezza dell'assistenza alla nascita.

Descrizione dei risultati

I casi validi da poter essere utilizzati nell'analisi sono quelli per i quali sono presenti tutte le informazioni delle variabili richieste. Nel 2023 la percentuale dei parti rilevati dai CedAP classificabili secondo Robson (cui corrispondono 336.602 eventi) è pari all'89,3%, calcolata sul totale dei parti avvenuti nei punti nascita pubblici, equiparati e privati accreditati. Non si evidenzia uno scostamento nella qualità delle informazioni rispetto al 2022 (89,4%). La totalità dei casi viene classificata nella PA di Bolzano, Veneto, Molise, Campania, Puglia, Basilicata e Sardegna. Tutte le regioni presentano un numero elevato di casi classificabili (oltre il 96%). Anche per quest'anno il Lazio è

stato escluso in quanto, una delle variabili necessarie alla Classificazione di Robson, non viene rilevata nel tracciato regionale.

Il Grafico 1 mostra due indicatori: il peso percentuale dei parti di ogni singola classe rispetto alla popolazione totale delle donne che hanno partorito nel 2023 e, per ogni classe, il peso dei TC rispetto alla totalità dei parti. Nella Tabella 1 gli stessi indicatori vengono illustrati per regione.

Il 25,0% dei parti viene classificato nella *Classe 1* che include le donne nullipare con gravidanza a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, in presentazione cefalica per un totale di 84.030 casi nel 2023. Questa classe include la maggior frazione di donne con gravidanza fisiologica a basso rischio e il ricorso al TC risulta essere stato effettuato nel 12,3% dei casi. I confronti regionali mostrano una grande variabilità territoriale nel ricorso al TC, con il noto gradiente Nord-Sud ed Isole: la Campania è l'unica regione con una percentuale di TC superiore al 20% (26,3%). Un confronto con l'anno 2013 rileva una diminuzione sia della quota di parti presenti nella *Classe 1* (da 29,8% a 25,0%) che della percentuale di TC (seppur lieve: da 12,8% a 12,3%).

La *Classe 2a* include i parti di donne nullipare con gravidanza a termine, feto singolo, in presentazione cefalica (52.681 casi), quindi caratteristiche analoghe alla *Classe 1* con l'unica differenza di un travaglio indotto. In questa classe viene classificato il 15,7% dei parti, il 24,6% dei quali viene effettuato con TC. In molte regioni del Meridione (Sardegna, Molise, Sicilia, Puglia e Calabria) questa quota supera il 30%, probabilmente a causa di differenti indicazioni nell'affrontare l'induzione del travaglio. Nel 2013 la percentuale di parti era il 10,6% quindi si è assistito ad un incremento; al contrario, la percentuale dei TC è diminuita passando dal 29,8% al 24,6%.

Nella *Classe 2b* i parti (pari a 12.920) presentano le stesse caratteristiche della precedente, differenziandosi solo per il ricorso al TC prima del travaglio; quindi, risulta ovvio che la totalità dei parti risulti effettuata con TC (come già accennato, attualmente senza la possibilità di distinguere i TC elettivi da quelli urgenti). A livello nazionale, il 3,8% dei casi appartiene a questa categoria di situazioni a basso rischio risolte, però, tramite TC effettuato prima del travaglio. Nel 2013 rappresentavano il 6,4% del totale dei parti. Nell'anno in esame, in Campania questa quota è pari al 7,7%, in Sicilia al 7,0%, nelle altre risulta <5%.

Nella *Classe 3* si trovano parti da donne multipare con gravidanza a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, in presentazione cefalica, per un totale di 80.050 donne (con una percentuale pari al 23,8%, molto simile al 23,9% del 2013). Questa classe si differenzia dalla *Classe 1* solo per il fatto di comprendere donne multipare: in questo caso il ricorso al TC risulta meno frequente e pari al 2,4%, leggermente inferiore al 2,6% del 2013. Non risulta una grande variabilità ter-

ritoriale: l'unica regione con valore superiore al 4% risulta essere la Campania. In Molise il valore 100% si riferisce a un unico caso presente in questa classe.

La *Classe 4a* comprende casi analoghi alla *Classe 2a* applicati però alle donne multipare (27.062 casi, pari all'8,0% del totale dei parti, in crescita rispetto al 4,8% del 2013). Tra questi l'incidenza del TC è pari al 6,1%, effettuato con travaglio indotto, una quota ben inferiore al 24,6% applicato a donne in situazioni analoghe ma nullipare. È presente una grande variabilità territoriale che va dallo 0% del Molise al 23,2% della Sardegna.

Nella *Classe 4b* (4.650 casi pari all'1,4% del totale dei parti, in decrescita rispetto al 2,5% dell'anno 2013) si ritrovano le stesse caratteristiche della precedente, differenziandosi solo per il ricorso al TC prima del travaglio, quindi, così come per la *Classe 2b*, la totalità dei parti risulta effettuata con TC.

La *Classe 5* presenta un numero di parti considerevole (39.237 pari all'11,7% del totale, in lieve crescita rispetto al 10,6% del 2013): si tratta di donne sottoposte a pregresso TC, con gravidanza a termine, travaglio spontaneo, feto singolo. Questa classe si differenzia da quelle sopra descritte per la presenza di un pregresso TC: a parità delle altre variabili questa condizione sembra essere determinante per il ricorso a un (successivo) TC. Infatti, l'incidenza di questa tipologia è superiore all'80% in tutto il periodo considerato (2013-2023). Due regioni hanno valori <60%: Friuli-Venezia Giulia (59,0%) e Toscana (59,5%). Tutte le regioni del Meridione hanno percentuali maggiori della media nazionale e alcune superano la soglia del 90% (Molise, Campania, Basilicata, Puglia, Calabria e Sicilia).

In tutte le classi successive alla quinta sono descritte situazioni per le quali il ricorso al TC può apparire più appropriato. In particolare nella *Classe 6* sono classificati i parti da madri nullipare con feto singolo in presentazione podalica (8.391 casi, pari al 2,5% del totale). In questi casi l'87,3% dei parti avviene con TC. Nel tempo non si sono verificati grandi cambiamenti: nel 2013 le rispettive percentuali erano 2,5% e 94,7%. In alcune regioni, nell'anno in esame, l'incidenza risulta più bassa della media nazionale e al di sotto dell'80% (Valle d'Aosta, Toscana e Molise).

Anche la *Classe 7* considera gravidanze con feto in posizione podalica, ma differentemente dalla classe precedente, da madri multipare includendo anche quelle con precedente TC. Non sono molti i casi con queste caratteristiche (4.880 pari all'1,4% del totale, valore costante dal 2013) e una grande maggioranza dei parti (82,1%) è stata effettuata con TC. Alcune regioni hanno una percentuale <80%: Umbria, Lombardia, Marche, Toscana, Valle d'Aosta e Molise. Solo la PA di Trento presenta il 100% di TC.

Nella *Classe 8* vengono raggruppate tutte le gravidanze multiple (1,5% del totale, cui corrispondono 5.069 eventi) le quali nell'81,4% dei casi si risolvono in nascite con TC. Nel 2013 le percentuali risultavano

leggermente superiori: 1,8% e 84,5%.

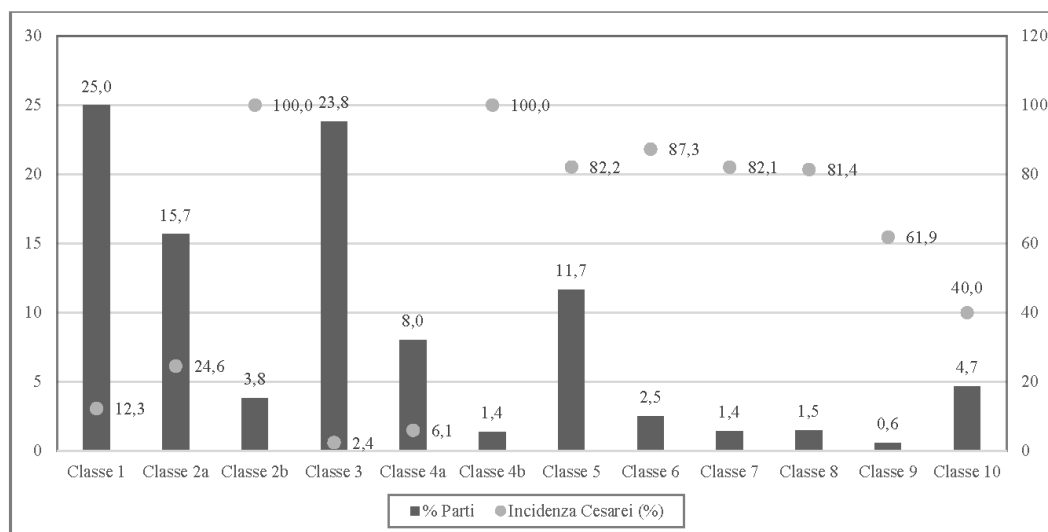
La *Classe 9* include 1.891 gravidanze (lo 0,6% del totale) con presentazioni anomale del feto, per le quali nel 61,9% dei casi si è fatto ricorso al TC (74,0% nel 2013). In tutte le regioni si tratta di una quota residuale dei parti inferiore all'1% (con l'eccezione della Valle d'Aosta 4,7%) e questo può spiegare l'ampia variabilità territoriale del ricorso al TC.

Infine, la *Classe 10* si caratterizza per gravidanze pretermine (feto singolo e presentazione cefalica) che rappresentano il 4,7% dei casi (15.741 nascite) e per le quali il 40,0% ha dato luogo a una nascita con TC. Entrambe le percentuali erano più elevate nel 2013: 5,2% e 47,1%. Tra le regioni che, nel 2023, hanno una

bassa incidenza del ricorso al TC si evidenzia la Toscana con il 12,9%.

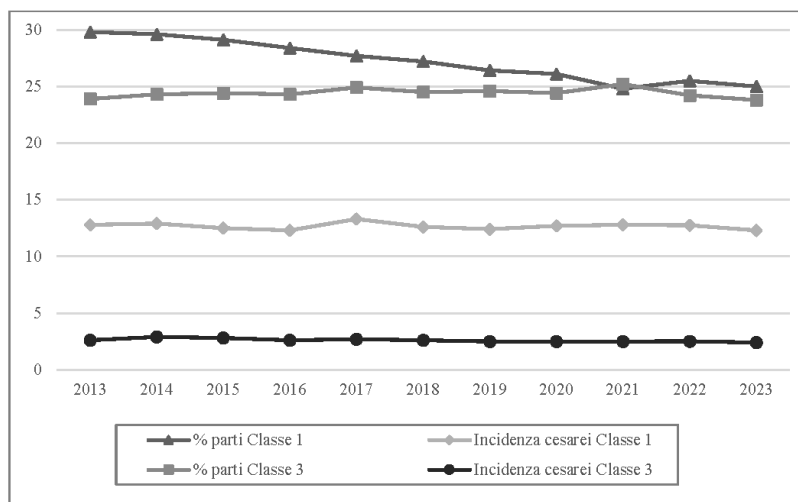
Nella breve serie storica disponibile (2013-2023) la maggior parte dei casi è stata classificata nella *Classe 1*, dove vengono attribuite le donne al primo parto che presentano una gravidanza a basso rischio. Solo per l'anno 2021 è la *Classe 3* che raccoglie il maggior numero dei parti (Grafico 2); si ricorda che questa classe si differenzia dalla precedente solo perché considera donne multipare e non primipare. Sono classi che meritano particolare attenzione poiché il ricorso ad un TC, probabilmente non appropriato, aumenta il rischio di un successivo TC e, quindi, la successiva inclusione nella *Classe 5*.

Grafico 1 - Parti (valori per 100) totali e incidenza (valori per 100) dei parti con Taglio Cesareo per Classe di Robson - Anno 2023



Fonti dei dati: Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2025.

Grafico 2 - Parti (valori per 100) e incidenza (valori per 100) dei parti con Taglio Cesareo nella Classe 1 e nella Classe 3 - Anni 2013-2023



Fonti dei dati: Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2025.

Tabella 1 - Parti (valori per 100) totali e incidenza (valori per 100) dei parti con Taglio Cesareo per Classe di Robson e regione - Anno 2023

Regioni	Classe 1			Classe 2a			Classe 2b			Classe 3			Classe 4a			Classe 4b			Classe 5			Classe 6			Classe 7			Classe 8			Classe 9			Classe 10		
	Parti	TC	Parti	Parti	TC	Parti	Parti	TC	Parti	Parti	TC	Parti	Parti	TC	Parti	Parti	TC	Parti	Parti	TC	Parti	Parti	TC	Parti	Parti	TC	Parti	Parti	TC	Parti	Parti	TC				
Piemonte	24,9	7,5	16,0	21,4	1,6	100,0	25,5	1,3	9,4	5,7	1,5	100,0	9,4	74,9	3,0	97,0	1,6	92,2	1,3	76,3	0,6	58,2	5,2	41,6												
	25,9	14,5	14,6	25,8	2,6	100,0	25,9	1,2	4,8	6,3	0,6	100,0	12,2	72,8	2,1	78,6	1,5	60,0	1,2	25,0	4,7	19,4	3,9	26,9												
	23,8	7,4	17,3	20,4	3,1	100,0	24,1	1,6	9,6	4,6	1,3	100,0	10,7	69,5	2,2	82,7	1,2	77,7	1,5	70,8	0,4	48,6	4,7	24,3												
Lombardia	25,6	14,8	13,1	29,3	1,6	100,0	27,4	3,0	8,1	6,1	1,3	100,0	12,4	64,1	2,5	95,7	1,4	95,4	1,4	78,1	0,9	65,9	4,4	36,1												
	23,2	6,1	16,5	19,7	1,8	100,0	27,1	0,5	10,6	4,3	1,0	100,0	9,5	64,6	2,2	100,0	1,0	100,0	1,8	79,0	0,6	70,0	4,9	37,1												
Trento	24,2	8,4	16,7	21,8	2,5	100,0	26,2	2,0	10,0	4,5	2,0	100,0	8,6	74,4	2,1	97,5	1,3	98,1	1,5	87,4	0,5	69,6	4,5	42,6												
Veneto	24,6	6,3	19,4	19,3	1,2	100,0	25,6	1,3	10,6	3,1	0,7	100,0	7,9	59,0	2,5	98,9	1,2	98,9	1,3	78,5	0,5	67,6	4,6	39,5												
Friuli-Venezia Giulia	25,0	11,4	16,3	26,6	4,1	100,0	22,8	2,8	9,0	6,6	1,3	100,0	11,1	78,5	2,8	92,4	1,1	97,7	1,2	80,2	0,5	65,0	4,8	42,3												
Liguria	25,5	5,8	17,1	17,3	3,1	100,0	24,9	1,3	9,0	4,1	1,3	100,0	9,3	70,1	2,3	96,7	1,2	94,6	1,4	80,3	0,7	54,0	4,2	39,4												
Emilia-Romagna	25,5	6,3	16,0	14,8	1,7	100,0	26,6	1,6	8,8	5,3	0,8	100,0	9,7	59,5	2,3	70,5	1,3	61,2	1,6	54,9	0,7	45,6	4,8	12,9												
Toscana	31,9	8,8	16,8	22,2	4,5	100,0	23,9	2,9	6,0	8,4	1,0	100,0	5,7	73,1	2,5	88,3	1,0	78,7	1,4	68,1	0,4	80,0	4,7	25,2												
Umbria	23,5	8,3	18,5	18,8	4,8	100,0	23,5	1,5	8,5	4,6	2,2	100,0	9,4	79,4	2,2	84,7	1,1	70,3	1,3	73,4	0,5	54,1	4,4	22,4												
Marche	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.												
Lazio*	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.												
Abruzzo	21,6	9,9	18,8	23,2	4,3	100,0	22,3	2,8	9,6	5,7	2,0	100,0	10,5	86,8	2,4	96,1	1,3	97,0	1,7	84,8	0,5	79,4	5,1	52,4												
Molise	0,0	0,0	0,4	40,0	0,1	100,0	0,1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	100,0	48,6	25,8	50,0	34,3	0,6	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0												
Campania	28,5	26,3	8,9	26,0	7,7	100,0	20,8	5,6	3,6	4,9	2,0	100,0	19,4	96,1	1,9	97,0	1,0	93,4	1,7	94,8	0,6	58,0	3,9	60,0												
Puglia	24,3	13,4	16,8	30,6	3,2	100,0	22,1	2,4	6,7	6,8	1,0	100,0	14,2	94,3	2,6	93,9	1,5	95,2	1,8	90,1	0,5	85,8	5,3	50,3												
Basilicata	25,0	14,4	16,5	29,6	2,5	100,0	26,9	3,3	6,2	9,1	1,3	100,0	13,0	95,8	2,3	97,4	1,0	94,3	1,0	93,9	0,4	92,3	3,9	37,7												
Calabria	26,2	15,7	12,8	30,1	4,3	100,0	24,6	3,9	6,5	7,2	1,4	100,0	14,4	94,0	2,3	94,7	1,5	95,9	1,3	85,0	0,3	76,7	4,5	48,3												
Sicilia	24,1	18,7	15,2	39,1	7,0	100,0	22,5	3,5	7,0	10,4	1,0	100,0	11,7	93,8	2,5	95,9	1,4	91,7	1,6	89,8	0,8	76,0	5,4	51,0												
Sardegna	23,0	13,7	24,4	47,7	0,1	100,0	19,5	2,6	10,5	23,2	0,1	100,0	10,1	88,5	2,9	96,0	1,6	92,1	1,5	93,3	0,3	69,6	6,1	52,6												
Italia	25,0	12,3	15,7	24,6	3,8	100,0	23,8	2,4	8,0	6,1	1,4	100,0	11,7	82,2	2,5	87,3	1,4	82,1	1,5	81,4	0,6	61,9	4,7	40,0												

*Il Lazio è stato escluso dall'analisi in quanto una delle variabili necessarie alla Classificazione di Robson non viene rilevata nel tracciato regionale.
n.d. = non disponibile.

Raccomandazioni di Osservasalute

La *Classe 1* e la *Classe 3*, essendo quelle con i parti a più basso rischio, dovrebbero essere attentamente monitorate per diminuirne il ricorso al TC. Il parto vaginale (anche dopo TC) dovrebbe essere ulteriormente sollecitato in quanto associato a diversi potenziali vantaggi per la salute della donna, tra cui minore medicalizzazione e un periodo di ospedalizzazione più breve (11).

La fonte CedAP si rileva essere fondamentale e preziosa per lo studio dell'evento nascita in tutti i suoi molteplici aspetti: dalla salute perinatale alla programmazione sanitaria nell'ambito materno infantile. Il Ministero della Salute in questi anni è stato attento alle cresciute esigenze conoscitive in questi ambiti emanando il nuovo decreto CedAP (12). A questo aspetto, indubbiamente positivo, si aggiunge la presenza del Decreto n. 262/2016 (13) sull'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi del SSN (tra cui i CedAP). L'obiettivo principale è senz'altro l'ampliamento della portata conoscitiva delle fonti informative per le finalità, tra le altre, di monitoraggio della salute perinatale e della salute materno infantile.

Riferimenti bibliografici

- (1) Robson M (2001), "Classification of cesarean sections", *Fetal Matern Med Rev*, 12: 23-9.
- (2) Robson MS (2001), "Can we reduce the caesarean section rate?", *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 15:179-194.
- (3) Robson MS (2021), Known knowns, unknown unknowns and everything in-between - The Ten Group Classification System (TGCS). *BJOG*. doi: 10.1111/1471-0528.16679.
- (4) Pyykonen A., Gissler M., Løkkegaard E., Bergholt T., Rasmussen S.C., Smarason A. et al.(2017), "Caesarean section trends in the Nordic Countries - a comparative analysis with the Robson classification". *Acta Obstet Gynecol*

Scand, 96: 607-616.

(5) Ministero della Salute (2025), "Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2023". Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dellevento-nascita.

(6) Euro-Peristat Project (2022), European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019. Disponibile sul sito: www.europeristat.com.

(7) Amyx M. et al (2023), Euro-Peristat Research Network. Trends in caesarean section rates in Europe from 2015 to 2019 using Robson's Ten-Group Classification System: A Euro-Peristat study *BJOG*. doi: 10.1111/1471-0528.17670.

(8) Zeitlin J. et al. (2020), Euro-Peristat Network. Using Robson's Ten-Group Classification System for comparing caesarean section rates in Europe: an analysis of routine data from the Euro-Peristat study. *BJOG*. doi: 10.1111/1471-0528.16634.

(9) World Health Organization (2017), Robson Classification: Implementation Manual, Geneva. Disponibile sul sito:

www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/robson-classification/en.

(10) Betran A.P., Torloni M.R., Zhang J.J. et al. (2016), "WHO Statement on Caesarean Section Rates", *BJOG*, 123 (5): 667-70.

(11) ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists (2017), "Vaginal birth after cesarean delivery", *Practice Bulletin No. 184. Obstet Gynecol*, 130:e217-33.

(12) Gazzetta Ufficiale Serie generale n. 128 del 05-06-2025, DM del 5 maggio 2025 "Certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, di nati-mortalità ed ai nati affetti da patologie congenite". Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2025-06-05&atto.codiceRedazionale=25A03212&elenco30giorni=true.

(13) Gazzetta Ufficiale Serie generale n. 32 del 08-02-2017, DM n. 262 del 7 dicembre 2016 "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato". Disponibile sul sito:

www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/02/08/17G00016/sg.

Età al parto

Significato. Nel 2023 le nascite della popolazione residente sono 379.890, circa 13.000 in meno rispetto al 2022 (-3,4%). Si tratta di un nuovo minimo storico che conferma e accentua la persistente tendenza di denatalità in atto da oltre un decennio. Rispetto al 2008, anno in cui si registrarono 576 mila nati vivi, il più alto valore dall'inizio degli anni Duemila, si osserva una riduzione complessiva di 197 mila nascite (-34,1%). Anche il numero medio di figli per donna continua a

diminuire: nel 2023 le donne residenti in Italia di età compresa tra i 15-49 anni hanno avuto in media 1,20 figli, in calo rispetto al valore dell'anno precedente (1,24 figli) e coerente con la tendenza discendente iniziata nel 2010, quando si raggiunse un massimo relativo di 1,44 figli per donna. La fecondità totale osservata risente del calendario riproduttivo decisamente posticipato, testimoniato da una crescita marcata dell'età media al parto.

Età media delle madri al parto

$$\text{Numeratore} \quad \Sigma (fx) \times (\text{Età } x)$$

$$\text{Denominatore} \quad \Sigma (fx)$$

Nota: fx è il tasso specifico di fecondità per età della donna (rapporto tra i nati vivi da donne di età x e la popolazione femminile media residente della stessa età).

Proporzione di parti per età della madre

$$\text{Numeratore} \quad \text{Parti da madri in età } x$$

$$\text{Denominatore} \quad \text{Parti} \times 100$$

Validità e limiti. Gli indicatori relativi all'intensità e alla cadenza della fecondità (numero medio di figli per donna, età media al parto ed età media alla nascita del primo figlio) sono diffusi dall'Istat e si basano sulla Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita (dati riferiti alla popolazione residente) (1).

Gli indicatori sulla distribuzione dei parti per età materna sono stati calcolati utilizzando i dati dei CedAP del Ministero della Salute (2). Il certificato viene compilato per ogni parto avvenuto in Italia presso i punti nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. I dati sono trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute.

La fonte CedAP mostra un progressivo miglioramento della qualità nel tempo, sia in termini di copertura che di coerenza interna delle informazioni. Tuttavia, permangono problemi di qualità per singole variabili, quali la cittadinanza e il titolo di studio che presentano una quota elevata di "non indicato" in alcune regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori degli indicatori calcolati nelle regioni vengono confrontati con il dato medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel 2023 si sono registrati nei CedAP circa 377.000 parti (-2,8% rispetto al 2022). L'età media delle madri al parto raggiunge i 32,5 anni nel 2023, con un andamento in continuo aumento. Si osserva un'elevata

variabilità territoriale, ai cui estremi troviamo la Sardegna, regione che presenta il calendario più posticipato (33,2 anni) e la Sicilia con quello più anticipato (31,7 anni). Tra le regioni che rinviando maggiormente emergono anche la Basilicata (33,1 anni) e il Lazio (33,0 anni), mentre nella PA di Bolzano (31,9 anni), in Campania (32,2 anni) e in Calabria (32,3 anni) l'età media al parto è più contenuta (Grafico 1).

L'età in cui si diventa madri per la prima volta raggiunge i 31,7 anni nel 2023; all'estremo superiore troviamo ancora la Sardegna (32,5 anni), mentre a quello inferiore è la PA di Bolzano dove si diventa madri prima (30,7 anni), seguita dalla Sicilia (30,8 anni).

Con riferimento alla distribuzione dei parti per età della madre di fonte CedAP, si osserva uno slittamento dell'evento nascita verso età sempre più avanzate: a livello medio nazionale, quasi una madre su dieci partorisce dopo i 40 anni (9,0%), con picchi elevati in Sardegna (13,3%) e nel Lazio (11,7%) (Tabella 1). Sardegna e Lazio sono, in generale, le regioni con le percentuali più alte di parti da madri di età 35 anni ed oltre con valori, rispettivamente, pari a 43,4% e 41,0%, rispetto ad una media nazionale del 35,7%. La quota di donne che partorisce prima dei 25 anni è decisamente esigua (8,3%), con valori mediamente più elevati nel Mezzogiorno, in particolare in Sicilia (12,6%).

Il titolo di studio è una variabile che influisce in modo molto marcato sui comportamenti riproduttivi (Tabella 2). Nel 2023, la media delle età al parto è di 4,0 anni

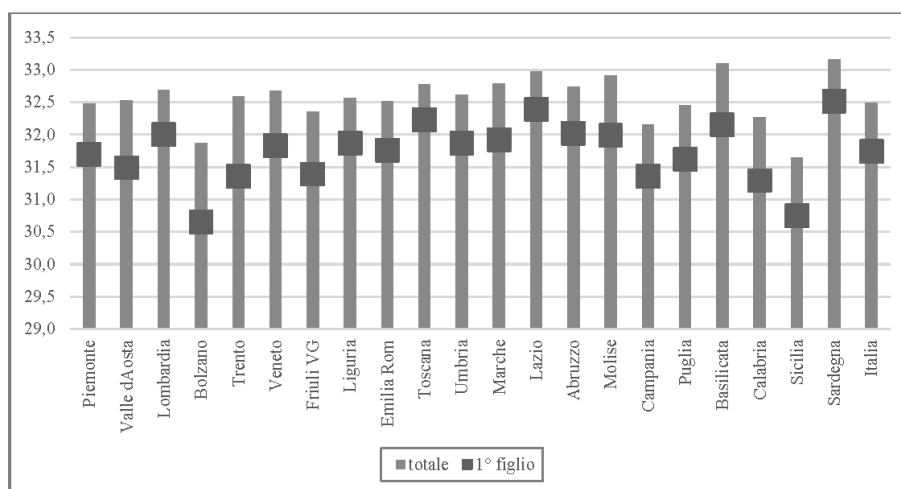
più elevata tra le donne con alto titolo di studio rispetto alle donne con basso titolo (34,3 anni vs 30,3 anni), con divari che arrivano a 4,8 anni in Sicilia e 4,7 anni in Puglia.

Se consideriamo i parti da madri con alto livello di istruzione, osserviamo come la quota di parti da donne ≥ 35 anni raggiunga il 47,5%, mentre quando il livello di istruzione è basso, tale quota si presenta poco più che dimezzata (26,2%).

In generale, le differenze risultano più contenute

rispetto alla media nazionale nelle regioni del Nord, in media al Centro, mentre sono molto ampie nelle regioni meridionali, con l'eccezione della Calabria. In Sardegna e Abruzzo si osservano i più alti divari per titolo di studio: la quota di donne con alto titolo di studio che hanno figli dopo i 35 anni ha, rispettivamente, 26,6 e 26,5 p.p. in più rispetto a chi ha un basso livello di istruzione. Le regioni che presentano minore variabilità sono la Valle d'Aosta (+8,4 p.p.) e la PA di Bolzano (+12,4 p.p.).

Grafico 1 - Età media (valori in anni) delle madri al parto e alla nascita del 1° figlio per regione di residenza - Anno 2023



Fonti dei dati: Istat. Rilevazione degli Iscritti in Anagrafe per Nascita. Anno 2025.

Tabella 1 - Parti (valori per 100) per classe di età della madre e regione di evento - Anno 2023. Italia Anni 2019-2022

Regioni	N	<20	20-24	25-29	30-34	≥ 35	35-39	≥ 40
Piemonte	24.417	0,8	7,0	21,4	36,0	34,8	26,3	8,5
Valle d'Aosta	687	0,6	6,6	21,0	38,7	33,2	25,0	8,2
Lombardia	65.355	0,8	6,5	19,8	36,2	36,7	27,5	9,2
Bolzano-Bozen	4.705	0,6	7,8	26,1	37,5	28,0	21,9	6,1
Trento	3.572	0,6	6,5	22,3	37,2	33,3	25,1	8,2
Veneto	29.936	0,7	6,5	20,8	36,5	35,5	26,9	8,6
Friuli-Venezia Giulia	7.449	0,6	7,1	22,3	35,8	34,3	26,1	8,2
Liguria	7.852	1,0	8,1	21,0	34,9	35,0	25,8	9,3
Emilia-Romagna	28.686	0,7	6,8	21,0	35,9	35,6	26,4	9,2
Toscana	21.196	0,7	6,3	19,2	35,6	38,3	28,2	10,1
Umbria	4.857	0,8	5,2	20,2	36,1	37,7	28,2	9,5
Marche	8.376	0,7	6,5	19,6	35,3	38,0	28,3	9,7
Lazio	35.277	0,9	6,0	18,3	33,7	41,0	29,4	11,7
Abruzzo	7.432	0,9	6,7	19,6	34,9	37,9	28,0	9,9
Molise	1.171	1,3	7,0	20,4	32,8	38,5	28,3	10,2
Campania	42.382	1,6	8,2	22,1	35,8	32,3	24,5	7,7
Puglia	25.493	1,6	7,8	19,9	35,1	35,6	26,7	8,9
Basilicata	3.340	0,8	6,8	19,3	34,4	38,7	29,6	9,0
Calabria	12.516	1,1	7,4	22,2	35,1	34,3	26,1	8,2
Sicilia	35.100	2,6	10,0	22,1	33,9	31,5	24,0	7,5
Sardegna	7.005	0,9	6,0	16,6	33,1	43,4	30,0	13,3
Italia 2023	376.804	1,1	7,2	20,6	35,4	35,7	26,7	9,0
Italia 2022	387.710	1,1	7,5	20,9	35,5	35,0	26,1	8,9
Italia 2021	394.937	1,1	7,5	21,0	34,9	35,4	26,8	8,7
Italia 2020	397.721	1,2	8,1	21,8	34,5	34,4	25,7	8,7
Italia 2019	414.885	1,4	8,3	22,1	33,9	34,4	25,6	8,8

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

Tabella 1 - Et  media (valori in anni) della madre al parto e parti (valori per 100) da madri di et  35 anni ed oltre per titolo di studio della madre e regione di evento - Anno 2023, Italia 2019-2022

Regioni	Basso ^a		Medio ^a		Alto ^a	
	Et� media al parto	Parti da madri ≥35 anni	Et� media al parto	Parti da madri ≥35 anni	Et� media al parto	Parti da madri ≥35 anni
Piemonte	30,8	28,9	31,7	29,3	34,2	45,4
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31,4	30,9	31,7	28,8	33,4	39,3
Lombardia	30,6	27,6	31,7	30,0	34,3	47,2
Bolzano-Bozen	30,4	23,4	31,0	24,8	33,2	35,8
Trento	30,0	24,8	31,3	25,9	33,8	42,7
Veneto	30,7	28,7	31,8	30,9	33,9	43,6
Friuli Venezia Giulia	30,4	25,8	31,4	28,6	33,8	43,3
Liguria	30,2	24,7	31,8	31,3	34,3	46,5
Emilia-Romagna	30,8	28,2	31,9	31,4	34,0	44,3
Toscana	30,7	27,4	32,2	33,3	34,6	49,5
Umbria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Marche	30,8	29,4	32,0	32,3	34,3	47,3
Lazio	30,8	27,6	32,4	35,6	34,8	52,1
Abruzzo	30,3	25,7	31,9	30,7	34,8	52,2
Molise	30,5	28,0	31,8	32,2	34,6	52,1
Campania	29,8	23,0	31,5	28,1	34,4	47,6
Puglia	30,0	25,5	31,9	31,0	34,7	51,3
Basilicata	30,7	30,3	32,2	33,3	34,9	54,2
Calabria	30,7	28,2	31,6	29,7	34,2	47,1
Sicilia	29,4	22,3	31,6	29,7	34,2	47,1
Sardegna	31,2	31,4	33,2	40,2	35,5	58,0
Italia 2023 ^b	30,3	26,2	31,8	30,7	34,3	47,5
Italia 2022 ^c	30,3	25,6	31,8	30,1	34,3	47,1
Italia 2021 ^d	30,2	25,9	31,8	30,8	34,3	47,7
Italia 2020 ^e	30,1	25,5	31,7	30,4	34,1	46,4
Italia 2019 ^f	30,1	27,6	31,7	31,0	34,1	46,3

n.d. = non disponibile.

^aBasso: fino alla licenza media inferiore. Medio: diploma di scuola secondaria. Alto: laurea o titolo superiore.

^bDal totale Italia sono esclusi i dati dell'Umbria perch  la variabile titolo di studio   mancante nel 46,2% dei parti.

^cDal totale Italia sono esclusi i dati dell'Umbria perch  la variabile titolo di studio   mancante nel 45,5% dei parti.

^dDal totale Italia sono esclusi i dati dell'Umbria perch  la variabile titolo di studio   mancante nel 46,6% dei parti.

^eDal totale Italia sono esclusi i dati dell'Umbria perch  la variabile titolo di studio   mancante nel 48,4% dei parti.

^fDal totale Italia sono esclusi i dati dell'Umbria perch  la variabile titolo di studio   mancante nel 50,4% dei parti.

Fonte dei dati: Istat. Rilevazione degli Iscritti in Anagrafe per Nascita. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

La denatalit    determinata principalmente da coorti sempre meno numerose di donne in et  feconda (15-49 anni), dalla progressiva riduzione del contributo alla natalit  dei cittadini stranieri e dalla quota crescente di donne senza figli (1). Parallelamente, continua a crescere la quota di parti in et  sempre pi  avanzata, con un conseguente abbassamento della probabilit  di concepimento e un aumento del rischio di esiti negativi della gravidanza. Anche l'et  media al parto registra un costante incremento.

Per ottenere risultati tangibili nel medio-lungo periodo, le politiche a sostegno della natalit  e delle famiglie con figli, quali ad esempio l'Assegno Unico e Universale per i figli, che va nella direzione della promozione della fecondit  sostenendo la genitorialit  e promuovendo l'occupazione femminile (3), necessitano di essere protrate nel tempo, sostenute con risorse adeguate e, soprattutto, accompagnate da un incre-

mento dei servizi alle famiglie, ancora insufficienti e distribuiti in maniera eterogenea nel territorio. Solo un intervento coordinato e strutturale potr  favorire un'inversione di tendenza nelle scelte riproduttive, contrastando il rinvio o la rinuncia alla maternit .

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, Natalit  e fecondit  della popolazione residente. Anno 2023, Comunicato stampa, 21 ottobre 2024. Disponibile sul sito:

www.istat.it/wp-content/uploads/2024/10/Natalita-in-Italia-Anno-2023.pdf.

(2) Ministero della Salute, Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita - Anni vari. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3149.

(3) F. Luppi, A. Rosina. La rivoluzione dell'Assegno unico e universale: potenzialit  e limiti. Neodemos, 4 ottobre 2022. Disponibile sul sito: www.neodemos.info/2022/10/04/la-rivoluzione-dellassegno-unico-e-universale-potenzialita-e-limiti.

Salute del neonato

Significato. Gli indicatori proposti consentono di analizzare i bisogni di salute delle donne in età fertile in un'ottica di monitoraggio della salute riproduttiva. Questa risulta essere un'area che necessita di essere monitorata anche in termini di accessibilità ai servizi

sanitari poiché può avere ripercussioni sulle condizioni di salute del neonato. Un nato pre-termine e/o sottopeso ha un rischio più elevato di esiti perinatali sfavorevoli e di disfunzioni motorie e cognitive a lungo termine.

Percentuale di nati vivi pre-termine e gravemente pre-termine

$$\frac{\text{Nati vivi pre-termine (<37 settimane di gestazione)} + \text{Nati vivi gravemente pre-termine (<32 settimane di gestazione)}}{\text{Nati vivi}} \times 100$$

Percentuale di nati vivi sottopeso e fortemente sottopeso

$$\frac{\text{Nati vivi sottopeso (<2.500 grammi)} + \text{Nati vivi fortemente sottopeso (<1.500 grammi)}}{\text{Nati vivi}} \times 100$$

Percentuale di nati vivi per Classe di punteggio Apgar

$$\frac{\text{Nati vivi per Classe di punteggio Apgar}}{\text{Nati vivi}} \times 100$$

Validità e limiti. Gli indicatori sono calcolati utilizzando i dati dei CedAP del Ministero della Salute. Il certificato viene compilato per ogni parto avvenuto in Italia presso i punti nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. I dati sono trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute.

Gli indicatori sono calcolati considerando i nati vivi da parto singolo, con peso alla nascita compreso tra 500-7.000 grammi e con età gestazionale tra 22-42 settimane. Sono stati esclusi, invece, i casi con valori mancanti per almeno una delle variabili considerate. Per l'indicatore peso per età gestazionale si è seguito l'algoritmo descritto di seguito.

In una prima fase, sono stati identificati gli *outlier* sulla base degli *z-score* calcolati entro-campione, per genere ed età gestazionale. Sono stati esclusi i soggetti con valori $>+4$ o <-4 . In una seconda fase, i pesi sono stati espressi in *z-score* usando come riferimento le carte *Italian Neonatal Study* (INeS) non separate per parità¹. Tali carte sono presentate attraverso i tre parametri, età gestazionale e genere dipendenti, del modello CG-LMS: la mediana (M), il coefficiente di variazione (S) e un parametro che corregge per l'asimmetria (L). Grazie ad essi, il peso di ciascun neonato può essere trasformato in *z-score* secondo la seguente formula:

$$zscore = \frac{\left(\frac{peso}{M}\right)^L - 1}{S \times L}$$

I neonati sono quindi stati classificati come *Small for Gestational Age* (SGA: peso $<10^{\circ}$ centile), *Large for Gestational Age* (LGA: peso $>90^{\circ}$ centile) o *Appropriate for Gestational Age* (AGA: 10° centile $\leq$ peso $\leq 90^{\circ}$ centile), classificazione condivisa a livello internazionale.

Il numero dei nati morti per regione mostra, in alcuni casi, valori molto piccoli che danno luogo a indicatori poco stabili e, quindi, difficilmente confrontabili. Pertanto, la percentuale sui nati morti viene solo riportata nel testo descrittivo a livello nazionale e non in tabella. Per l'anno 2023 nella selezione dei casi sono stati esclusi 14 nati con vitalità non indicata. Non sono state considerate valide le nascite con settimane di gestazione mancanti, <22 settimane o >42 settimane (pari allo 0,32% dei nati totali), con peso mancante, <500 o >7.000 grammi (0,11%) e con punteggio Apgar non compreso tra 1-10 (0,51%).

Valore di riferimento/Benchmark. La definizione condivisa dalla letteratura scientifica specifica internazionale identifica i nati pre-termine come nascite precedenti alle 37 settimane compiute di gestazione;

¹È stato scelto di utilizzare le carte INeS non separate per parità poiché risultano più appropriate negli studi di popolazione, dove la variabile parità è spesso incompleta o poco affidabile. In assenza di tale informazione, si assume convenzionalmente che il neonato sia primogenito: una scelta conservativa, ma potenzialmente soggetta a *bias*. Le carte stratificate per parità restano, invece, le più indicate nella pratica clinica, dove i dati disponibili sono completi e accurati.

analogamente, per nati gravemente pre-termine si intendono le nascite avvenute prima delle 32 settimane. I nati sottopeso sono quelli con peso alla nascita <2.500 grammi; tra questi, quelli fortemente sottopeso sono nella categoria con meno di 1.500 grammi.

La Classe di punteggio Apgar a 5 minuti dalla nascita rileva una sofferenza neonatale se compreso tra 1-3 (gravemente depresso), delle evidenti difficoltà se compreso tra 4-6 (moderatamente depresso) e una condizione di normalità tra 7-10.

Descrizione dei risultati

Nel 2023 si sono registrati nei CedAP 376.925 parti, con una diminuzione del 2,8% rispetto al 2022.

Considerando l'età gestazionale, i neonati pre-termine (nati <37 settimane complete di gestazione) sono a più alto rischio di mortalità, morbidità e compromissione dello sviluppo motorio e cognitivo nell'infanzia rispetto ai neonati nati a termine. Nel Grafico 1 vengono riportati i nati vivi per settimane di gestazione suddivise in eventi <32 settimane e tra 32-36 settimane. La somma dei due gruppi individua tutti i casi pre-termine, mentre il primo gruppo evidenzia solo i casi gravemente pre-termine.

La condizione di nato morto è più frequentemente associata ad una gravidanza patologica e ad una durata gestazionale inferiore al termine fisiologico: infatti, il 65,8% dei nati morti presenta un'età gestazionale <37 settimane e oltre un terzo (36,0%) <32 settimane (dati non presentati).

Nel 2023, a livello nazionale, il 6,9% delle nascite con vitalità sono avvenute entro le 36 settimane compiute, quindi non a termine. La variabilità regionale presenta un range con valori <6% e un unico valore superiore all'8% in Sardegna (9,2%).

La quota delle nascite <32 settimane, quindi gli eventi gravemente pre-termine, si assesta mediamente attorno allo 0,86%. Tuttavia, le percentuali oscillano da un minimo di 0,29% in Valle d'Aosta a un massimo di 1,17% in Umbria.

Indipendentemente dal tipo di parto, che sia singolo o gemellare, tutti i neonati pre-termine devono ricevere un'assistenza adeguata, ovunque avvenga il parto. Tuttavia, è intuitivo che, considerando solo i parti plurimi, le percentuali siano più elevate: nel 2023, circa il 52,5% dei nati da parto plurimo è risultato pre-termine tra 32-36 settimane, mentre il 7,5% è nato gravemente pre-termine. Tra i parti singoli, le due percentuali sono pari, rispettivamente, al 4,6% e allo 0,7% (dati non presentati).

La percentuale di neonati con basso peso alla nascita (<2.500 grammi) rappresenta un indicatore ampiamente utilizzato per valutare il rischio di esiti perinatali avversi ed è incluso in molti sistemi di sorveglianza sia nazionali che internazionali. I neonati con un peso alla nascita ridotto sono, infatti, esposti a un rischio maggiore di esiti perinatali sfavorevoli e di

disabilità cognitive e motorie a lungo termine rispetto a quelli con peso adeguato.

Nel Grafico 2 vengono riportati i nati vivi per peso alla nascita suddivisi in due classi: <1.500 grammi e tra 1.500-2.499 grammi. La somma dei due gruppi individua tutti i casi con basso peso, mentre il primo gruppo evidenzia solo i casi fortemente sottopeso.

La condizione di nato morto si associa più spesso a un basso peso alla nascita, così come a una durata gestazionale inferiore al termine fisiologico (come già illustrato): il 56,5% dei nati morti nel 2023 presenta un peso alla nascita <2.500 grammi. Considerando, invece, la soglia dei 1.500 grammi, la percentuale è uguale a 24,5%. Un'ulteriore conferma dell'impatto negativo del basso peso sulla salute perinatale è rappresentata dal ricorso a manovre rianimatorie: queste sono risultate necessarie nel 49,2% dei neonati con peso <1.500 grammi.

Nel 2023, a livello nazionale, il 7,0% dei nati vivi pesa <2.500 grammi. La variabilità regionale presenta un range con valore minimo in corrispondenza di Molise, Emilia-Romagna e PA Trento (5,9%) e valore massimo per la Sardegna (9,3%). La quota dei nati vivi <1.500 grammi, quindi gli eventi fortemente sottopeso, si assesta attorno allo 0,9%. Piccoli numeri in corrispondenza di alcune regioni non rendono significative eventuali differenze.

Anche in questo caso, selezionando solo i parti plurimi, le percentuali aumentano sensibilmente: oltre la metà (54,0%) risulta avere un peso compreso tra 1.500-2.499 grammi, mentre l'8,1% ha un peso <1.500 grammi. Nei parti singoli le due percentuali sono, rispettivamente, 4,7% e 0,6%.

Poiché il peso alla nascita è fortemente associato all'età gestazionale e, in misura minore, al genere, oltre alla valutazione assoluta si utilizza un indicatore che considera tali variabili. Questo indicatore si basa sul confronto con un riferimento esterno, rappresentato dalle carte neonatali adottate. Come già precedentemente descritto, in questo modo, i neonati sono classificati in tre categorie: SGA, AGA e LGA. Le categorie SGA e LGA sono considerate analoghe, rispettivamente, al basso e all'alto peso alla nascita. Nella nostra popolazione si osservano il 9,6% nati vivi con basso peso (SGA) e il 10,8% con peso elevato (LGA) (riferimento: carte INeS non separate per parità).

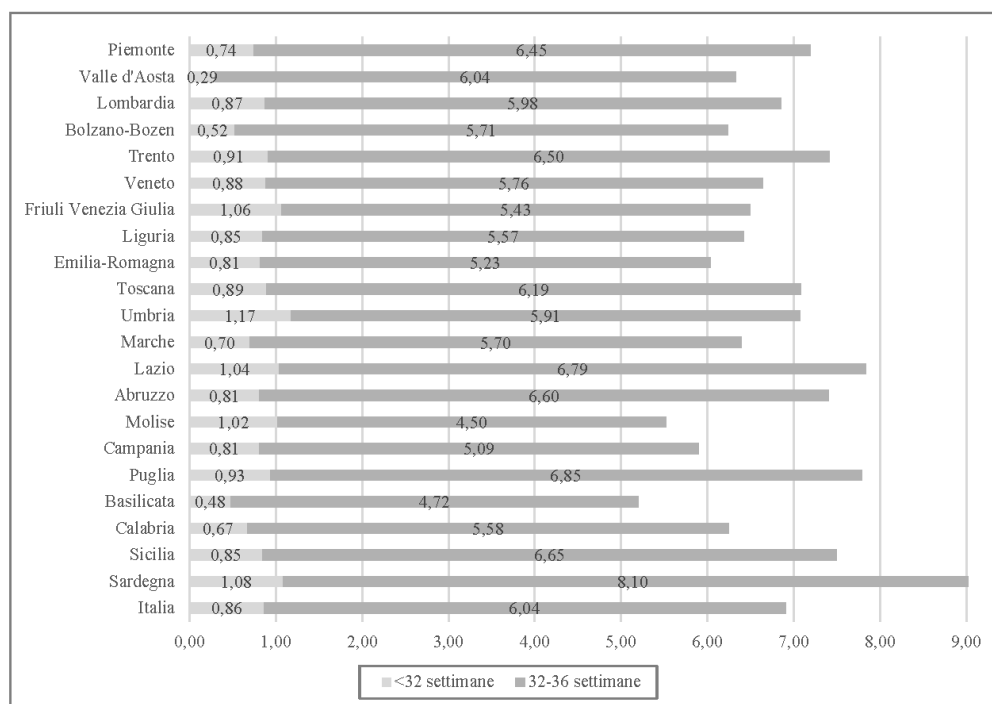
La distribuzione regionale (Grafico 3) dei due indicatori risulta essere differente a seconda che si tratti di nati con basso peso o con peso elevato. Nel primo caso, infatti, le percentuali più elevate (superiori alla media nazionale) sono presenti in 6 regioni del Sud (Campania, Basilicata, Calabria, Molise, Sardegna e Sicilia), 2 del Nord (Valle d'Aosta e Liguria) e nessuna del Centro. Invece, percentuali più alte di nati con peso elevato sembrano essere più una caratteristica del Nord; infatti, valori maggiori della media nazionale si trovano in Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, PA Bolzano e Liguria, in sole 2 regioni

del Centro (Umbria e Marche) e in 2 del Sud (Abruzzo e Puglia).

Nella Tabella 1 viene riportata per i nati vivi la distribuzione per classi di punteggio Apgar a 5 minuti per individuare la percentuale di nati con sofferenza (punteggio 1-3), con difficoltà (punteggio 4-6) e con valori normali (7-10).

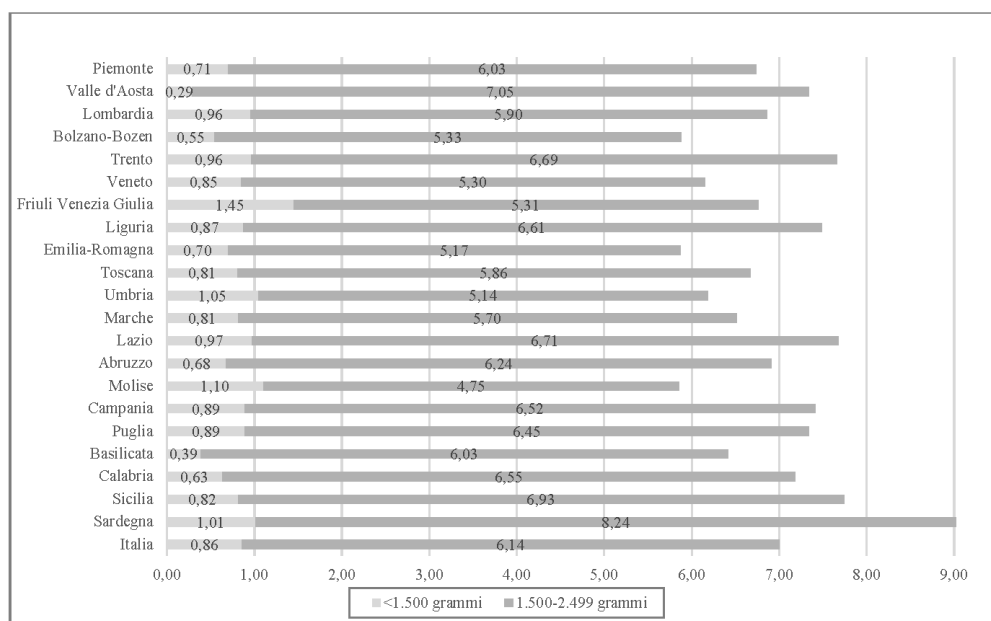
A livello nazionale, si registra una percentuale di nati con punteggio <7 nello 0,8% dei casi. Piccoli numeri non rendono significative eventuali differenze regionali. Sono soprattutto i neonati sottopeso a far registrare un punteggio Apgar più sfavorevole: 2,0% se si considera il peso compreso tra 1.500-2.499 grammi e 17,5% in corrispondenza di un peso alla nascita <1.500 grammi.

Grafico 1 - Nati vivi (valori per 100) pre-termine per settimane di gestazione e regione - Anno 2023



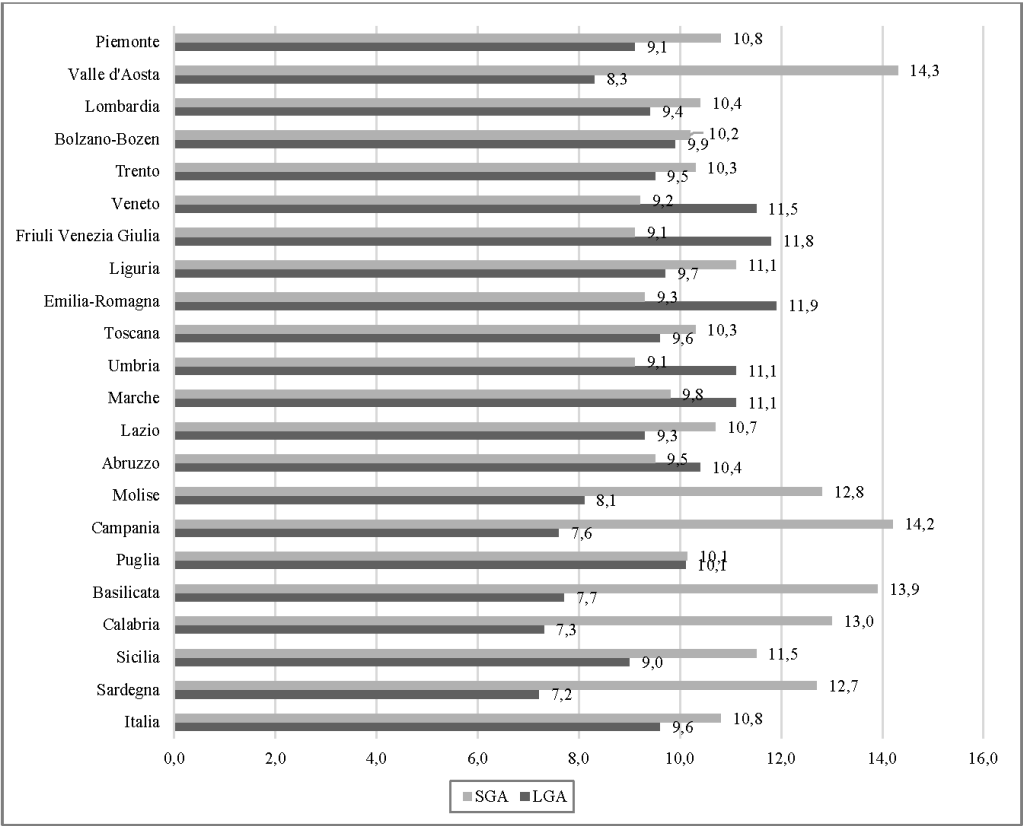
Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

Grafico 2 - Nati vivi (valori per 100) per peso alla nascita e regione - Anno 2023



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

Grafico 3 - Nati vivi (valori per 100) con basso (Small for Gestational Age-SGA) o alto (Large for Gestational Age-LGA) peso alla nascita per età gestazionale e regione - Anno 2023



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

Tabella 1 - Nati vivi (valori per 100) totali, sottopeso e fortemente sottopeso, per Classe di punteggio Apgar e regione - Anno 2023

Regioni	Totali			Sottopeso			Fortemente sottopeso		
	1-3	4-6	7-10	1-3	4-6	7-10	1-3	4-6	7-10
Piemonte	0,13	0,98	98,89	0,47	2,69	96,84	3,49	18,60	77,91
Valle d'Aosta	0,14	1,01	98,85	0,00	2,08	97,92	0,00	50,00	50,00
Lombardia	0,15	0,75	99,10	0,26	1,79	97,95	6,05	12,74	81,21
Bolzano-Bozen	0,17	1,31	98,52	0,40	3,60	96,00	3,85	26,92	69,23
Trento	0,25	0,99	98,76	0,41	1,65	97,94	5,71	20,00	74,29
Veneto	0,08	0,63	99,30	0,12	1,99	97,88	1,17	15,18	83,66
Friuli-Venezia Giulia	0,15	1,02	98,83	0,50	2,00	97,50	4,59	12,84	82,57
Liguria	0,16	1,27	98,56	1,52	2,53	95,96	3,45	44,83	51,72
Emilia-Romagna	0,11	0,56	99,33	0,47	1,13	98,40	2,94	9,80	87,25
Toscana	0,08	0,54	99,38	0,32	1,67	98,01	1,73	11,56	86,71
Umbria	0,08	0,16	99,76	0,00	0,39	99,61	0,00	5,77	94,23
Marche	0,08	0,15	99,76	0,00	0,83	99,17	2,90	1,45	95,65
Lazio	0,23	0,62	99,15	0,75	2,35	96,90	8,95	15,02	76,04
Abruzzo	0,15	0,40	99,45	0,21	1,07	98,72	8,16	10,20	81,63
Molise	0,42	1,02	98,56	0,00	1,79	98,21	16,67	33,33	50,00
Campania	0,05	0,79	99,16	0,11	1,66	98,23	1,17	17,60	81,23
Puglia	0,07	0,29	99,64	0,24	0,72	99,04	0,87	10,00	89,13
Basilicata	0,09	0,39	99,52	0,49	0,49	99,01	0,00	15,38	84,62
Calabria	0,07	0,30	99,63	0,24	1,09	98,67	3,95	7,89	88,16
Sicilia	0,12	0,42	99,45	0,20	1,15	98,65	2,43	10,42	87,15
Sardegna	0,27	0,76	98,97	0,68	2,56	96,75	9,72	6,94	83,33
Italia	0,12	0,64	99,24	0,34	1,68	97,99	3,93	13,59	82,48

Nota: per la Liguria la quota dei nati vivi esclusa dall'analisi a causa di un punteggio Apgar non valido è pari al 15,0%.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

La nascita pre-termine è un evento che riscuote molta attenzione da parte dei neonatologi, tanto da indire una Giornata Mondiale della Prematurità, che si svolge ogni anno il 17 novembre. Questi neonati, estremamente fragili, si trovano fin da subito a lottare per la sopravvivenza all'interno delle Terapie Intensive Neonatale (TIN). Per questo motivo, le società scientifiche di neonatologia promuovono con forza il modello di "Family Centered Care", che prevede il pieno coinvolgimento dei genitori nell'assistenza e nella cura del neonato. Tuttavia, ciò sarebbe possibile solo garantendo un accesso alle TIN attivo 24 ore su 24, una condizione che purtroppo non è ancora uniformemente assicurata su tutto il territorio nazionale. Un accesso continuativo permetterebbe anche di applicare le raccomandazioni dell'OMS riguardo al contatto pelle-a-pelle, riconosciuto come una pratica salvavita. L'accudimento del neonato pre-termine resta fondamentale anche dopo le dimissioni dalla TIN: è, infatti, indispensabile attivare un percorso di *follow-up* che coinvolga i PLS e i servizi territoriali.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute, Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita - Anni vari. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3346.
- (2) Euro-Peristat Project. "European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe". Anni vari. Disponibile sul sito: www.europeristat.com/index.php/reports/ephr-2019.html.
- (3) Spada E, Peila C, Coscia A. Italian neonatal birthweight charts derived from INeS not separated by birth order. *Ital J Pediatr.* 2024 Apr 29; 50 (1): 89. doi: 10.1186/s13052-024-01660-7. PMID: 38679732; PMCID: PMC11057175.
- (4) WHO (2023), Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low-birth-weight infants. Disponibile sul sito: www.who.int/tools/elena/interventions/kangaroo-care-infants.
- (5) Società Italiana di Neonatologia-SIN, La dimissione inizia il giorno del ricovero. Un percorso di accompagnamento alla dimissione dalla TIN del neonato e della sua famiglia. Disponibile sul sito: www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1711446695.pdf.

Procreazione Medicalmente Assistita

Significato. Nell'ambito dei servizi erogati per la riproduzione umana è fondamentale considerare le tecniche di PMA, che includono tutti quei procedimenti che comportano il trattamento di oociti umani, di spermatozoi o embrioni ai fini di un progetto di gravidanza.

Il Registro Nazionale della PMA Italiano raccoglie i dati di tutti i Centri che applicano tecniche di fecondazione assistita, sia di I che di II e III livello. Con tecniche di I livello ci si riferisce all'inseminazione semplice (IUI), con II e III livello si fa riferimento, invece, oltre che all'inseminazione semplice anche alle tecniche di fecondazione in vitro più complesse quali, la fecondazione in vitro con trasferimento degli embrioni (FIVET), la tecnica di fecondazione che prevede l'iniezione nel citoplasma dell'ovocita di un singolo spermatozoo (ICSI), il trasferimento di embrioni crioconservati (FER), il trasferimento di embrioni ottenuti da ovociti crioconservati (FO), la crioconservazione degli embrioni e degli ovociti e tutte le tecniche chirurgiche di prelievo degli spermatozoi.

I Centri di II e III livello si distinguono soltanto per il tipo di anestesia somministrata e per alcune differenze nelle tecniche di prelievo chirurgico di spermatozoi; dal punto di vista della lettura dei risultati vengono, quindi, considerati in un unico gruppo.

Gli indicatori proposti misurano diverse dimensioni del fenomeno e, in particolare, si riferiscono alla distribuzione, adeguatezza, accuratezza e qualità

complessiva dell'offerta sanitaria.

Il primo indicatore è riferito alla mappatura e distribuzione dei servizi, e descrive il numero di Centri attivi obbligati all'invio dei dati. Esso consente di quantificare in termini assoluti il numero di strutture sanitarie che garantiscono l'accesso ai servizi di PMA.

Il secondo indicatore riguarda i cicli iniziati con tecniche di II e III livello e descrive la relazione tra domanda e offerta, fornendo indicazioni sulle dimensioni del fenomeno e consentendo di stimare l'adeguatezza dell'offerta sanitaria. Nello specifico, il numeratore corrisponde al numero di cicli iniziati con tecniche di II e III livello, mentre al denominatore viene considerata la popolazione residente.

Il terzo indicatore preso in considerazione è dato dalla percentuale di gravidanze perse al *follow-up*. Questo indicatore fornisce un'informazione relativa al sistema di monitoraggio e raccolta dati dei Centri dove si applicano le tecniche di fecondazione assistita. Dunque, è un indicatore di accuratezza e di qualità della raccolta dati operata dai Centri e del monitoraggio del lavoro e dei risultati ottenuti dal Centro stesso. Nella composizione di questo indicatore, però, assume un ruolo importante anche la disponibilità di personale all'interno delle strutture. In molti Centri, infatti, la carenza di personale costituisce un ostacolo all'ottenimento di livelli ottimali del monitoraggio delle gravidanze ottenute.

Numero di Centri di Procreazione Medicalmente Assistita attivi tenuti all'invio dei dati

Cicli a fresco

Numeratore	Cicli da tecniche di II e III livello (tecniche FIVET, ICSI, FER e FO) iniziati in 1 anno
Denominatore	Popolazione media residente

x 1.000.000

Percentuale di gravidanze perse al follow-up

Numeratore	Gravidanze di cui non si conosce l'esito
Denominatore	Gravidanze ottenute da tecniche di II e III livello

x 100

Validità e limiti. I dati per l'elaborazione di questi indicatori vengono raccolti dall'ISS e, nello specifico, dal Registro Nazionale della PMA. Le unità di rilevazione sono rappresentate dai Centri che applicano le tecniche di PMA, autorizzati dalle Regioni ed iscritti al Registro Nazionale. A partire dalla raccolta dati relativa all'attività del 2006, la copertura dell'indagine è stata totale e tutti i trattamenti di riproduzione assistita effettuati in un anno, vengono registrati e monitorati nella raccolta dati. Ogni anno, sui dati rac-

colti, vengono eseguiti una serie di controlli di congruenza e di validazione. Le procedure di validazione vengono eseguite sia attraverso controlli verticali, che approfondiscono l'esattezza dei dati, quando questi appaiono fuori scala rispetto alle medie regionali e nazionali, sia attraverso controlli orizzontali, che vengono realizzati sulla premessa che i dati comunicati da ogni Centro debbano essere quantitativamente paragonabili da un anno all'altro. Uno dei limiti di questi indicatori potrebbe risiedere nella circostanza che i

dati comunicati al Registro Nazionale vengono raccolti in forma aggregata. In questo modo diventa più complicato collegare gli esiti delle terapie ad alcune caratteristiche delle coppie di pazienti. La probabilità di riuscita di un ciclo di fecondazione assistita è legata anche al tipo e al grado di infertilità della coppia.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori di confronto degli indicatori presentati fanno riferimento ad altri Paesi europei, in cui l'attività di fecondazione assistita è assimilabile all'attività svolta in Italia. Inoltre, potranno essere presi in considerazione anche i valori medi europei, presentati ogni anno dall'*European IVF Monitoring*, sistema di raccolta ed analisi dei dati del Registro Europeo, a cui l'Italia partecipa.

Descrizione dei risultati

Nel 2022, sul territorio nazionale i Centri PMA iscritti al Registro Nazionale e autorizzati dalle Regioni di appartenenza sono 333. Si registrano 133 Centri di I livello, mentre quelli di II e III livello sono 200. Stratificando per tipologia di servizio offerto (pubblico, privato accreditato e privato), si osserva una distribuzione eterogenea per i Centri di PMA di II-III livello attivi nel 2022. Un'incidenza maggiore di Centri pubblici attivi si riscontra in alcune regioni del Nord, mentre nelle regioni meridionali i Centri privati sono i più rappresentativi, a testimonianza di differenze negli indirizzi e nelle politiche sanitarie adottate dalle diverse regioni.

A livello nazionale, tra il 2016 e il 2022 si è registrata una riduzione del numero di Centri pari al 7,5% (-27 unità complessive) (Tabella 1). Tale diminuzione è stata particolarmente marcata nella PA di Bolzano (-50,0%), in Sicilia (-33,3%), in Piemonte (-25,0%) e in Liguria (-20,0%). Nello stesso periodo, al contrario, si è osservato un incremento rilevante in Sardegna (+33,3%), Calabria (+33,3%), Puglia (+20,0%) e Marche (+14,3%).

Tra il 2021 e il 2022 la riduzione complessiva è stata più contenuta, pari a 7 unità a livello nazionale. In particolare, la Sicilia ha registrato il calo più significativo (-21,2%).

Nel complesso, a livello nazionale, con l'applicazione di tutte le tecniche di PMA, nel 2022 sono state trattate 87.192 coppie di pazienti, circa 1.100 in più rispetto al 2021, per un totale di 109.755 cicli di trattamento avviati (quasi 1.700 in più rispetto all'anno precedente).

Nel 2022, in riferimento ai Cicli iniziati con tutte le tecniche di II e III livello per milione di abitanti, i risultati mostrano a livello nazionale 1.591 cicli iniziati. Questo valore rappresenta un incremento del 28,6% rispetto al 2016 e del 4,1% rispetto all'anno precedente (Tabella 2). Nell'intervallo temporale 2016-2022 si osserva un aumento complessivo in qua-

si tutte le regioni, ad eccezione di Abruzzo (-21,5%) e Sardegna (-19,5%). Incrementi superiori al 40% si registrano in Liguria (+45,4%), Campania (+46,8%), Friuli Venezia Giulia (+55,3%), Veneto (+55,9%), Calabria (+63,9%) e Lazio (+74,8%).

Dai valori riportati emerge chiaramente come durante la pandemia COVID-19, in particolare nel 2020, si sia verificata una generale contrazione dei volumi, legata sia a una riduzione della domanda sia, soprattutto, alla limitata accessibilità ai servizi dovuta alle misure restrittive. Tutte le procedure mediche non considerate urgenti furono, infatti, sospese o rimandate in seguito al Decreto del Governo del 9 marzo 2020, mentre proseguirono soltanto le attività non differibili, come le tecniche di crioconservazione di gameti e tessuto gonadico, indispensabili per la preservazione della fertilità nei pazienti oncologici.

Tuttavia, tra il 2021 e il 2022 si registra una nuova riduzione dei cicli iniziati con tecniche di II e III livello in 10 regioni: Calabria (-26,0%), Molise (-14,9%), Basilicata (-14,1%), Abruzzo (-11,2%), Sardegna (-9,8%), Piemonte (-5,3%), Valle d'Aosta (-5,3%), Liguria (-4,4%), PA di Trento (-1,1%) ed Emilia-Romagna (-1,0%). Al contrario, si distinguono per un incremento Veneto (+21,3%), Friuli-Venezia Giulia (+20,0%), PA di Bolzano (+12,1%) e Marche (+10,0%). È importante sottolineare che il numero di cicli eseguiti nelle regioni non sempre corrisponde alla numerosità dei Centri presenti sul territorio.

Per quanto riguarda il terzo indicatore, a livello nazionale si sono registrate, complessivamente, 1.730 gravidanze perse al follow-up, pari al 7,6% del totale delle gravidanze ottenute mediante tecniche di II e III livello, con e senza donazione di gameti (Tabella 3). Nel periodo 2016-2022 si osserva un decremento nazionale pari al -25,5%. Le regioni che hanno mostrato una riduzione superiore al 60% sono Liguria, Umbria, Veneto, Abruzzo, PA di Bolzano, Basilicata e PA di Trento. Al contrario, incrementi marcati si registrano in Molise (+208,0%) ed Emilia-Romagna (+366,7%).

Tra il 2021 e il 2022 la riduzione a livello nazionale è stata ancora più consistente (-40,2%). In questo intervallo, un decremento è stato osservato in 14 regioni, mentre un incremento si è registrato soltanto in due: Lombardia (+29,6%) e Veneto (+47,6%).

L'attività di PMA nel 2022 mostra una riduzione del numero dei Centri attivi rispetto all'anno precedente: da 340 a 333. Nonostante ciò, dal 2021 al 2022 si sono registrati aumenti nel numero delle coppie trattate, dei cicli effettuati e dei bambini nati vivi: questi ultimi sono passati da 16.625 a 16.718. Permane una significativa disomogeneità regionale sia nell'offerta che nella qualità della raccolta dei dati.

Tabella 1 - Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (valori assoluti) di attivi per regione - Anni 2016-2022

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ % (2022-2021)	Δ % (2022-2016)
Piemonte	28	28	23	23	22	22	21	-4,5	-25,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1	1	1	1	1	1	1	0,0	0,0
Lombardia	62	60	58	58	55	55	55	0,0	-11,3
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>10</i>	<i>9</i>	<i>9</i>	<i>6</i>	<i>6</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>0,0</i>	<i>-50,0</i>
<i>Trento</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>6</i>	<i>6</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>0,0</i>	<i>0,0</i>
Veneto	1	1	1	1	1	1	1	0,0	0,0
Friuli-Venezia Giulia	38	38	35	36	34	36	37	2,8	-2,6
Liguria	5	5	4	4	4	4	4	0,0	-20,0
Emilia-Romagna	22	21	22	22	22	24	22	-8,3	0,0
Toscana	22	22	23	23	22	22	22	0,0	0,0
Umbria	2	2	2	2	2	2	2	0,0	0,0
Marche	7	6	6	7	7	8	8	0,0	14,3
Lazio	38	42	36	36	34	35	36	2,9	-5,3
Abruzzo	5	6	6	6	6	5	5	0,0	0,0
Molise	2	2	2	2	2	2	2	0,0	0,0
Campania	44	44	44	45	42	45	45	0,0	2,3
Puglia	15	16	15	16	16	18	18	0,0	20,0
Basilicata	2	2	2	2	2	2	2	0,0	0,0
Calabria	9	9	9	11	12	12	12	0,0	33,3
Sicilia	39	43	38	36	34	33	26	-21,2	-33,3
Sardegna	3	3	3	3	3	3	4	33,3	33,3
Italia	360	366	345	346	332	340	333	-2,1	-7,5

Fonte dei dati: Relazione del Ministro della Salute al parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita - Attività dei centri procreazione medicalmente assistita anno 2022. Anno 2025.

Tabella 2 - Cicli (valori per 1.000.000) iniziati con trattamento di II e III livello per regione - Anni 2016-2022

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ % (2022-2021)	Δ % (2022-2016)
Piemonte	872	1.015	1.046	1.072	879	1.198	1.135	-5,3	30,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3.462	3.589	2.773	3.647	2.537	4.429	4.195	-5,3	21,2
Lombardia	2.104	2.162	2.195	2.249	1.534	2.221	2.353	5,9	11,8
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>523</i>	<i>507</i>	<i>623</i>	<i>630</i>	<i>454</i>	<i>647</i>	<i>725</i>	<i>12,1</i>	<i>38,6</i>
<i>Trento</i>	<i>3.002</i>	<i>3.473</i>	<i>3.811</i>	<i>3.715</i>	<i>2.761</i>	<i>3.380</i>	<i>3.343</i>	<i>-1,1</i>	<i>11,4</i>
Veneto	1.088	755	1.153	1.428	1.074	1.398	1.696	21,3	55,9
Friuli-Venezia Giulia	860	890	956	948	871	1.113	1.336	20,0	55,3
Liguria	975	1.184	1.357	1.225	1.155	1.484	1.418	-4,4	45,4
Emilia-Romagna	1.684	1.673	1.566	1.515	1.247	1.727	1.710	-1,0	1,5
Toscana	2.313	2.361	2.473	2.545	2.423	2.961	3.020	2,0	30,6
Umbria	593	598	645	577	516	655	693	5,8	16,9
Marche	161	151	158	124	112	180	198	10,0	23,0
Lazio	1.343	1.350	1.335	1.451	1.374	2.139	2.347	9,7	74,8
Abruzzo	717	645	629	799	502	634	563	-11,2	-21,5
Molise	302	433	388	260	245	355	302	-14,9	0,0
Campania	1.095	1.151	1.140	1.207	1.128	1.559	1.608	3,1	46,8
Puglia	636	636	676	755	664	834	882	5,8	38,7
Basilicata	556	642	784	793	462	768	660	-14,1	18,7
Calabria	321	386	357	464	618	711	526	-26,0	63,9
Sicilia	874	894	828	857	795	983	997	1,4	14,1
Sardegna	609	532	603	609	351	543	490	-9,8	-19,5
Italia	1.237	1.275	1.297	1.341	1.117	1.529	1.591	4,1	28,6

Fonte dei dati: Relazione del Ministro della Salute al parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita - Attività dei centri procreazione medicalmente assistita anno 2022. Anno 2025.

Tabella 3 - Gravidanze (valori per 100) perse al follow-up per regione - Anni 2020-2022

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ % (2022-2021)	Δ % (2022-2016)
Piemonte	6,5	5,0	3,9	4,7	8,1	11,8	5,7	-51,7	-12,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,0	4,3	8,2	0,0	0,0	2,1	0,0	-100,0	n.a.
Lombardia	4,7	4,9	3,4	3,3	4,3	2,7	3,5	29,6	-25,5
Bolzano-Bozen	2,9	0,0	2,9	6,5	1,0	1,1	0,3	-72,7	-89,7
Trento	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	n.a.	-100,0
Veneto	14,2	8,3	6,4	3,5	5,1	2,1	3,1	47,6	-78,2
Friuli-Venezia Giulia	0,0	1,4	0,3	0,3	0,0	0,5	0,3	-40,0	n.a.
Liguria	2,3	1,2	0,5	0,5	0,0	0,9	0,9	0,0	-60,9
Emilia-Romagna	0,9	5,3	6,3	1,9	3,4	5,9	4,2	-28,8	366,7
Toscana	10,2	14,9	8,4	5,9	7,8	8,4	7,1	-15,5	-30,4
Umbria	5,0	5,4	0,0	1,2	0,0	0,0	1,2	n.a.	-76,0
Marche	0,0	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	n.a.	n.a.
Lazio	22,2	18,7	18,9	28,3	15,7	13,2	11,4	-13,6	-48,6
Abruzzo	4,9	2,7	2,4	4,2	4,6	3,5	0,7	-80,0	-85,7
Molise	5,0	5,0	0,0	27,3	28,9	25,0	15,4	-38,4	208,0
Campania	15,4	32,1	24,7	29,0	21,7	44,2	11,2	-74,7	-27,3
Puglia	35,4	37,2	39,6	38,8	45,3	36,8	34,4	-6,5	-2,8
Basilicata	1,6	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	n.a.	-100,0
Calabria	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	1,3	1,2	-7,7	n.a.
Sicilia	16,1	18,0	14,6	17,3	16,0	14,5	11,3	-22,1	-29,8
Sardegna	2,9	4,2	4,8	1,1	2,0	8,9	3,0	-66,3	3,4
Italia	10,2	11,9	9,7	10,6	10,2	12,7	7,6	-40,2	-25,5

n.a. = non applicabile.

Fonte dei dati: Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita. Anno 2025.**Raccomandazioni di Osservasalute**

Nel 2022 l'attività dei Centri di PMA in Italia ha mostrato un incremento rispetto al 2021, confermando la ripresa dopo la contrazione legata alla pandemia da SARS-CoV-2. Tuttavia, l'analisi evidenzia ancora una significativa eterogeneità regionale: in alcune regioni si osservano aumenti rilevanti dei cicli avviati, mentre in altre persiste una riduzione del numero di Centri e dei trattamenti erogati.

Queste differenze riflettono, verosimilmente, le diverse politiche sanitarie e l'organizzazione dell'offerta a livello regionale. È, quindi, importante che la programmazione sanitaria tenga conto di tali squilibri per garantire equità di accesso ai servizi di PMA sull'intero territorio nazionale.

Infine, sebbene a livello nazionale si registri una diminuzione della percentuale di gravidanze perse al *follow-up*, permangono differenze territoriali e in alcune regioni persistono criticità legate alla raccolta e completezza dei dati. In quest'ottica, un ulteriore sforzo è necessario per migliorare la qualità del monitoraggio e la disponibilità di personale dedicato alla raccolta delle informazioni.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. Procreazione Medicalmente Assistita. Disponibile sul sito: <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/salute-della-donna/procreazione-medicalmente-assistita>.
- (2) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo

stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita - Attività dei centri procreazione medicalmente assistita. Anno 2022.

(3) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2004-2022.

(4) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita (Legge 19 Febbraio 2004, N. 40, Articolo 15). Anno 2023.

(5) G. Scaravelli, V. Vigilano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli - Procreazione Medicalmente Assistita: risultati dell'indagine sull'applicazione delle tecniche nel 2003.

(6) G. Scaravelli, V. Vigilano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli - 1° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2005.

(7) G. Scaravelli, V. Vigilano, S. Bolli, J.M. Mayorga, S. Fiaccavento, M. Bucciarelli, R. De Luca, R. Spoletini, E. Mancini- 2° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2006.

(8) G. Scaravelli, V. Vigilano, S. Bolli, J.M. Mayorga, R. De Luca, P. D'Aloja, S. Fiaccavento, R. Spoletini, M. Bucciarelli, E. Mancini- 3° Report Attività del Registro Nazionale della Procreazione Medicalmente Assistita 2007.

(9) G. Scaravelli, PE Levi Setti, G. Gennarelli, L. Mencaglia, FM Ubaldi, R. De Luca, D. Cimadomo, R. Spoletini, V. Vigilano & PP Sileri. The actual impact of SARS-CoV-2/COVID-19 pandemic on IVF activity: a survey across Italian ART centers. J Assist Reprod Genet (2022). Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1007/s10815-022-02600-2>.

(10) ESHRE - Human Reproduction Advance Access publication on October 17, 2023 - Assisted reproductive Technology in Europe, 2019: results generated from European registers by ESHRE.

Abortività volontaria

Significato. La Legge n. 194/1978 (“Norme per la tutela della maternità e sull’Interruzione Volontaria della Gravidanza”) regola, in Italia, le modalità del ricorso all’aborto volontario. Grazie ad essa, qualsiasi donna per motivi di salute, economici, sociali o familiari può richiedere l’IVG entro i primi 90 giorni di gestazione. Oltre questo termine, l’IVG è consentita solo per gravi problemi di salute fisica o psichica. L’intervento può essere effettuato presso le strutture pubbliche del SSN e le strutture private accreditate e autorizzate dalle Regioni.

Il 12 agosto 2020 il Ministero della Salute ha pubblicato la circolare di aggiornamento “Linee di indirizzo sulla Interruzione Volontaria di Gravidanza con Mifepristone e prostaglandine”. Tale documento dispone l’estensione del limite per l’esecuzione dell’IVG con questa metodica da sette a nove settimane compiute di età gestazionale e prevede la prestazione anche in DH e presso strutture ambulatoriali pub-

bliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate all’Ospedale e autorizzate dalle Regioni, nonché presso i Consultori familiari.

Il tasso di abortività volontaria è l’indicatore più frequentemente usato a livello internazionale (spesso utilizzando al denominatore la popolazione femminile di età 15-44 anni) e permette di valutare l’incidenza del fenomeno che, in gran parte, dipende dalle scelte riproduttive, dall’uso di metodi contraccettivi nella popolazione e dall’offerta dei servizi nei vari ambiti territoriali. Al fine di una valutazione più approfondita dell’IVG, è possibile calcolare il tasso di abortività specifico per alcune caratteristiche delle donne, ad esempio età, stato civile, parità, luogo di nascita e cittadinanza (se si dispone della popolazione per il denominatore). Si può, inoltre, utilizzare il tasso std per età al fine di eliminare l’effetto confondente di questa variabile.

Tasso di Interruzioni Volontarie di Gravidanza

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza di donne di età 15-49 anni
Denominatore	Popolazione media residente di donne di età 15-49 anni

x 1.000

Validità e limiti. L’indicatore viene elaborato utilizzando i dati raccolti, analizzati ed elaborati dall’Istat, dall’ISS e dal Ministero della Salute. Dal 2019 per ogni IVG effettuata è obbligatorio compilare il questionario Istat sulla piattaforma dedicata tramite la quale le Regioni possono anche elaborare le tabelle che inviano trimestralmente al Sistema di Sorveglianza sull’IVG coordinato dall’ISS, in collaborazione con il Ministero della Salute, l’Istat e le Regioni. La gestione dei due flussi (Istat e ISS) attraverso un unico strumento informatico ha semplificato le procedure di inserimento dei dati e ha consentito di eliminare gran parte delle precedenti discrepanze.

Ogni anno il Ministro della Salute presenta al Parlamento una relazione sull’andamento del fenomeno e l’Istat pubblica i dati sul proprio sito e tramite altri canali di diffusione. Attualmente, i dati italiani sono tra i più accurati ed aggiornati a livello internazionale.

I casi registrati sulla piattaforma Istat vengono sottoposti a controlli di completezza tramite il confronto con il numero di IVG registrate nel flusso delle SDO del Ministero della Salute, individuabili tramite il codice ICD9-CM 635 (Aborto indotto legalmente) e sottovoci. In caso di sottostima dei dati Istat, questi vengono integrati con le SDO, modificandone il numero totale. Tali integrazioni, oltre a ulteriori informazioni fornite direttamente dalle Regioni, vengono incluse nei dati elaborati dal Sistema di Sorveglianza

sull’IVG. L’Istat, invece, pubblica i dati effettivamente registrati indicando per quali regioni è stato riscontrato un invio incompleto. Le integrazioni vengono comunque utilizzate per calcolare i tassi di abortività. L’indicatore regionale può essere calcolato considerando al numeratore tutte le IVG effettuate in regione (da donne residenti e non) e al denominatore le donne di età compresa tra i 15-49 anni residenti, motivo per cui il dato può risultare sovra o sottostimato.

Utilizzando, invece, le donne residenti sia al numeratore che al denominatore, si escludono i casi di donne non residenti che riguardano, principalmente, le donne straniere. In questa pubblicazione viene riportato il tasso calcolato secondo quest’ultima modalità che privilegia l’omogeneità tra numeratore e denominatore. Per il 2023 vengono quindi escluse 1.589 IVG di donne residenti all’estero (2,4% del totale), delle quali 1.483 risultano effettuate da cittadine straniere.

A seguito della diffusione da parte dell’Istat della popolazione ricostruita post-censuaria al 1° gennaio, per gli anni 2002-2019, i tassi sono stati ricalcolati in serie storica. Inoltre, per la standardizzazione è stato considerato un sistema di pesi internazionale basato su una popolazione di 10.000 persone con una struttura per età uguale a quella proposta nell’*European Standard Population*, Edizione 2013, proposta dalla banca dati europea Eurostat.

La fonte utilizzata è l’indagine Istat sulle IVG.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo disponibile alcun valore di riferimento, può essere assunto come tale il valore medio relativo alle 3 regioni che presentano il valore dell'indicatore più basso.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, l'Istat ha notificato 65.493 IVG rilevando una sottostima rispetto ai dati delle SDO per Liguria, Abruzzo, Calabria e Sicilia. Nel 2022 le IVG erano risultate 65.528, quindi si registra una sostanziale stabilità (solo 35 IVG in meno) del numero dei casi notificati. Sembra quindi che, dopo la rilevante riduzione nel periodo 2019-2021 dovuta alla pandemia di COVID-19, dal 2022 il numero delle IVG stia tornando ad un andamento simile al periodo pre-pandemico. Il trend di lungo periodo (Grafico 1) conferma una progressiva decrescita a partire dal 1984 (considerando il 1982 come primo anno in cui i dati si considerano completi in tutte le regioni). Tuttavia, si osservano due eccezioni a questa tendenza: il tasso ha conosciuto un periodo di sostanziale stabilità tra il 1994 e il 2004 (quando era compreso tra il 9,1 e il 9,6 per 1.000 donne di età compresa tra i 15-29 anni) e la ripresa post-pandemica. Nel complesso, tra il 1982 e il 2023, il numero assoluto di IVG si è ridotto del 71,6%, mentre il tasso std per 1.000 donne ha registrato una diminuzione del 66,5%. Questa riduzione ha interessato tutte le classi di età, con cali superiori al 60%, ad eccezione della fascia più giovane (15-19 anni), che presenta una riduzione comunque significativa, pari al 58%.

Confrontando l'andamento del numero delle IVG con quello del numero dei parti durante gli ultimi 10 anni (Grafico 2), si osserva che per i parti la riduzione è stata continua, anche se meno accentuata nel periodo 2019-2021, mentre per le IVG si è osservata una leggera ripresa nel 2022.

Nel confronto tra le regioni viene utilizzato il tasso std per eliminare le differenze riconducibili alle diverse strutture per età (Grafico 3). Anche in questo caso, analogamente a quanto si osserva per il tasso grezzo, tra il 2013-2023 si registra una diminuzione del 24,4% a livello nazionale e in tutte le regioni. Quelle che mostrano un decremento più marcato (>25%) sono: Valle d'Aosta, Piemonte, Emilia-Romagna, Lombardia, Lazio, Toscana e Umbria. All'opposto quelle con valori <15% sono: Sardegna, PA Trento e PA Bolzano.

L'indagine Istat, oltre alle informazioni sulle caratteristiche delle donne, raccoglie anche informazioni relative alle modalità di effettuazione degli interventi. Nella Tabella 1, le metodiche chirurgica e farmacologica sono analizzate separatamente al fine di evidenziare le differenze legate ad alcune variabili associate ai due approcci.

Le IVG farmacologiche (individuata dalle voci "Solo mifepristone" e "Mifepristone più prostaglandine") nel 2022 per la prima volta, sono risultate essere oltre

la metà (51,1%) del totale delle IVG. Nel 2023 questa tendenza sembra consolidarsi poiché la percentuale passa al 58,5%. Di conseguenza, le IVG chirurgiche (registrate con i metodi "Raschiamento", "Karman" e "Altre forme di isterosuzione") diminuiscono ulteriormente passando dal 46,7% del 2022 al 39,8%. Il complemento a 100 è dato dalle voci residuali "Solo prostaglandine" e "Altro". A seguito delle Linee di indirizzo del Ministero della Salute dell'agosto 2020, l'Emilia-Romagna, la Toscana e il Lazio hanno iniziato a offrire il servizio di IVG farmacologica presso Ambulatori e/o Consultori (vedere Box "Interruzione Volontaria di Gravidanza farmacologica in Italia").

L'utilizzo della procedura farmacologica appare ancora eterogeneo tra le regioni nonostante sia stata autorizzata fin dal 2009. Quasi tutte le regioni la utilizzano in oltre la metà delle IVG, con 5 eccezioni: PA di Bolzano (48,1%), Lombardia (48,0%), Campania (46,9%), Sicilia (44,6%) e Marche (37,1%). Il Molise risulta essere l'unica regione che supera l'80%.

Rispetto al 2022 in tutte le regioni aumenta la percentuale di IVG farmacologica, con l'unica eccezione della Calabria che passa da 79,1% a 77,8%, mantenendo comunque una quota elevata superiore alla media nazionale.

L'età gestazionale può essere influenzata dalla modalità di intervento (farmacologico o chirurgico). L'IVG farmacologica può, infatti, essere effettuata solo entro la 9ª settimana di gestazione; quindi, la percentuale entro questo termine risulta più elevata (92,4%) rispetto a quella della metodica chirurgica (52,9%), con scarsa variabilità regionale.

L'utilizzo della procedura di urgenza risulta superiore tra le IVG farmacologiche (30,9%) rispetto a quelle chirurgiche (19,3%); evidentemente, la presenza di un limite temporale induce ad accelerare i tempi di esecuzione. Non è così, però, per tutte le regioni: Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Abruzzo, Molise e Basilicata hanno una percentuale più elevata di IVG urgenti tra le chirurgiche. Questo sottolinea che altri fattori possono determinare il ricorso alla procedura d'urgenza come, ad esempio, le lunghe Liste di attesa o la carenza di servizi disponibili per effettuare le IVG.

Il tempo di attesa calcolato in giorni tra la certificazione e l'intervento è un indicatore che descrive l'efficienza dei servizi, ma per il suo calcolo occorre la compilazione completa e corretta della data dei due eventi (giorno, mese e anno). Nel 2023 l'informazione mancante ha riguardato il 2,3% dei casi, con valori molto elevati in Veneto (9,6%) e soprattutto in Calabria (39,7%). Tra le IVG effettuate con "Solo mifepristone" o "Mifepristone e prostaglandine", il 90,3% degli interventi avviene entro le 2 settimane di attesa, contro il 66,5% delle IVG chirurgiche e tale differenza riguarda tutte le regioni.

Anche l'utilizzo del tipo di terapia antalgica dipende

molto dal metodo utilizzato. In caso di IVG farmacologica, l'assenza di anestesia o analgesia riguarda in media l'84,0% degli interventi. Nell'IVG chirurgica (nello specifico in caso di isterosuzione) le indicazioni internazionali raccomandano l'anestesia locale piuttosto che quella generale, sia per i minori rischi per la salute della donna che per un minore impegno di personale e infrastrutture (quindi, con costi inferiori). I dati, però, non supportano questa raccomandazione poiché l'anestesia locale è usata solo nell'1,4% dei casi, addirittura in riduzione rispetto al 2022 quando era pari a 2,5%. Le regioni più rispettose delle raccomandazioni presentano comunque una percentuale di utilizzo molto bassa dell'anestesia locale (Valle d'Aosta 13,9% e Toscana 8,2%). La quasi totalità delle IVG chirurgiche, quindi, avviene in anestesia generale o sedazione profonda (93,1%).

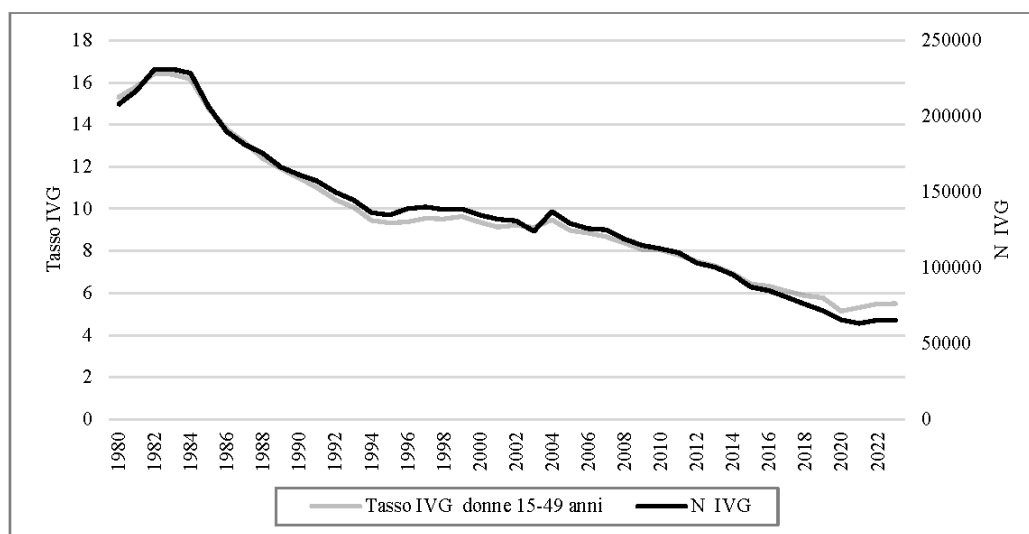
La registrazione delle complicazioni risulta mancante nell'1,2% dei casi, ma in Valle d'Aosta e Umbria la percentuale è più elevata: 12,8% e 6,9%, rispettivamente. La quasi totalità delle IVG (96,4%) non presenta alcuna complicazione; nel dettaglio l'assenza di complicazioni riguarda il 96,6% delle IVG eseguite con metodo farmacologico e il 99,1% delle IVG chirurgiche. In linea con i dati della letteratura internazionale, il mancato o incompleto aborto si presenta più frequentemente (2,0%) in caso di IVG farmacologica rispetto all'IVG chirurgica (0,4%).

Nell'annuale Relazione al Parlamento vengono presentati i dati raccolti dal Sistema di Sorveglianza sulla percentuale di obiettori di coscienza nei punti IVG.

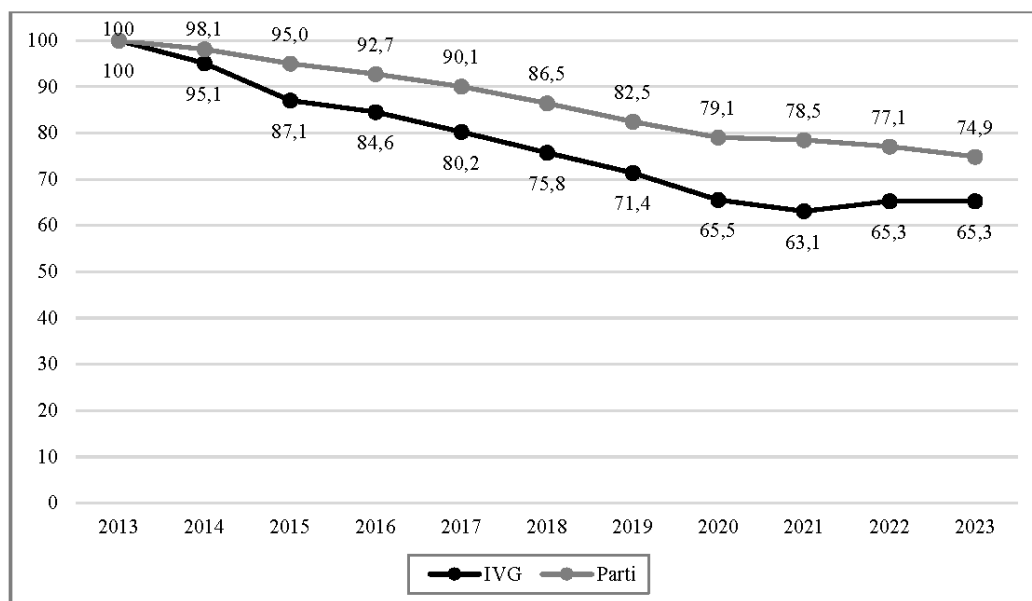
Nello specifico viene calcolato e diffuso il numero medio settimanale di IVG effettuate da ogni ginecologo non obiettore conteggiato su 44 settimane lavorative all'anno (Grafico 4). Questo indicatore esprime il carico di lavoro settimanale medio per IVG per ginecologo non obiettore e consente di individuare eventuali criticità riguardo l'impatto che l'esercizio del diritto all'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario può avere rispetto alla possibilità di accesso all'IVG per chi possiede i requisiti stabiliti dalla legge.

Il dato, riferito al 2022, mostra un carico di 0,9 IVG settimanali per ginecologo (dato nazionale, in leggero calo rispetto al 2020 quando era pari a 1,0) con una certa variabilità territoriale: si va da un minimo di 0,4 casi della Valle d'Aosta, PA di Trento, Friuli-Venezia Giulia e Sardegna, ad un massimo di 6,2 del Molise. Nel corso degli anni il numero di IVG medio settimanale per ginecologo non obiettore è diminuito costantemente passando da 3,1 del 1983 a 0,9 nel 2022. Questa diminuzione è dovuta principalmente al calo annuale del numero di IVG e alla relativa contestuale stabilità della proporzione di obiezione di coscienza tra i professionisti sanitari. Il dato medio regionale "nasconde" la variabilità interregionale che può presentarsi tra le varie strutture: l'analisi più puntuale effettuata dal Ministero della Salute ha evidenziato solo una struttura con un carico di oltre 10 IVG settimanali in Abruzzo. Eventuali sovraccarichi di attività sono, quindi, da imputarsi a fattori contingenti in realtà territoriali molto circoscritte.

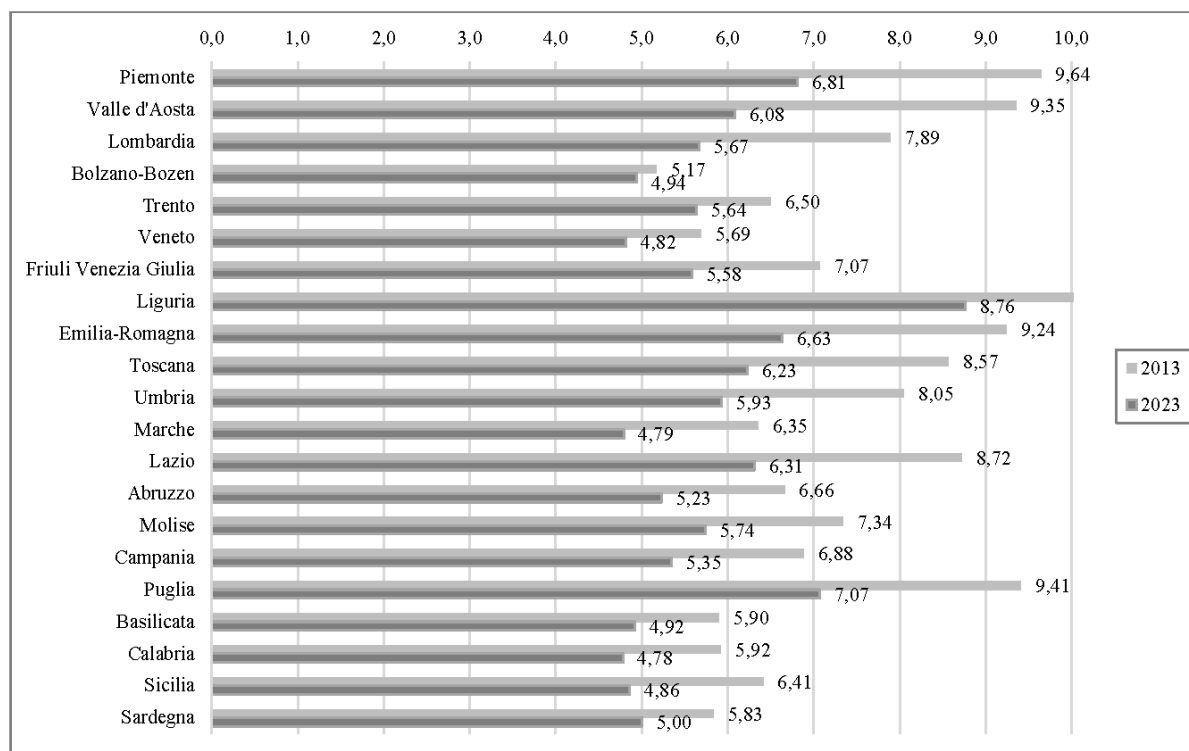
Grafico 1 - Abortività (valori assoluti) volontaria e tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria di donne di età 15-49 anni - Anni 1980-2023



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2025.

Grafico 2 - Abortività (valori per 100) volontaria e parti (valori per 100) - Anni 2013-2023

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Ministero della Salute. Certificato di Assistenza al Parto. Anno 2025.

Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria di donne di età 15-49 anni per regione - Anni 2013, 2023

Nota: a causa di incompletezza dei dati i tassi delle seguenti regioni sono stati stimati: Umbria, Abruzzo, Campania, Puglia e Sicilia per l'anno 2012; Liguria, Abruzzo, Calabria e Sicilia per l'anno 2023.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2025.

Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria di donne di età 15-49 anni per regione. Anno 2023

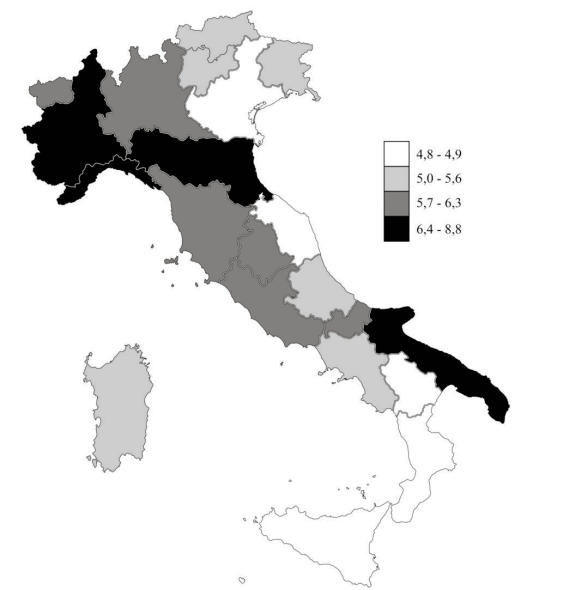


Tabella 1 - Abortività (valori per 100) volontaria di donne di età 15-49 anni per tipo di metodo utilizzato (chirurgico o farmacologico), giorni di attesa, indicazione di urgenza, terapia antalgica e complicazioni per regione - Anno 2023

Regioni	Metodo chirurgico										
	Giorni di attesa				Terapia Antalgica				Complicazioni		
	%	≤14	<63	Urgenza	Nessuna	Analgesia senza anestesia	Anestesia locale	Anestesia generale	Mancato aborto	Altra	Nessuna
Piemonte	22,4	76,9	31,0	39,0	1,4	1,1	0,4	96,8	0,6	0,2	99,2
Valle d'Aosta	31,6	69,0	61,9	4,2	2,8	0,0	13,9	83,3	0,0	0,0	100,0
Lombardia	49,7	56,4	49,0	9,5	0,5	1,4	2,3	95,2	0,4	0,5	99,2
Bolzano-Bozen	51,4	63,9	44,3	7,6	0,4	1,1	0,0	98,2	0,7	0,0	99,3
Trento	24,9	60,7	34,7	14,7	0,0	1,3	0,0	98,0	0,0	0,0	100,0
Veneto	46,0	44,7	42,7	12,1	1,9	1,2	0,6	94,4	0,2	0,5	99,3
Friuli-Venezia Giulia	35,0	70,3	53,5	19,3	0,9	0,5	0,2	98,2	0,5	0,7	98,9
Liguria	21,8	58,1	32,9	17,0	4,4	1,8	0,5	92,6	0,2	2,7	97,0
Emilia-Romagna	25,0	83,3	52,3	27,4	2,4	1,9	0,9	93,9	0,6	1,0	98,5
Toscana	33,4	67,8	41,0	32,7	6,6	3,2	8,2	72,8	0,0	1,0	99,1
Umbria	26,9	58,6	34,4	13,9	1,6	5,2	2,0	86,3	0,0	1,7	98,3
Marche	61,1	62,1	66,0	7,8	1,6	0,6	0,4	97,3	0,3	0,6	99,1
Lazio	38,1	71,4	47,7	36,7	17,1	0,0	1,6	80,8	0,5	0,7	98,8
Abruzzo	46,2	76,8	72,0	23,1	1,8	0,4	0,4	96,9	0,9	0,4	98,7
Molise	18,1	85,1	55,3	23,4	10,6	0,0	0,0	89,4	0,0	0,0	100,0
Campania	52,4	69,2	64,4	19,5	0,4	0,3	0,1	99,1	0,3	0,3	99,4
Puglia	40,9	76,4	70,5	29,4	0,5	1,3	0,3	97,8	0,2	0,4	99,5
Basilicata	20,9	78,2	32,5	14,0	8,3	0,0	2,4	85,7	1,1	0,0	98,9
Calabria	19,6	74,4	40,4	17,7	3,0	0,7	0,0	96,3	0,0	0,7	99,3
Sicilia	53,9	69,1	63,6	5,1	0,7	4,2	0,3	94,4	0,3	0,3	99,4
Sardegna	46,4	76,8	60,5	12,2	0,5	1,0	0,3	97,6	0,5	1,0	98,6
Italia	39,8	66,5	52,9	19,3	3,0	1,4	1,4	93,1	0,4	0,6	99,1

Tabella 1 - (segue) *Abortività (valori per 100) volontaria di donne di età 15-49 anni per tipo di metodo utilizzato (chirurgico o farmacologico), giorni di attesa, indicazione di urgenza, terapia antalgica e complicazioni per regione - Anno 2023*

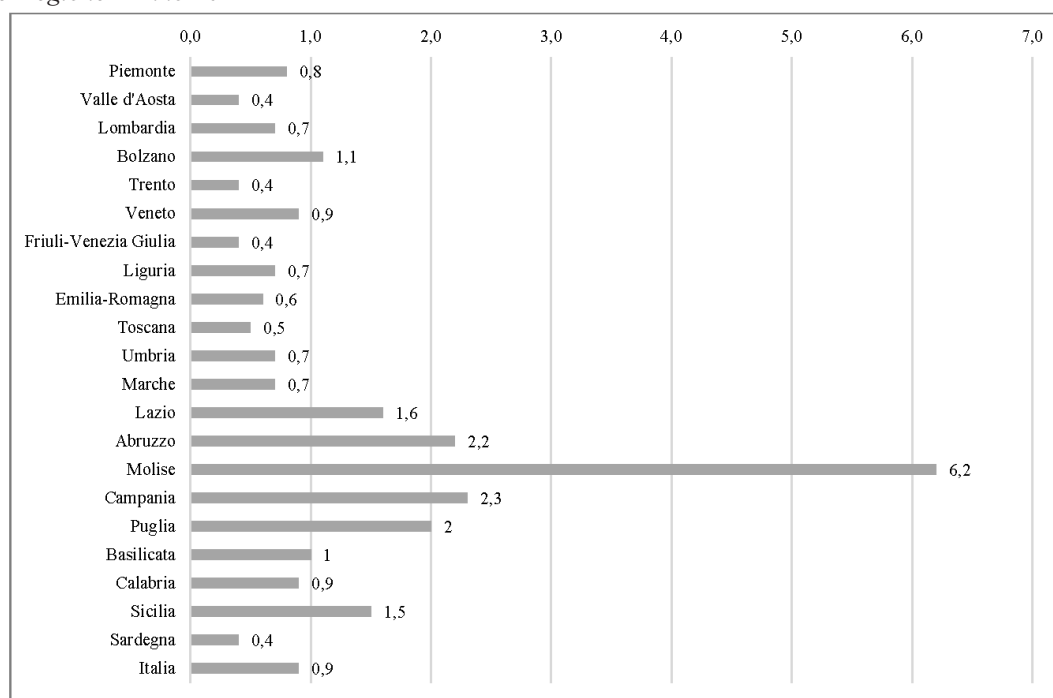
Regioni	Metodo farmacologico							
	%	Giorni di attesa			Terapia Antalgica		Complicazioni	
		≤14	<63	Urgenza	Nessuna	Mancato aborto	Altra	Nessuna
Piemonte	75,2	94,9	93,9	40,6	92,6	1,4	2,1	96,6
Valle d'Aosta	68,4	91,2	96,4	0,0	69,0	0,0	1,2	98,8
Lombardia	48,0	83,1	92,6	4,9	68,1	1,8	1,0	97,3
Bolzano-Bozen	48,1	96,2	90,5	14,3	93,4	0,0	1,1	98,9
Trento	73,1	88,8	93,9	7,0	73,0	0,5	3,0	96,6
Veneto	51,1	88,6	94,0	5,7	73,0	1,4	2,2	96,6
Friuli-Venezia Giulia	64,3	94,2	89,6	8,9	65,0	3,1	0,9	96,1
Liguria	77,1	87,2	94,9	7,0	93,1	2,6	1,1	96,5
Emilia-Romagna	74,5	95,9	93,6	34,3	89,7	5,6	4,3	91,5
Toscana	63,2	92,5	96,0	33,7	84,4	0,1	1,1	98,7
Umbria	68,5	86,4	91,5	15,5	82,7	1,3	2,6	96,1
Marche	37,1	96,9	90,2	17,8	88,1	0,5	1,6	97,9
Lazio	61,4	96,7	94,0	77,7	94,2	1,5	0,9	97,4
Abruzzo	52,8	87,6	90,4	8,7	38,0	1,3	1,5	97,4
Molise	81,5	92,9	99,5	6,1	96,2	1,4	0,0	98,6
Campania	46,9	84,5	93,8	27,1	94,4	1,0	0,6	98,5
Puglia	58,6	91,5	89,5	69,6	86,7	1,7	0,4	97,8
Basilicata	76,9	85,3	87,7	7,5	80,3	4,1	0,3	95,6
Calabria	77,8	90,5	94,5	22,5	98,1	0,4	0,7	98,9
Sicilia	44,6	80,9	80,4	9,2	86,2	1,2	1,5	97,4
Sardegna	51,4	91,8	83,3	15,9	55,4	8,5	0,9	90,7
Italia	58,5	90,3	92,4	30,9	84,0	2,0	1,5	96,6

Nota: per aborto farmacologico si considerano le voci “Solo mifepristone” e “Mifepristone più prostaglandine”. Per aborto chirurgico si considerano le voci “Raschiamento”, “Karman” e “Altre forme di isterosuzione”.

Nel calcolo delle percentuali sono stati eliminati dal denominatore i casi di “non indicato” per la variabile di interesse.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2025.

Grafico 3 - *Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valore assoluto medio settimanale) per ginecologo non obiettore per regione - Anno 2022*



Fonte dei dati: Ministero della Salute, Monitoraggio ad hoc sull'obiezione di coscienza. Anno 2025. Istituto Superiore di Sanità, Sistema di Sorveglianza dell'IVG. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati mostrano che l'IVG in Italia continua a diminuire costantemente. Tuttavia, nel 2023 si è registrato un aumento sia nel numero assoluto di IVG che nel tasso di incidenza. La riduzione complessiva riguarda tutte le categorie di donne, comprese le giovani, le minorenni, le nubili e le straniere (come approfondito nel Capitolo "Salute della popolazione straniera"). Questo trend potrebbe indicare un maggior utilizzo di metodi di procreazione responsabile, favorito da una crescente consapevolezza delle donne e da un'offerta più efficace dei servizi sanitari. È, comunque, importante continuare a monitorare attentamente le donne in condizioni sociali svantaggiate, attraverso programmi di prevenzione che favoriscano l'*empowerment*, ovvero la promozione di riflessioni sui propri vissuti e lo sviluppo di consapevolezza e competenze per fare scelte autonome, come raccomandato storicamente dalla Carta di Ottawa e dal Progetto Obiettivo Materno-Infantile.

I dati sulle procedure di IVG e sulla disponibilità di servizi e operatori sanitari mostrano ancora alcune criticità, sebbene emergano anche segnali di miglioramento che possono contribuire a rendere l'esperienza più sicura e meno stressante per le donne. In tal senso, si raccomanda di incentivare il ricorso all'aborto farmacologico, che consente di intervenire nelle prime settimane di gestazione, evitando l'anestesia generale e riducendo il ricorso a procedure chirurgiche più invasive, come il raschiamento, associate a maggiori rischi per la salute. Inoltre, si raccomanda di organizzare percorsi dedicati all'offerta dell'aborto farmacologico anche in strutture extra-ospedaliere, come indi-

cato dalle nuove Linee Guida del Ministero della Salute, e di facilitare le procedure amministrative tra la certificazione della gravidanza e la somministrazione del farmaco, considerando che l'aborto farmacologico è consentito fino alla 9ª settimana di gestazione. Su questi, e altri obiettivi, è stato focalizzato il Progetto "Interventi per il miglioramento della qualità dei dati, dell'offerta e dell'appropriatezza delle procedure di esecuzione e della divulgazione delle informazioni sull'Interruzione Volontaria di Gravidanza" approvato dal Ministero della Salute nell'ambito del programma CCM 2022 conclusosi ad aprile 2025.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute (2020), Aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine". Disponibile sul sito: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=75683&parte=1%20&serie=null.
- (2) Ministero della Salute (2024), Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza (Legge 194/78). Dati 2022. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_3493_allegato.pdf.
- (3) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2023. Disponibile sul sito: <https://esploradati.istat.it/databrowser>.
- (4) Eurostat (2013), Revision of the European Standard Population, Report of Eurostat's Task Force, Methodologies and Working Paper, 2013 edition. Disponibile sul sito: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF>.
- (5) Istituto Superiore di Sanità. Interventi per migliorare la qualità dei dati, la prevenzione e l'appropriatezza delle procedure per l'IVG: il progetto CCM 2022. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/ivg/progetto-ccm-2022.

Natimortalità e mortalità perinatale

Significato. La natimortalità e la mortalità perinatale sono indicatori cruciali per monitorare la salute materno-infantile e valutare la qualità dell'assistenza sanitaria lungo il percorso nascita, che si articola in tre fasi fondamentali: la gravidanza, il parto e i primi giorni di vita del neonato. La natimortalità misura i decessi fetali (nati morti) avvenuti dopo una certa epoca gestazionale per 1.000 nati totali e riflette in modo specifico le condizioni cliniche e assistenziali relative alla gravidanza e al parto.

La mortalità perinatale, invece, estende l'analisi inclu-

dendo oltre ai nati morti, anche i decessi nei primi sette giorni di vita del neonato. Questi eventi, sebbene classificati come "neonatali", sono spesso la conseguenza diretta di ciò che è avvenuto prima o durante il parto e mettono in evidenza la qualità dell'assistenza sanitaria nella prima fase di vita del bambino. Considerare entrambi gli indicatori è, quindi, fondamentale per avere una visione completa dei rischi e delle criticità lungo tutto il percorso nascita, nonché per orientare efficacemente le politiche di prevenzione e miglioramento dell'assistenza materno-neonatale (1).

Tasso di natimortalità

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Totali morti}}{\text{Totali nati}} \times 1.000$$

Tasso di mortalità perinatale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Nati morti + Decessi neonatali precoci (0-6 giorni)}}{\text{Totali nati}} \times 1.000$$

Validità e limiti. Gli indicatori sono calcolati utilizzando i dati CedAP del Ministero della Salute (2), i dati Istat dell'indagine sui decessi e cause di morte (3) (4) e quelli dell'indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo (4-5).

Il CedAP viene compilato in occasione di ogni parto in Italia presso i punti nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. L'indagine sui decessi e le cause di morte riguardano tutti i decessi che si verificano sul territorio nazionale. L'indagine sugli Aborti Spontanei (AS) rileva esclusivamente i casi ospedalizzati, escludendo quelli che si risolvono senza ricovero, e che riguardano generalmente i casi ad età gestazionale più precoce.

L'OMS definisce le morti fetali come "Prodotto del concepimento che, una volta espulso o completamente estratto dal corpo materno, non abbia respirato o manifestato alcun segno di vita (come pulsazioni cardiache o del cordone ombelicale o qualsiasi movimento della muscolatura volontaria), indipendentemente dalla durata della gravidanza". Tuttavia, raccomanda l'inclusione negli indicatori statistici di tutti i casi con età gestazionale ≥ 22 settimane¹ e definisce i nati morti (*stillbirths*) come gli eventi di morte in utero a partire da 28 settimane di gestazione (6).

Il flusso dei CedAP del Ministero della Salute rileva i nati morti senza fornire indicazioni sulla durata della

gestazione. L'indagine Istat registra i casi di AS definendoli come "Ogni espulsione o morte del feto o dell'embrione che si verifichi entro il 180° giorno compiuto di amenorrea" (cioè 25 settimane + 6 giorni). Quindi, la classificazione degli eventi nati morti e AS adottata in Italia non individua due gruppi mutuamente esclusivi tra le due indagini, ma crea una zona "sfumata" (tra le 22 e le 26 settimane) nella quale si collocano sia casi di AS che di nati morti, entrambi rilevanti per il calcolo dei rispettivi indicatori. Questa problematica è già stata affrontata in Edizioni precedenti del Rapporto Osservasalute (7-8).

Quindi, per calcolare l'indicatore di natimortalità secondo le raccomandazioni dell'OMS, è necessario integrare i dati delle due indagini. Va, tuttavia, considerato che l'informazione relativa al peso del feto/neonato non è presente nell'indagine sugli AS; pertanto, il numeratore dell'indicatore di natimortalità include:

- nati morti con età gestazionale ≥ 22 settimane e/o peso alla nascita ≥ 500 grammi (fonte Ministero della Salute);
- AS con età gestazionale ≥ 22 settimane (fonte Istat), che vengono inclusi anche nel totale dei nati del denominatore.

Gli indicatori di natimortalità e mortalità perinatale sono, quindi, calcolati secondo le indicazioni interna-

¹In caso di età gestazionale non disponibile, va considerato il peso alla nascita ≥ 500 grammi oppure la lunghezza nuca-tallone ≥ 25 cm. In alcuni casi, soprattutto per i confronti internazionali, la selezione viene effettuata a partire dalle 24 o 28 settimane di gestazione poiché in molti Paesi le morti precoci avvenute prima delle 28 settimane possono risultare sottostimate. Recentemente molti Paesi stanno considerando anche i casi a partire da 20 settimane di gestazione.

zionali. Un primo tentativo di integrazione è stato effettuato nell'ambito del progetto Euro-Peristat, che rileva dati sulle morti fetali dai vari Paesi europei, armonizzando le classificazioni per costruire indicatori confrontabili (9).

Attualmente, nelle diffusioni istituzionali, il tasso di natimortalità viene calcolato considerando solo i nati morti registrati nel CedAP (2) o solo quelli registrati nella fonte Istat di Stato Civile (10), escludendo i casi registrati come AS e determinando un'inevitabile sottostima dell'indicatore.

Per analizzare più approfonditamente il fenomeno sarebbe opportuno considerare anche altre variabili come, ad esempio, età della donna, parità, genere del parto (semplice o plurimo), tipo di parto (vaginale o cesareo), presentazione del feto, travaglio e, ovviamente, causa della natimortalità. A parte le informazioni su età e parità della donna, le altre sono disponibili solo nel flusso CedAP e non in quello degli AS. La fonte CedAP si conferma, quindi, fondamentale e preziosa per lo studio della salute riproduttiva in tutti i suoi molteplici aspetti. Il Ministero della Salute, in risposta alle crescenti esigenze conoscitive in questo ambito, ha emanato il nuovo decreto CedAP (11) che "si applica agli interventi sanitari relativi ai parti per i quali l'età gestazionale del feto è ≥ 22 settimane compiute (22 settimane + 0 giorni)". Con l'avvio del nuovo flusso, non sarà più necessario integrare due fonti, poiché per tutti i casi saranno disponibili le stesse variabili.

Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di un valore di riferimento, può essere assunto come tale il valore medio italiano.

Descrizione dei risultati

L'indicatore di natimortalità è stato calcolato per gli anni dal 2015 al 2023, mentre quello della mortalità perinatale fino al 2022 (ultimo anno attualmente disponibile per i dati sui decessi e cause di morte).

Nel 2023, in Italia si sono registrati 1.192 nati morti, con un tasso di natimortalità pari a 3,1 per 1.000 nati, un valore in diminuzione rispetto al 2015, quando il tasso era pari a 3,6 per 1.000. Analizzando il dato dello stesso anno per ripartizione geografica, si osserva che solo il Nord-Ovest presenta un tasso inferiore alla media nazionale (2,7 per 1000 nati), mentre in tutte le altre ripartizioni geografiche il valore risulta superiore (Grafico 1). Nel periodo considerato (2015-2023), tutte le aree del Paese hanno registrato una riduzione del tasso di natimortalità, seppur con intensità differenti: la flessione più marcata si osserva nel Nord-Ovest (-24,1%), seguito dal Sud e dalle Isole (-18,7%), mentre nel Nord-Est e nel Centro il calo è stato molto più contenuto (-2,6% e -3,8%, rispettivamente).

L'analisi territoriale per regione, riferita all'ultimo anno disponibile, evidenzia una marcata disuguaglianza.

Alcune regioni come Puglia e Calabria presentano valori elevati, rispettivamente, pari a 4,7 e 4,6 nati morti ogni 1.000 nati, mentre altre, come Molise e Valle d'Aosta, non hanno registrato alcun caso di natimortalità (Grafico 2). Il valore medio nazionale divide quasi equamente le regioni: 10 regioni presentano un tasso superiore alla media italiana, 10 risultano al di sotto e 1, il Lazio, presenta un tasso simile alla media italiana. Tuttavia, non emerge un chiaro gradiente geografico Nord-Sud ed Isole, come spesso accade in altri indicatori sanitari. Un dato inaspettato riguarda l'Emilia-Romagna, che registra un tasso relativamente alto (4,1 per 1.000 nati), mentre la Campania si distingue per un valore basso (1,7 per 1.000 nati).

L'analisi del tasso di natimortalità in Italia, disaggregata per classe di età materna (≤ 35 anni e > 35 anni) e ripartizione geografica, evidenzia una chiara associazione tra età materna avanzata e aumento del rischio di natimortalità. A livello nazionale, il tasso passa da 2,8 per 1.000 nati tra le donne con età ≤ 35 anni a 3,8 per 1.000 tra quelle di età > 35 anni, con un incremento del 34,5%. Questo andamento si conferma in tutte le ripartizioni territoriali, anche se con differenze di entità (Grafico 3). I valori più elevati per le madri > 35 si osservano nelle Isole (4,3 per 1.000), seguite da Nord-Est (4,0 per 1.000) e Sud (3,9 per 1.000). Il tasso più basso per le madri più giovani si registra nel Nord-Ovest (2,3 per 1.000), mentre il più alto si rileva nel Nord-Est (3,3 per 1.000).

Tra il 2015 e il 2022, il tasso di mortalità perinatale in Italia è passato da 5,1 a 4,4 decessi ogni 1.000 nati, evidenziando una progressiva, ma contenuta riduzione del fenomeno a livello nazionale (-12,4% in 8 anni) (Grafico 4). L'andamento territoriale mostra significative differenze tra le ripartizioni geografiche. Il Sud e le Isole hanno registrato per tutti gli anni, ad eccezione del 2022, il valore più elevato, sebbene in calo: da 5,6 per 1.000 nel 2015 a 4,6 per 1.000 nel 2022 (-17,9%). Il Nord-Ovest, dopo un iniziale calo, mostra una flessione più marcata a partire dal 2017. Il Nord-Est evidenzia oscillazioni, ma complessivamente un netto miglioramento, con un calo da 4,7 per 1.000 a 4,2 per 1.000 nel periodo osservato. Il Centro, dopo una fase altalenante, segna un aumento nel 2022 (4,8 per 1.000), tornando a valori simili a quelli del 2015. Nel 2022, la differenza tra le ripartizioni si è ridotta, con tassi che oscillano tra 4,2 e 4,8 per 1.000.

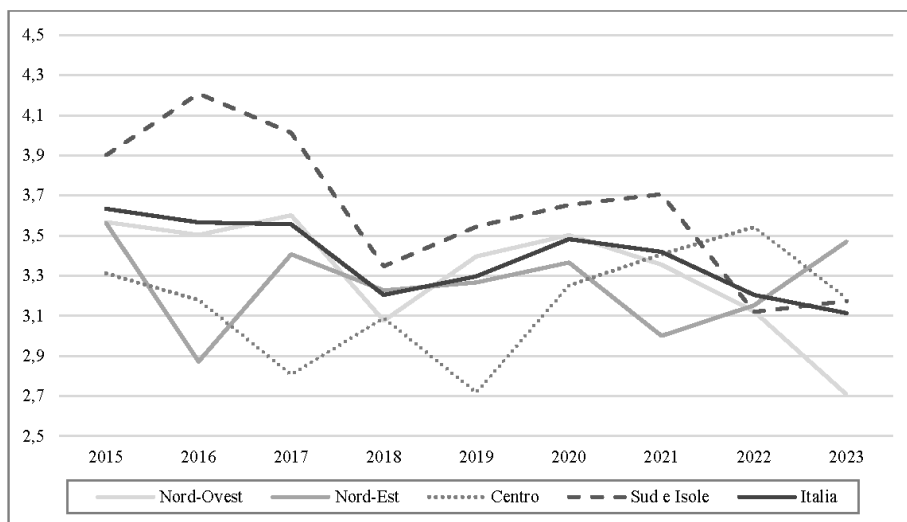
L'analisi per regione mostra disuguaglianze territoriali non riscontrabili dall'analisi per ripartizione geografica. I valori variano da 5,9 per 1.000 in Umbria e Lazio a 0,8 per 1.000 in Molise. Anche in questo caso non esiste un netto gradiente geografico Nord-Sud ed Isole: alcune regioni meridionali, come la Campania, hanno valori inferiori rispetto ad aree del Centro-Nord come Emilia-Romagna e Lombardia (3,8 per 1.000 vs 4,2 per 1.000) (Grafico 5).

Nel 2022 il tasso di mortalità perinatale, in Italia, è

risultato pari a 3,7 per 1.000 nati tra le madri di età ≤ 35 anni e a 4,7 per 1.000 tra le >35 , evidenziando un incremento del 26,5% associato all'età materna avanzata. Questa tendenza è simile in tutte le ripartizioni

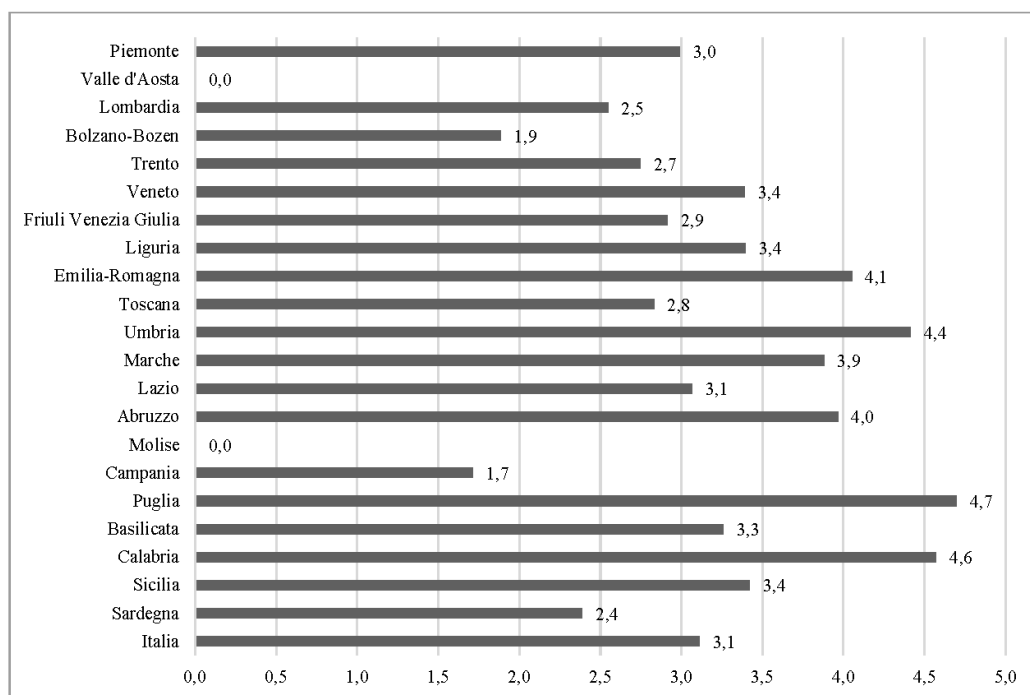
geografiche. Il valore più alto è per i bimbi delle donne >35 anni di età del Nord-Est (4,9 per 1.000), mentre il valore più basso è per i bambini delle donne ≤ 35 anni di età delle Isole (3,5 per 1.000) (Grafico 6).

Grafico 1 - Tasso (per 1.000 nati) di natimortalità per ripartizione geografica - Anni 2015-2023

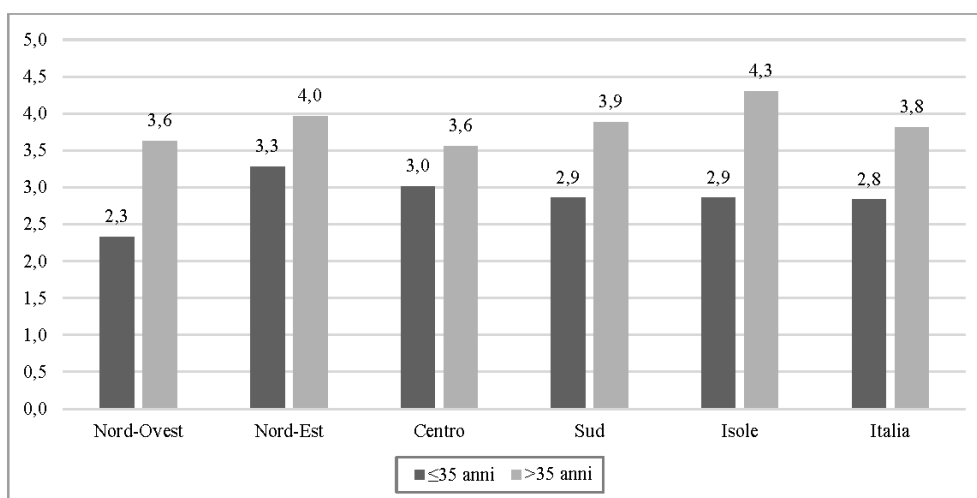


Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto. Anno 2024. Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

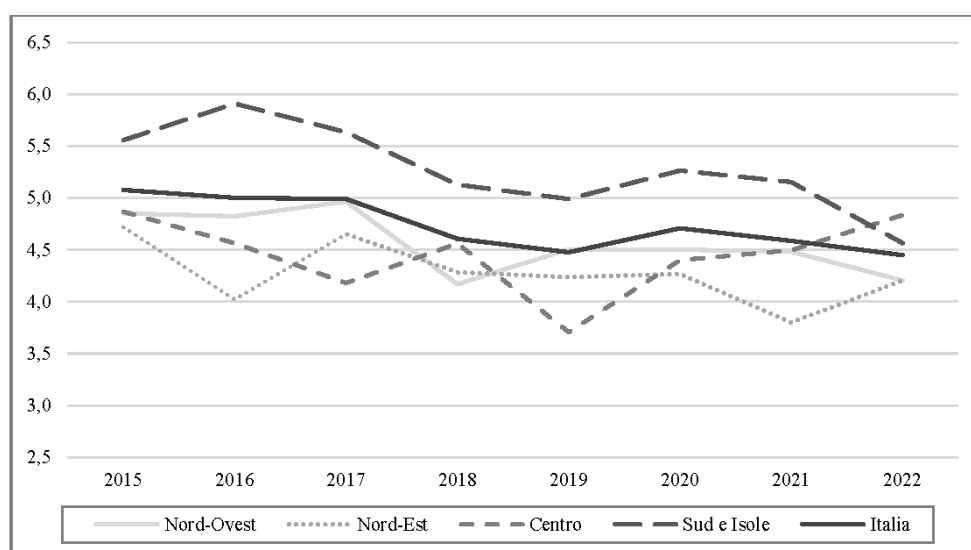
Grafico 2 - Tasso (per 1.000 nati) di natimortalità per regione - Anno 2023



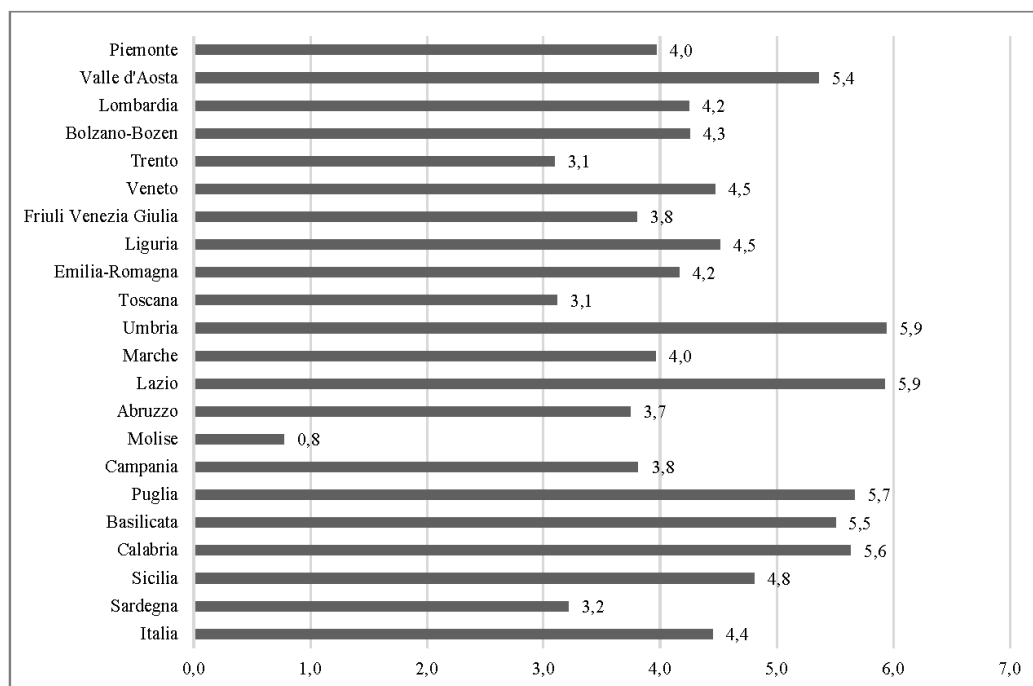
Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto. Anno 2024. Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

Grafico 3 - Tasso (per 1.000 nati) di natimortalità per ripartizione geografica e classe di età - Anno 2023

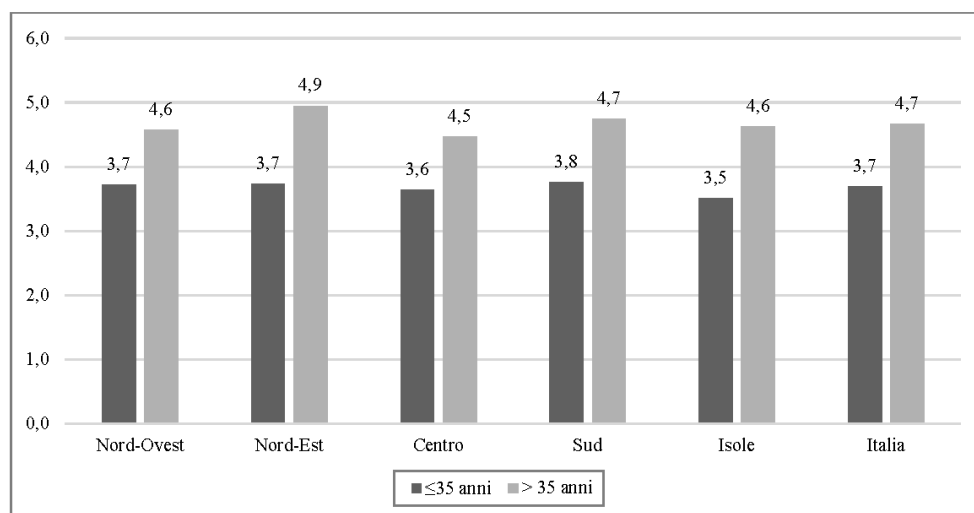
Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto. Anno 2024. Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

Grafico 4 - Tasso (per 1.000 nati) di mortalità perinatale per ripartizione geografica - Anni 2015-2022

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto. Anno 2024. Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

Grafico 5 - Tasso (per 1.000 nati) di mortalità perinatale per regione - Anno 2022

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto. Anno 2024. Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

Grafico 6 - Tasso di mortalità perinatale (per 1.000 nati) per ripartizione geografica e classe di età. Anno 2022

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto. Anno 2024. Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei tassi di natimortalità e mortalità perinatale in Italia evidenzia, nel complesso, un quadro positivo, con valori in diminuzione negli ultimi anni. Tuttavia, emergono persistenti disuguaglianze territoriali e criticità specifiche che richiedono attenzione. Sebbene il SSN garantisca mediamente buoni standard assistenziali in ambito perinatale, i dati suggeriscono la necessità di interventi mirati per ridurre le

disuguaglianze regionali e migliorare la presa in carico delle gravidanze a rischio, come nel caso delle gestanti con età >35 anni.

La necessità di uniformare gli indicatori di natimortalità e mortalità perinatale alle indicazioni internazionali dell'OMS è stata per anni oggetto di confronto tra esperti ed Enti di rilevazione (Istat e Ministero della Salute). La peculiarità del sistema italiano, che prevede due distinti flussi informativi per la rilevazione del-

le morti fetali, ha indotto i due Enti a condurre valutazioni non solo di natura statistica, ma anche legate alle implicazioni derivanti dalla “migrazione” dei casi di AS tardivo (>22 settimane di gestazione) come nati morti. Tali riflessioni hanno portato all’emanazione del nuovo Decreto CedAP (11).

Riferimenti bibliografici

- (1) Neonatal and Perinatal Mortality (WHO). Disponibile sul sito: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43444/9241563206_eng.pdf?sequence=1.
- (2) Ministero della Salute (2025), “Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell’evento nascita - Anno 2023”. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dellevento-nascita.
- (3) Indagine sui Decessi e cause di morte. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/4216.
- (4) Disponibile sul sito: <https://esploradati.istat.it/databrowser>.
- (5) Indagine sulle Dimissioni dagli istituti di cura per aborto

spontaneo. Disponibile sul sito:

www.istat.it/it/archivio/197015.

(6) Disponibile sul sito: www.who.int/health-topics/stillbirth#tab=tab_1.

(7) Baronciani D., Pregno S., Natimortalità: definizioni e ricadute epidemiologiche, Rapporto Osservasalute, 2005, p.205.

(8) Loghi M. et al., Natimortalità e abortività spontanea: definizioni e implicazioni epidemiologiche, Rapporto Osservasalute 2007, pp. 254-256.

(9) Disponibile sul sito: www.europeristat.com.

(10) Istat, Annuario Statistico Italiano - Anni vari. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/annuario+statistico+italiano.

(11) Gazzetta Ufficiale Serie generale n. 128 del 05-06-2025, DM del 5 maggio 2025 “Certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, di nati-mortalità ed ai nati affetti da patologie congenite”. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2025-06-05&atto.codiceRedazionale=25A03212&elenco30giorni=true.

Interruzione Volontaria di Gravidanza farmacologica in Italia

Dott.ssa Marzia Loghi, Dott.ssa Alessia D'Errico, Dott.ssa Alessandra Ronconi

In accordo con l'art. 15 della Legge n. 194/1978 ("Le regioni, d'intesa con le Università e con gli Enti ospedalieri, promuovono l'aggiornamento del personale sanitario ed esercente le arti ausiliarie sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza") nel 2009 è stato avviato in Italia l'utilizzo della metodica farmacologica per l'IVG, in alternativa a quella chirurgica. Tale metodica era già da anni presente in altri Paesi, ma in Italia l'iter di autorizzazione in commercio del mifepristone si è concluso il 30 luglio 2009, con il parere favorevole dell'AIFA. La diffusione a livello nazionale è avvenuta solo nel 2014, poiché le regioni hanno impiegato tempi differenti per organizzare la somministrazione del farmaco.

Ancora oggi, il ricorso all'IVG farmacologica varia sensibilmente tra le diverse regioni, sia in termini di numero di interventi, sia per il numero di strutture che offrono tale servizio, e ciò può dipendere anche da specifiche scelte organizzative a livello territoriale (vedere Indicatore "Abortività volontaria"). Si tratta di una metodica meno invasiva per le donne, che prevede la somministrazione del solo mifepristone (o in associazione con prostaglandine) e può essere effettuata entro e non oltre la nona settimana di gestazione, su indicazione medica. Una più recente circolare del Ministero della Salute, emanata il 12 agosto 2020, ha modificato le modalità di esecuzione dell'IVG farmacologica in Italia, estendendo il limite temporale per l'IVG, che in precedenza doveva essere effettuata entro 49 giorni (corrispondenti a 7 settimane di gestazione). Inoltre, l'intervento può essere eseguito, oltre che in regime ospedaliero (RO o DH), anche presso "strutture ambulatoriali pubbliche adeguatamente attrezzate, funzionalmente collegate ad un Ospedale e autorizzate dalle regioni, nonché presso i Consultori". Il secondo farmaco può anche essere consegnato alla donna per una successiva autosomministrazione a domicilio. Queste nuove disposizioni hanno richiesto una revisione del flusso informativo e del questionario di rilevazione, attività attualmente svolta dall'Istat in collaborazione con l'ISS ed il Ministero della Salute.

Nonostante la circolare sia stata emanata nel 2020, sono ben poche le regioni che hanno iniziato a offrire l'IVG farmacologica in Ambulatori e/o Consultori (Tabella 1).

Nel 2020 solo la Toscana ha effettuato IVG farmacologiche in ambulatorio; tuttavia, il flusso informativo non era ancora strutturato per distinguere questi casi da quelli effettuati negli istituti di cura, pertanto non è possibile conoscerne l'ammontare.

Nel 2021 alla Toscana si aggiunge il Lazio. In Toscana risultano attivi 23 Ambulatori, che hanno effettuato il 64,1% di tutte le IVG farmacologiche della regione. Nel Lazio sono attivi 4 Consultori e 1 Ambulatorio, che coprono l'1,7% dell'offerta di IVG farmacologica.

Nel 2022 in entrambe le regioni aumenta sia il numero di strutture (24 ambulatori per la Toscana, 5 Consultori e 2 Ambulatori per il Lazio) sia la percentuale di IVG farmacologiche (rispettivamente, 95,1% e 6,6%). Si aggiunge l'Emilia-Romagna con 44 interventi (pari all'1,1%) distribuiti in 4 Consultori e 1 Ambulatorio.

Nel 2023 le 3 regioni citate restano le uniche ad aver attivato percorsi ambulatoriali o consultoriali. La Toscana mantiene pressoché invariato il numero di Ambulatori (23) e raggiunge il 97,0% di IVG farmacologiche effettuate al di fuori del regime ospedaliero. Per il Lazio, il numero di strutture rimane invariato rispetto all'anno precedente, mentre la percentuale aumenta al 12,1%. Infine, l'Emilia-Romagna amplia l'offerta a 7 Ambulatori e 7 Consultori, arrivando a coprire il 25,3% delle IVG farmacologiche regionali.

I dati provvisori del 2024 confermano una tendenza in aumento nel numero di IVG farmacologiche effettuate in Ambulatori o Consultori, sebbene i casi restino ancora limitati alle medesime 3 regioni.

Il Lazio e l'Emilia-Romagna sono le uniche regioni che dispensano il misoprostolo per l'autosomministrazione a domicilio.

La Toscana non ha attivato l'offerta presso i Consultori ma solo negli Ambulatori, nonostante la circolare ministeriale del 2020 abbia di fatto "superato" l'interpretazione restrittiva dell'art. 8 della Legge n. 194, che cita "Nei primi novanta giorni gli interventi di interruzione della gravidanza dovranno altresì poter essere effettuati, dopo la costituzione delle unità socio-sanitarie locali, poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati, funzionalmente collegati agli Ospedali ed autorizzati dalla regione", non riportando quindi i Consultori.

Si rileva, quindi, un lento adeguamento delle regioni e delle PA alle nuove disposizioni del Ministero della Salute, che dovrebbero facilitare l'accesso all'IVG farmacologica e migliorare l'equità nell'erogazione del servizio.

Nell'ambito del progetto "Interventi per il miglioramento della qualità dei dati, dell'offerta e dell'appropriatez-

za delle procedure di esecuzione e della divulgazione delle informazioni sull’Interruzione Volontaria di Gravidanza”, approvato dal Ministero della Salute nell’ambito del programma CCM 2022 e coordinato dall’ISS, uno degli obiettivi era la redazione di istruzioni operative per l’implementazione dell’IVG farmacologica in ambito ambulatoriale. Tale documento è disponibile *online* e costituisce un utile riferimento normativo per l’attivazione del servizio da parte delle regioni.

Tabella 1 - Ambulatori (valori assoluti), Consultori familiari (valori assoluti), Interruzioni Volontarie di Gravidanza farmacologiche (valori assoluti e valori per 100) in alcune regioni - Anni 2021-2024

Regioni	N Ambulatori	N Consultori familiari	N IVG farmacologiche	% IVG farmacologiche ^b
<i>Anno 2021</i>				
Toscana	23	n.d.	1.588	64,1
Lazio	1	4	65	1,7
<i>Anno 2022</i>				
Emilia-Romagna	1	4	44	1,1
Toscana	24	n.d.	2.400	95,1
Lazio	2	5	262	6,6
<i>Anno 2023</i>				
Emilia-Romagna	7	7	1.104	25,3
Toscana	23	n.d.	2.719	97
Lazio	2	5	523	12,1
<i>Anno 2024^a</i>				
Emilia-Romagna	10	9	2.157	48,9
Toscana	23	n.d.	2.814	99,3
Lazio	3	5	569	12,7

n.d. = non disponibile.
Note: per IVG farmacologica si considerano le voci “Solo mifepristone” e “Mifepristone più prostaglandine”.
^aIl dato del 2024 è da ritenersi provvisorio.
^bLa percentuale è stato calcolato considerando a numeratore le IVG farmacologiche effettuate in Ambulatori o Consultori e a denominatore il totale delle IVG farmacologiche.
Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2025.

Riferimenti bibliografici
(1) Ministero della Salute (2020), Aggiornamento delle “Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine”, Disponibile sul sito: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=75683&parte=1%20&serie=null.
(2) Istituto Superiore di Sanità. Interventi per migliorare la qualità dei dati, la prevenzione e l’appropriatezza delle procedure per l’IVG: il progetto CCM 2022. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/ivg/progetto-ccm-2022.

Salute della popolazione straniera

Una nuova parola sta entrando nel lessico di chi si occupa di immigrazione nel nostro Paese: “mitigazione”.

Questa parola non si riferisce al fenomeno migratorio in sé, in cui il linguaggio è fin troppo polarizzato tra chi ne apprezza la novità necessaria e chi ne fa emergere ipotetici conflitti e tensioni, bensì al ruolo dei migranti nello spaccato demografico del nostro Paese. La situazione, ormai da tempo evidente, mostra bambini che non nascono, donne in età fertile in drammatica riduzione, ultra 65enni e persone di 85 anni ed oltre in rapida, progressiva e significativa crescita (1).

L’immigrazione diventa quindi un elemento che può mitigare, appunto, tale situazione e rappresenta un fenomeno necessario da governare attentamente per farlo crescere in modo sano e integrato, da gestire per equilibrare le richieste di un mercato del lavoro condizionato da nuove tecnologie ma anche da antichi bisogni, per tamponare le risorse previdenziali ormai sbilanciate sul dare piuttosto che sull’avere e, non ultimo, per sostenere i nuovi scenari demografici e sociali (2).

Con questa visione prospettica, l’impegno del Rapporto Osservasalute nel continuare l’approfondimento dell’analisi del fenomeno migratorio in ambito sanitario, utilizzando un insieme consolidato di indicatori demografici ed epidemiologici che valutano le differenze a livello geografico e le tendenze in serie storica, contribuisce senz’altro all’identificazione di ambiti da presidiare con scelte e azioni per la tutela della salute di questo segmento di popolazione ormai determinante per l’intero Paese.

Come negli anni passati, abbiamo identificato nella popolazione composta da oltre 5 milioni di cittadini stranieri residenti, inclusi quelli con nazionalità di Paesi dell’UE, una parte strutturale inserita in un processo di integrazione sociale e lavorativa e altre parti, per così dire, contingenti, legate ai flussi migratori condizionati da situazioni globali di instabilità politica, ambientale ed economica.

Per la maggior parte delle analisi riportate di seguito, l’anno di riferimento più recente è il 2023, a eccezione dei dati di mortalità, aggiornati fino al 2022. Per la parte strutturale del fenomeno migratorio in Italia, il Rapporto Osservasalute ha articolato un *focus* sugli indicatori demografici complessivi e, in particolare, ha valutato alcuni ambiti della salute delle donne con cittadinanza straniera e del comportamento riproduttivo, declinati nell’analisi della qualità dell’assistenza in gravidanza, dei parti, dei nati vivi e del ricorso all’IVG.

Cerniera con la parte contingente è la consueta analisi dei ricoveri ospedalieri, con un approfondimento su alcune malattie infettive che, in questa Edizione del Rapporto Osservasalute, si sofferma su HIV, AIDS e tubercolosi, che possono essere espressione sia di condizioni di persistente marginalità sociale nel nostro Paese, sia di una migrazione forzata e condizionata, spesso, da violenza e disperazione.

Ancora una volta tutte le raccomandazioni evidenziano, direttamente o indirettamente, l’importanza di politiche attive di inclusione sociale e di tutele sanitarie, in termini di garanzia dell’accesso ai servizi, anche in ambito di prevenzione e di capacità effettiva di presa in carico dei bisogni di salute di questa popolazione.

Gli indicatori demografici confermano il rallentamento e, in parte, la stasi già evidenziati negli ultimi anni: la popolazione straniera residente in Italia, infatti, ormai da tempo si attesta intorno ai 5 milioni (5,2 milioni al 1° gennaio 2024, pari all’8,9% della popolazione residente in Italia).

A livello nazionale, Romania, Marocco e Albania costituiscono ormai da anni le tre comunità più presenti tra gli uomini. Per le donne, invece, le cittadinanze più rappresentative sono la Romania, l’Ucraina e l’Albania, con un generale aumento della comunità ucraina in tutte le regioni, anche in parte a seguito dei drammatici eventi bellici più recenti.

La distribuzione degli stranieri residenti sul territorio è abbastanza omogenea per nazionalità, seppure con specificità rilevanti. Malgrado gli evidenti segnali di invecchiamento, la struttura per età degli stranieri si differenzia ancora da quella degli italiani, con una consistente presenza di donne in età fertile e di minori che mettono alla prova l’accessibilità del sistema sanitario.

Se almeno in un primo momento il comportamento riproduttivo delle donne straniere residenti ha influenzato in misura parziale i livelli complessivi di fecondità registrati in Italia, nel corso degli ultimi 10 anni il loro contributo alla natalità si è pressoché fermato. Dal 2012 al 2023, infatti, si registra una diminuzione generale delle nascite, che ha interessato sia i nati da entrambi i genitori italiani sia quelli con almeno un genitore straniero. Nonostante tale diminuzione, in valore assoluto, nel 2023 poco meno di un nato ogni cinque ha la madre straniera, indipendentemente dalla cittadinanza del padre.

Complessivamente, nel 2023 si sono verificati 376.804 parti, di cui 71.571 (19,0%) da donne con cittadinanza dei Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm). Tale percentuale è decisamente più elevata nelle regioni del

Centro-Nord, dove si concentrano anche le maggiori presenze di stranieri: in Emilia-Romagna e in Liguria è pari, rispettivamente, al 30,0% e al 29,5%, seguite dalla Lombardia (28,0%).

Dal confronto tra il 2019 e il 2023 emergono, sia per le donne italiane sia per quelle straniere, segni di un comportamento riproduttivo sempre più posticipato. Questo risultato è particolarmente evidente per le donne straniere dei Pfp, che presentano un'età modale stabile e pari a 29 anni. L'età media al parto delle donne straniere è di 30,4 anni nel 2023, con un divario di 2,4 anni rispetto alle italiane, un valore che resta stabile rispetto al 2019. Se si considera la media delle età alla quale si diventa madri, il divario tra italiane e straniere sale a 3,2 anni, con un'età media alla nascita del primo figlio pari a 28,6 anni per le donne dei Pfp nel 2023. Considerando i parti dopo i 34 anni, età in cui aumenta il rischio di pre-termine e di aborto spontaneo, per le donne straniere provenienti dai Pfp tale quota è passata dal 23,2% nel 2019 al 26,4% nel 2023, mentre per le madri italiane arriva al 37,9%, dal 37,1% nel 2019.

Negli ultimi anni, dunque, si conferma un avvicinamento significativo tra i comportamenti riproduttivi delle donne straniere e quelli delle italiane.

Nel biennio 2022-2023, i nati vivi da donne dei Pfp sono risultati pari al 19,0% del totale dei nati vivi. La percentuale di neonati pre-termine, che presentano un rischio più elevato di mortalità, morbidità e compromissione dello sviluppo motorio e cognitivo nell'infanzia rispetto ai neonati nati a termine, tra le donne con cittadinanza straniera dei Pfp, è stata pari all'8,0%, mentre tra le donne italiane è stata pari al 6,6%. Per quanto riguarda i nati vivi gravemente pre-termine, i valori sono, rispettivamente, pari all'1,2% e allo 0,8%. Per il biennio 2022-2023, inoltre, si nota una lieve differenza nella quota di nati vivi sottopeso tra le donne italiane e quelle dei Pfp: 6,8% per le prime e 7,0% per le seconde, in lieve miglioramento. Con riferimento ai nati vivi fortemente sottopeso, si osservano valori pari allo 0,8% per le italiane e all'1,0% per le straniere.

La classe di punteggio Apgar a 5 minuti, utilizzata per individuare la percentuale di nati con sofferenza, con difficoltà e con valori normali, mostra valori elevati per quest'ultima modalità sia tra le donne italiane (99,3%) sia tra quelle con cittadinanza dei Pfp (99,0%).

Nel 2023, in Italia le IVG sono nel complesso 65.493 e confermano il consolidato andamento temporale di lungo periodo, che registra una riduzione già a partire dal 1982.

La percentuale di IVG effettuate dalle donne straniere residenti in Italia rispetto al totale negli anni 2010-2012 è aumentata costantemente fino al 34,0%. Successivamente, ha iniziato a decrescere lentamente, fino a raggiungere il 24,5% nel 2023.

Negli ultimi 10 anni, l'aumento della presenza straniera in Italia ha registrato un rallentamento, ma la maggioranza delle donne straniere continua a essere di nazionalità dei Pfp. La percentuale di IVG effettuate da queste donne è più elevata nel Nord e nel Centro, dove la loro presenza è maggiore rispetto al Meridione.

Nel 2023, si sono registrati quasi 8 milioni di ricoveri, in diminuzione dell'8,6% rispetto alla media del triennio 2017-2019. I ricoveri in regime ordinario, che rappresentano il 78,4% del totale, sono in calo del 9,4% rispetto al periodo prepandemico. Il 6% circa dei ricoveri totali è relativo agli stranieri con cittadinanza dei Pfp, senza variazioni significative negli anni.

I tassi grezzi di ospedalizzazione, pur non consentendo un confronto diretto tra italiani e stranieri, poiché sono caratterizzati da strutture per età molto diverse, forniscono comunque un'informazione rilevante sull'intensità del ricorso all'Ospedale. Nel complesso, i tassi di ricovero dei cittadini dei Pfp sono molto più bassi di quelli degli italiani (nel 2023, 79,9 per 1.000 residenti vs 132,3 per 1.000), ma presentano un'elevata variabilità tra i Paesi di cittadinanza: Cina e Filippine registrano i valori più bassi, rispettivamente, pari a 36,7 e 51,8 per 1.000; all'opposto, Albania e Marocco con valori, rispettivamente, pari a 114,6 e 98,3 per 1.000.

In questa Edizione del Rapporto Osservasalute si analizzano anche alcuni indicatori relativi alle malattie infettive (in particolare l'AIDS, l'HIV e la tubercolosi). Al di là della lettura puntuale dei dati, che mostrano una percentuale di diagnosi di malattia più elevata tra gli stranieri rispetto agli italiani per ogni patologia studiata, nel tempo si è evidenziata una riduzione dell'incidenza dei casi nella popolazione di riferimento. In particolare, si sottolinea come l'andamento dei tassi di incidenza dell'AIDS tra gli stranieri in Italia, testimoniato in precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, sia l'esempio di come il diritto di accesso alle cure, riconosciuto agli stranieri indipendentemente dallo *status* giuridico e dalle disponibilità economiche (avvenuto in Italia a partire dal 1995), possa migliorare sensibilmente le condizioni di salute, fino a invertire gli andamenti epidemiologici nazionali. Per quanto riguarda l'infezione da HIV, l'avvio di campagne specifiche di informazione sui comportamenti a rischio e sull'adozione di misure di prevenzione individuale, oltre al trattamento delle persone con HIV e alla riduzione della carica virale, ha contribuito a ridurre i tassi di incidenza registrati nell'arco di 10 anni.

È possibile estendere anche alla tubercolosi le considerazioni sull'effetto diretto delle politiche attive sull'offerta, sull'accessibilità dei servizi e sulla fruibilità delle prestazioni, anche in termini di prevenzione. Importante è il riferimento a strumenti strategici di *governance*, come le due Linee guida frutto della collaborazione tra l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle

malattie della Povertà, l'ISS e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (3, 4), assolutamente attuali, considerato l'incremento degli sbarchi nel 2023 rispetto all'anno precedente (157.652 vs 105.140; +49,9%), con quasi 140 mila persone accolte nelle strutture di accoglienza italiane al 31 dicembre 2023.

Sul versante della mortalità della popolazione con cittadinanza straniera, nel presente Capitolo sono illustrati i dati relativi all'Indagine dell'Istat sui decessi e sulle cause di morte per gli anni 1992-2022. Nell'intero arco temporale, l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 105 mila unità, con un andamento crescente degli eventi che registra una variazione percentuale media annua del +7,8% per i residenti, del +2,9% per i non residenti (+6,0% nel complesso). Tali aumenti sono decisamente più significativi per i decessi degli stranieri con nazionalità dei Pfp. Nel 2022 si sono registrati 11.458 decessi di cittadini stranieri in Italia, di cui 8.929 residenti (circa il 78% del totale) e 2.529 non residenti. Di questi, la quota di cittadini dei Pfp rappresenta quasi l'84%, pari a 9.604 decessi, di cui 7.823 residenti e 1.781 non residenti.

Con riferimento agli anni 2020, 2021 e 2022, sono stati presi in esame i consueti grandi gruppi di malattie e, in aggiunta, a partire dal 2020, il gruppo COVID-19, definito secondo le raccomandazioni dell'OMS. Con riferimento ai 3 anni del periodo 2020-2022, per gli stranieri di tutte le aree di cittadinanza, i tumori, le malattie del sistema circolatorio (nell'ambito delle cause naturali) e le cause violente rappresentano le cause principali di morte, sia per gli uomini sia per le donne di età 18-64 anni.

A differenza delle altre cause di morte, per i Paesi a sviluppo avanzato (Psa) si registra uno svantaggio delle donne nei tassi di mortalità per Tumore nel 2021, anno in cui la pandemia ha registrato una fase molto acuta (nel 2019, 3,1 e 3,2 per 10.000, rispettivamente, per uomini e donne; nel 2021, 3,6 e 4,3 per 10.000). Nel 2022, il tasso di mortalità per tumore torna a essere più elevato tra gli uomini (3,27 per 10.000 vs 2,94 per le donne). Nel 2020, sebbene i tassi di mortalità per tumore siano più elevati rispetto all'anno precedente, i valori risultano più elevati per gli uomini (5,1 vs 4,5 per 10.000 per le donne). Lo svantaggio femminile in termini di mortalità per tumore si registra nel 2022 anche tra i Paesi di più recente adesione all'UE (Pfp1) con tassi, rispettivamente, pari a 6,13 e 7,59 per 10.000 per uomini e donne.

In generale, i cittadini dei Pfp presentano tassi di mortalità più elevati rispetto a quelli dei Psa. Per i Pfp e i Pfp1, il gruppo delle malattie infettive e parassitarie si distingue per i tassi di mortalità più elevati rispetto agli italiani per entrambi i generi, valori che riflettono un'ampia varietà di progetti migratori, spesso caratterizzati da serie criticità già presenti nei Paesi di origine. Per quanto concerne la mortalità da COVID-19, si registrano tassi decisamente più elevati per gli uomini dei Pfp e dei Pfp1 rispetto ai Psa, ma con alcune differenze tra i livelli registrati nel 2020 (rispettivamente, 2,1 per 10.000 per i Pfp e 0,8 per 10.000 per i Pfp1) e nel 2021 (2,2 per 10.000 vs 2,5 per 10.000).

Nel 2022, i tassi di mortalità per COVID-19 sono decisamente più bassi. Per i Pfp e Pfp1 si registrano, nel complesso, valori pari a 0,5 e 0,7 per 10.000 abitanti; analogamente, per i Psa si registrano circa 0,2 decessi per 10.000. Gli italiani mostrano tassi di mortalità per COVID-19 pressoché analoghi tra il 2020 e il 2021, pari a 1,7 per 10.000 per gli uomini e 0,6 per 10.000 per le donne nel 2020, e a 1,7 e 0,7 per 10.000, rispettivamente, nel 2021. Nel 2022, anche per gli italiani, i tassi scendono a 0,9 per 10.000 per gli uomini e a 0,4 per 10.000 per le donne.

Sul piano politico, sia il 2023 sia il 2024 sono stati caratterizzati da un'intensa produzione di norme e indirizzi sul contrasto all'immigrazione irregolare e sull'accoglienza degli immigrati, non sempre bilanciate con l'assetto del diritto internazionale, il che ha provocato tensioni e arroccamenti ideologici, indebolendo alcuni percorsi di inclusione già avviati. Il dibattito è stato condizionato prima dalla "questione Albania" (*hotspot* nel porto di Shëngjin; un Centro di Trattenimento per Richiedenti Asilo, un Centro di Permanenza per il Rimpatrio e un mini-carceri a Gjader); successivamente, dalla legittimità e soprattutto dall'implementazione del Centro di Permanenza per il Rimpatrio in Italia, con particolare riferimento alle condizioni sanitarie (di accesso e di gestione) (5).

La reazione della società civile (6, 7) si è manifestata con il coinvolgimento della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri su aspetti deontologici (8, 9), nonché con sentenze della Corte Costituzionale e del Consiglio di Stato (10, 11), che ne hanno evidenziato i limiti e le criticità. In prospettiva, il nuovo Patto europeo su migrazione e asilo, che entrerà in vigore a metà del 2026, creerà un assetto normativo (con una Direttiva e nove Regolamenti) che certamente condizionerà l'ingresso di persone in fuga, mettendo a regime alcune prassi fortemente discutibili dal punto di vista del diritto, dell'organizzazione e anche del ruolo dei medici e della tutela sanitaria.

D'altra parte, l'ultimo periodo è stato caratterizzato anche da una programmazione finalmente lungimirante, che prevede un ingresso regolare nel nostro Paese, con una consistente previsione di flussi di immigrati per lavoro. Tuttavia, tale piano si è scontrato con meccanismi amministrativi e gestionali che hanno reso vani tali tentativi, con vari aggiustamenti in corso d'opera ancora non sufficienti, se non controproducenti, innescando percorsi irregolari e di sfruttamento.

L'immigrazione entra a pieno diritto nel Capitolo della "mitigazione" della crisi sociale e demografica

che stiamo vivendo, ma siamo consapevoli che se è necessaria, certamente non sarà comunque sufficiente; per tale motivo, non possiamo prescindere dal prestare attenzione alle politiche di ingresso, di integrazione e, anche, sul piano della tutela della salute individuale e collettiva, dalla promozione di politiche sanitarie attente e includenti come utile strumento di governo.

Riferimenti bibliografici

- (1) Maccheroni, C., N. Mignolli, R. Pace, and G. Venere. 2025. Older Adult Surge and Social Welfare Inequalities in Italy: The Impact of Population Ageing on Pensions and the Welfare System. *Populations*, 1, 9. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.3390/populations1020009>.
- (2) Arlotti, M., N. Dentico, S. Geraci, G. Maciocco, e E. Vischetti. 2025. Le sfide della demografia e le implicazioni per la salute e la sanità. Position Paper per le Giornate residenziali di politica sanitaria. Fiesole, Italia: LABOSS - Laboratorio su Salute e Sanità. Disponibile sul sito: www.saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2025/10/LABOSS-2025_Paper-Demografia_RRR.pdf.
- (3) Baglio, G., M. Marceca, e M.E. Tosti (coordinatori). 2017 (aggiornato nel 2023). I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza. Linea Guida Salute Migranti. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/LG_Migranti-web.pdf.
- (4) Baglio, G., M. Marceca, e M.E. Tosti (coordinatori). 2014 (aggiornato nel 2024). Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia. Linea Guida Salute Migranti. Disponibile sul sito: www.inmp.it/lg/LG_Tubercolosi.pdf.
- (5) Mazzalai, E., S. Caminada, D. Giannini, G. Marchetti, A. Angelozzi, F. Turatto, A. Jaljaa, C. De Marchi, A. Bellini, A. Gatta, S. Declich, M.L. Russo, and M. Marceca. 2025. A review of the living conditions in administrative detention centres for migrants in Italy from a public health perspective. *Discover Public Health*, Volume 22, N. 720. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1186/s12982-025-01039-x>.
- (6) Tavolo Asilo e Immigrazione (TAI). 2025. Oltre la frontiera. L'accordo Italia-Albania e la sospensione dei diritti. Disponibile sul sito: www.asgi.it/wp-content/uploads/2025/02/Rapporto-Albania_web_25-febbraio.pdf.
- (7) Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM. 2024. Appello per una campagna di presa di coscienza dei medici sulla certificazione di idoneità delle persone migranti alla vita nei CPR. Disponibile sul sito: <https://old.simmweb.it/per-associarsi/2-simm/1188-appello-per-una-campagna-di-presa-di-coscienza-dei-medici-sulla-certificazione-di-idoneità-delle-persone-migranti-alla-vita-nei-cpr>.
- (8) Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). 2024. Protocollo Italia-Albania sui migranti, il Comitato Centrale FNOMCeO: “La selezione dei migranti non è un processo di cura”. E, nei percorsi che coinvolgono i medici, “prevedere la presenza di figure adeguatamente formate”. Comunicato stampa. Disponibile sul sito: <https://portale.fnomceo.it/protocollo-italia-albania-sui-migranti-il-comitato-centrale-fnomceo-la-selezione-dei-migranti-non-e-un-processo-di-cura-e-nei-percorsi-che-coinvolgono-i-medici-preveder>.
- (9) Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). 2025. La FNOMCeO accoglie l'appello della SIMM sui CPR e diritto alla salute. Disponibile sul sito: <https://portale.fnomceo.it/la-fnomceo-accoglie-lappello-della-simm-sui-cpr-e-diritto-alla-salute>.
- (10) Corte Costituzionale. Sentenza N. 96/2025. Disponibile sul sito: www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2025/96.
- (11) Consiglio di Stato. 2025. Il Consiglio di Stato si pronuncia sui Centri di permanenza per il rimpatrio (Consiglio di Stato, sezione III, 7 ottobre 2025, n. 7839). Disponibile sul sito: <https://dirittifondamentali.it/2025/11/07/il-consiglio-di-stato-si-pronuncia-sui-centri-di-permanenza-per-il-rimpatrio-consiglio-di-stato-sezione-iii-7-ottobre-2025-n-7839>.

Stranieri in Italia

Significato. Il ruolo della popolazione straniera nella determinazione dei principali indicatori demografici è stato significativo negli ultimi decenni, fino a diventare una componente strutturale della popolazione residente nel nostro Paese. L’analisi dei dati relativi ai cit-

tadini stranieri residenti consente, oltre a quantificare il peso di tale segmento di popolazione sul totale dei residenti, ad esaminare la distribuzione della popolazione straniera per area di provenienza nelle diverse regioni e nelle PA.

Popolazione straniera

Numeratore

Popolazione straniera residente per macroarea di cittadinanza

Denominatore

Popolazione straniera residente

x 100

Validità e limiti. L’analisi della presenza straniera risente dei limiti propri delle fonti delle statistiche ufficiali a disposizione. Innanzitutto, non viene rilevata la presenza straniera irregolare. Occorre, inoltre, notare che vengono considerati stranieri esclusivamente coloro che hanno una cittadinanza diversa da quella italiana. Sono quindi esclusi da questo contingente coloro che, pur non essendo italiani per nascita, hanno concluso il processo di naturalizzazione, mentre sono incluse le seconde generazioni, ossia coloro che, seppure nati sul territorio nazionale, non hanno la cittadinanza italiana.

Descrizione dei risultati

Dall’analisi dei dati della Rilevazione dell’Istat “Popolazione residente comunale straniera per sesso e anno di nascita” al 1° gennaio 2024 emerge che i residenti con cittadinanza diversa da quella italiana sono poco più di 5,2 milioni e rappresentano l’8,9% della popolazione residente. Nella Tabella 1 sono riportati, per regione, l’ammontare (in migliaia) della popolazione straniera residente e la sua composizione percentuale per macroarea di cittadinanza. A livello nazionale, il 26,5% ha la cittadinanza di un paese dell’UE e il 19,8% di un Paese europeo non appartenente all’UE; nel complesso, si evince che quasi un cittadino straniero su due ha la nazionalità di un Paese europeo. La quota di cittadini africani è pari al 22,7%; il 23,4% dei residenti ha la cittadinanza dell’area asiatica e solo il 7,6% di un Paese del continente americano. La distribuzione degli stranieri residenti per macroarea di cittadinanza non è omogenea nelle diverse regioni: la presenza di residenti con cittadinanza di Paesi europei, ad esempio, è particolarmente elevata in Friuli-Venezia Giulia (61,1% del totale degli stranieri residenti in questa regione), nella PA di Bolzano (61,6%) e in Abruzzo (59,6%), mentre la presenza di residenti con cittadinanza di Paesi dell’America è decisamente più elevata in Liguria rispetto al resto dell’Italia (18,7%, vs un valore nazionale del 7,6%).

La Tabella 2 permette di analizzare la presenza straniera nelle diverse regioni, per singolo Paese di cittadinanza e per genere. In particolare, per ciascuna regione sono indicati le prime tre nazionalità per presenza e il relativo peso percentuale sul totale degli stranieri residenti. A livello nazionale, rumeni, marocchini e albanesi costituiscono ormai da anni le tre comunità più presenti tra gli uomini. Per le donne, invece, le cittadinanze più rappresentative sono la Romania, l’Ucraina e l’Albania, con un generale aumento della comunità ucraina in tutte le regioni. Le differenze regionali nella distribuzione degli stranieri residenti per Paese di cittadinanza non sono particolarmente marcate, ma si rilevano comunque eccezioni. Da un lato emerge la forte presenza della comunità tedesca nella PA di Bolzano (7,5% degli stranieri residenti uomini e 9,3% delle donne); dall’altro spicca la presenza delle donne ucraine, soprattutto in molte regioni del Mezzogiorno (sono la prima nazionalità in Campania con il 24,8%), delle donne dell’Ecuador in Liguria (la terza nazionalità più rappresentata, con il 9,6%), della comunità cinese che è la più rappresentata in Toscana (17,2% degli stranieri residenti uomini e 15,3% delle donne) e dei tunisini in Sicilia (15,6% degli stranieri residenti uomini e 9,0% delle donne). Nel Lazio, la Romania è la prima nazionalità, sia per gli uomini sia per le donne; come seconda e terza, invece, si collocano, per gli uomini, Bangladesh e India, e, per le donne, Filippine e Ucraina. Dalla Tabella 2 emerge anche che, in alcune regioni, le prime tre comunità rappresentano la maggioranza degli stranieri residenti, mentre in altre realtà territoriali si osserva un’eterogeneità più marcata. A livello nazionale, infatti, le prime tre nazionalità rappresentano il 34,8% del totale degli uomini stranieri residenti e il 38,3% di quello delle donne straniere residenti. In Valle d’Aosta, invece, le prime tre collettività degli uomini stranieri rappresentano il 51,5% del totale degli stranieri residenti. In Basilicata, per le donne straniere, le prime tre collettività rappresentano il 54,7%. Le albanesi, le tedesche e le rumene, pur essendo le tre comunità più numerose, rappresentano

il 28,7% delle straniere residenti nella PA di Bolzano. Anche la Lombardia si caratterizza per una spiccata eterogeneità nella presenza straniera per Paese di cittadinanza. Le prime tre nazionalità (Romania, Egitto e

Marocco per gli uomini; Romania, Ucraina e Marocco per le donne) rappresentano, rispettivamente, il 32,4% e il 30,2% degli stranieri residenti.

Tabella 1 - Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti, quota (valori per 100) di stranieri per macroarea di cittadinanza e stranieri (valori per 100) residenti sul totale dei residenti per regione - Situazione al 1° gennaio 2024

Regioni	Stranieri residenti	Quota di stranieri per macroarea di cittadinanza						Stranieri residenti/ totale residenti
		UE-28	Paesi europei non UE-28	Africa	Asia	America	Altro	
Piemonte	428,9	34,8	17,4	26,0	13,7	8,1	0,0	10,1
Valle d'Aosta	8,6	34,5	18,6	28,1	9,8	8,9	0,1	7,0
Lombardia	1.203,1	18,9	17,4	25,7	25,9	12,1	0,0	12,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>55,9</i>	<i>31,3</i>	<i>30,3</i>	<i>13,5</i>	<i>20,1</i>	<i>4,8</i>	<i>0,0</i>	<i>10,4</i>
<i>Trento</i>	<i>47,0</i>	<i>29,9</i>	<i>28,8</i>	<i>18,1</i>	<i>16,6</i>	<i>6,6</i>	<i>0,1</i>	<i>8,6</i>
Veneto	501,2	29,7	23,5	20,1	22,7	4,0	0,0	10,3
Friuli-Venezia Giulia	120,1	31,4	29,7	13,0	21,1	4,8	0,0	10,1
Liguria	155,6	19,5	23,1	22,5	16,2	18,7	0,1	10,3
Emilia-Romagna	561,0	22,0	25,2	27,0	21,7	4,1	0,0	12,6
Toscana	424,1	22,8	22,5	16,5	31,2	6,9	0,1	11,6
Umbria	88,6	32,0	26,7	20,9	12,0	8,4	0,1	10,4
Marche	132,0	24,3	24,9	20,4	23,7	6,7	0,0	8,9
Lazio	643,3	37,3	12,8	13,5	28,2	8,1	0,1	11,3
Abruzzo	85,8	32,6	27,0	20,2	13,7	6,4	0,1	6,8
Molise	13,2	29,1	13,6	30,3	17,7	9,2	0,1	4,6
Campania	263,7	19,1	22,9	25,9	27,5	4,6	0,0	4,7
Puglia	147,3	27,7	19,5	27,5	22,0	3,3	0,0	3,8
Basilicata	25,4	32,3	17,5	27,2	18,8	4,1	0,0	4,8
Calabria	99,9	35,8	13,1	27,7	19,1	4,3	0,0	5,4
Sicilia	196,9	28,9	9,5	35,6	22,3	3,7	0,1	4,1
Sardegna	52,0	33,1	13,7	25,1	21,9	6,1	0,2	3,3
Italia	5.253,7	26,5	19,8	22,7	23,4	7,6	0,0	8,9

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - IstatData. Anno 2025.

Tabella 2 - Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti e quota (valori per 100) delle prime tre cittadinanze sul totale dei residenti stranieri per genere e regione - Situazione al 1° gennaio 2024

Regioni	Stranieri residenti	Maschi						Stranieri residenti	Femmine					
		Cittadinanza							Cittadinanza					
		Prima	Seconda	Terza	Prima	Seconda	Terza							
Piemonte	212,2	Rom.	27,3	Mar.	12,4	Alb.	9,1 €	216,7	Rom.	33,4	Mar.	11,2	Alb.	8,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,0	Rom.	22,5	Mar.	19,7	Alb.	9,3 €	4,6	Rom.	30,1	Mar.	15,1	Ucr.	7,4
Lombardia	596,7	Rom.	13,1	Egi.	11,5	Mar.	7,7 €	606,5	Rom.	15,3	Ucr.	8,0	Mar.	7,0
Bolzano-Bozen	27,1	Alb.	13,6	Pak.	9,4	Ger.	7,5 €	28,8	Alb.	11,2	Ger.	9,3	Rom.	8,2
Trento	22,9	Rom.	19,9	Alb.	11,6	Pak.	10,9 €	24,1	Rom.	24,3	Alb.	10,1	Ucr.	8,7
Veneto	246,4	Rom.	23,3	Mar.	9,9	Cin.	7,5 €	254,8	Rom.	27,0	Mar.	8,2	Cin.	7,1
Friuli-Venezia Giulia	59,2	Rom.	19,0	Alb.	8,3	Ban.	8,0 €	61,0	Rom.	23,3	Ucr.	8,7	Alb.	7,9
Liguria	79,1	Alb.	14,0	Rom.	11,4	Mar.	11,2 €	76,6	Rom.	15,2	Alb.	12,6	Ecu.	9,6
Emilia-Romagna	273,3	Rom.	14,9	Mar.	11,1	Alb.	10,8 €	287,7	Rom.	19,1	Ucr.	10,1	Alb.	9,5
Toscana	206,1	Cin.	17,2	Alb.	14,1	Rom.	13,8 €	217,9	Rom.	19,6	Cin.	15,3	Alb.	12,4
Umbria	40,4	Rom.	20,9	Alb.	12,9	Mar.	11,4 €	48,2	Rom.	28,5	Alb.	10,7	Ucr.	8,8
Marche	63,4	Rom.	13,5	Alb.	11,4	Pak.	8,1 €	68,6	Rom.	21,3	Alb.	10,3	Ucr.	7,1
Lazio	317,4	Rom.	28,1	Ban.	10,0	India	6,4 €	326,0	Rom.	32,3	Fil.	7,6	Ucr.	6,1
Abruzzo	41,1	Rom.	21,5	Alb.	13,5	Mar.	11,1 €	44,8	Rom.	28,4	Alb.	12,1	Ucr.	8,3
Molise	7,1	Rom.	15,2	Mar.	10,4	Ban.	8,7 €	6,1	Rom.	28,9	Mar.	9,8	Ucr.	8,1
Campania	134,5	Mar.	12,1	Rom.	10,2	Ban.	9,6 €	129,2	Ucr.	24,8	Rom.	15,0	Mar.	7,0
Puglia	76,9	Rom.	14,8	Alb.	12,8	Mar.	8,9 €	70,3	Rom.	25,3	Alb.	14,3	Geo.	8,2
Basilicata	13,7	Rom.	20,6	Alb.	10,4	Ban.	8,5 €	11,7	Rom.	35,6	Alb.	11,8	Mar.	7,4
Calabria	50,7	Rom.	22,0	Mar.	16,4	India	5,5 €	49,2	Rom.	30,4	Mar.	13,6	Ucr.	10,6
Sicilia	105,7	Rom.	17,3	Tun.	15,6	Ban.	8,8 €	91,2	Rom.	29,7	Tun.	9,0	Mar.	7,0
Sardegna	24,9	Rom.	14,8	Sen.	13,7	Mar.	8,8 €	27,1	Rom.	27,4	Ucr.	9,5	Mar.	6,1
Italia	2.602,7	Rom.	18,0	Mar.	8,6	Alb.	8,2 €	2.651,0	Rom.	22,9	Ucr.	7,8	Alb.	7,6

Legenda: Alb.=Albania; Ban.=Bangladesh; Cin.=Repubblica Popolare Cinese; Ecu.=Ecuador; Egi=Egitto; Fil.=Filippine; Geo.=Georgia; Ger.=Germania; Mar.=Marocco; Pak.=Pakistan; Rom.=Romania; Sen.=Senegal; Tun.=Tunisia; Ucr.=Ucraina.

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - IstatData. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

La composizione per macroarea di cittadinanza degli stranieri residenti è mutata notevolmente nel tempo.

Da un lato ci sono le collettività storicamente presenti sul territorio nazionale, come quelle rumene, marocchine e albanesi; dall'altro, si evidenzia la presenza di molte altre nazionalità e la composizione territoriale risulta particolarmente articolata. Occorre sottolineare che, oltre alle caratteristiche socio-demografiche e a quelle specifiche legate alla cittadinanza di appartenen-

za, gli stranieri, nel complesso, presentano una struttura per età che si differenzia da quella dei residenti italiani, con evidenti conseguenze in termini di bisogni e di domanda di servizi sanitari (per approfondimenti si rimanda al paragrafo successivo “Nati da cittadini stranieri in Italia” e al Capitolo “Popolazione”).

È opportuno, quindi, che l'offerta di servizi sanitari a livello regionale tenga conto anche delle esigenze di questo eterogeneo sottogruppo di popolazione.

Nati da cittadini stranieri in Italia

Significato. Gli indicatori proposti permettono di evidenziare il contributo dei cittadini stranieri alla natalità in Italia. In particolare, vengono analizzate l'incidenza dei nati con un genitore straniero (distinguendo se è il padre o la madre) e quella dei nati da entrambi i genitori stranieri. Con riferimento a quest'ultimo contingente, si propone l'analisi delle macroaree di cittadinanza dei nati.

Nati da un solo genitore cittadino straniero

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Iscritti in Anagrafe per nascita con un genitore straniero}}{\text{Iscritti in Anagrafe per nascita}} \times 100$$

Nati con entrambi i genitori cittadini stranieri

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Iscritti in Anagrafe per nascita con entrambi i genitori stranieri}}{\text{Iscritti in Anagrafe per nascita}} \times 100$$

Validità e limiti. Il genitore straniero è colui/colei che, al momento dell'iscrizione in Anagrafe della nascita del figlio, ha una cittadinanza diversa da quella italiana. Di conseguenza non fanno parte di questo collettivo coloro che, seppure nati all'estero, sono cittadini italiani dalla nascita, né coloro che, pur non essendo italiani dalla nascita, hanno, nel corso del tempo, acquisito la cittadinanza italiana per matrimonio o altro motivo.

La Rilevazione degli Iscritti in Anagrafe per nascita dell'Istat rileva, tra le altre informazioni demografiche, anche la cittadinanza del nato. Come conseguenza della legislazione vigente in Italia, che si fonda sul principio giuridico dello *ius sanguinis*, la cittadinanza risulta straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (o italiana): in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce sul suolo italiano, come avviene in altri Paesi, bensì chi è figlio di almeno un genitore italiano.

Descrizione dei risultati

Negli ultimi decenni, il comportamento riproduttivo delle donne straniere residenti ha senz'altro contribuito a innalzare i livelli di fecondità, molto ridotti, registrati in Italia. Più di recente, tuttavia, il contributo delle straniere alla natalità si è progressivamente ridotto. Dal 2012 al 2023, infatti, si registra un calo generale delle nascite che ha interessato sia i nati da entrambi i genitori italiani sia quelli con almeno un genitore straniero (1). Nonostante tale diminuzione in valore assoluto, nel 2023 poco meno di un nato ogni cinque ha la madre straniera, indipendentemente dalla cittadinanza del padre (Grafico 1). Quest'ultimo indi-

Per ulteriori approfondimenti su questo tema si rimanda all'Indicatore "Fecondità della popolazione" (Capitolo "Popolazione"), dove i principali indicatori di fecondità (numero medio di figli per donna ed età media al parto) sono stati calcolati distintamente per le donne italiane, straniere e per il totale della popolazione residente.

catore era pari a meno di un nato ogni dieci (7,3%) nel 2001. È possibile osservare un ritmo di crescita analogo quando si considerano i nati con padre straniero; infatti, nel 2023 tale valore si attesta al 16,0% rispetto al 6,1% del 2001. I nati da entrambi i genitori stranieri rappresentano il 13,5% delle nascite. Tutti questi indicatori, dopo un periodo di forte crescita e poi di stazionarietà, hanno iniziato una fase decrescente, che tuttavia si è stabilizzata nel 2023.

A livello nazionale, nel 2023 il 5,3% dei nati ha la madre straniera e il padre italiano, mentre la quota di nati da madre italiana e da padre straniero è più contenuta (ma in crescita) e pari al 2,5% (Tabella 1). Le differenze regionali sono notevoli e ricalcano sostanzialmente la distribuzione territoriale della presenza straniera in Italia; di conseguenza, laddove la presenza straniera è più consistente, risulta più elevata anche l'incidenza dei nati da entrambi i genitori stranieri (o da un genitore straniero) sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita.

Le regioni in cui la quota di nascite da entrambi i genitori stranieri sul totale delle nascite è più elevata sono quelle del Nord, in particolare Emilia-Romagna (21,9%), Liguria (19,7%) e Lombardia (19,6%). Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati da entrambi i genitori stranieri risulta non solo inferiore al dato nazionale, ma anche molto contenuta (<10%), con un minimo in Sardegna (3,9%).

Nella Tabella 2, per ogni regione è riportata la composizione percentuale dei nati stranieri per macroarea geografica di cittadinanza. Nel complesso, nel 2023 la macroarea che contribuisce maggiormente alla natalità nel nostro Paese è quella europea: il 17,0% dei nati

stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE (la Romania in testa), mentre il 18,3% ha la cittadinanza di uno degli altri Paesi europei (soprattutto l'Albania). Anche l'apporto dell'Africa settentrionale alle nascite registrate in Italia è notevole (20,3% del totale dei nati stranieri), così come quello dell'Asia (25,5%) che risulta in aumento. All'opposto, il contributo alla natalità dei cittadini stranieri con nazionalità di altre macroaree è molto ridotto.

Il dato relativo all'Italia nel suo complesso, confrontato con i risultati a livello regionale, evidenzia la variabilità territoriale del fenomeno. Ad esempio, la quota di nati con cittadinanza dei Paesi dell'UE sul totale dei nati stranieri è particolarmente rilevante nel Lazio (27,0%), mentre in Liguria, confermando l'andamento degli anni precedenti, nel 2023 la presenza di nati con cittadinanza di uno dei Paesi dell'America centro-meridionale è estremamente elevata (15,1%) e supera di oltre tre volte il dato nazionale (5,0%).

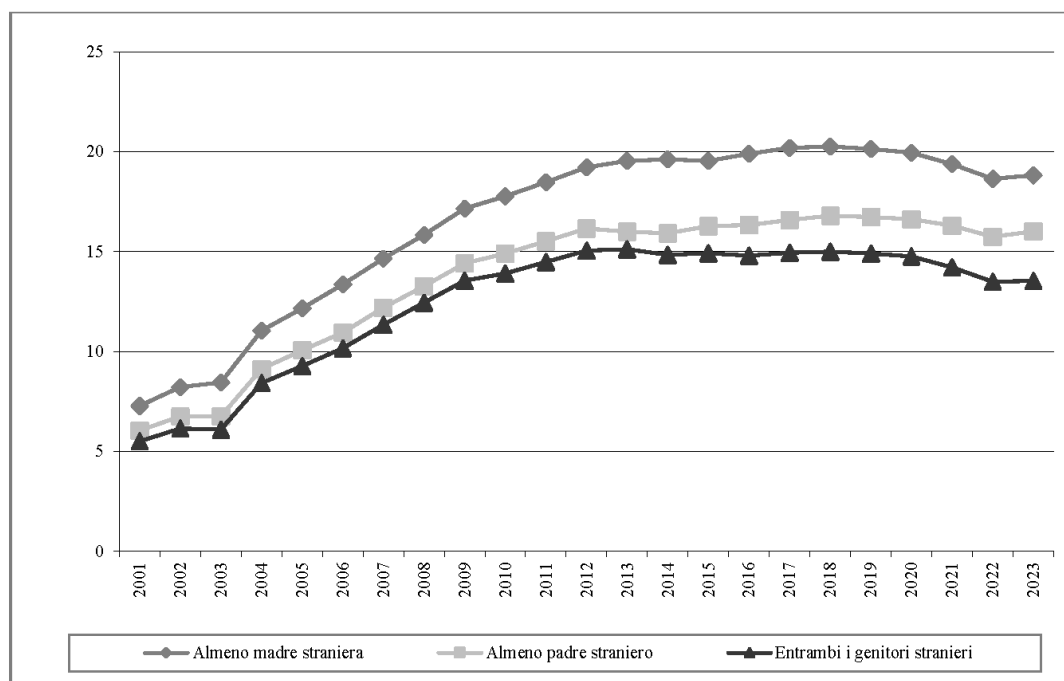
Occorre sottolineare, inoltre, che i dati aggregati per macroarea geografica di cittadinanza appiattiscono i comportamenti, spesso molto diversificati, delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si riscontrano comportamenti riproduttivi divergenti tra gli stranieri con il Paese di cittadinanza appartenente alla stessa macroarea geografica.

La Tabella 3 evidenzia i diversi contributi alla natalità delle nazionalità più presenti in Italia. Le prime dieci comunità rappresentano, da sole, il 63,3% di tutti gli

stranieri residenti e proprio a queste comunità è imputabile il 67,8% dei nati stranieri in Italia. Nel 2023, il 15,5% dei nati stranieri ha la cittadinanza rumena, che concentra il numero maggiore di residenti nel territorio nazionale (il 20,4% del totale degli stranieri). Al contrario, la comunità degli ucraini si caratterizza per un numero esiguo di nascite (1,8% del totale) rispetto a una percentuale più consistente tra i residenti in Italia (5,2% del totale degli stranieri). Il 7,0% dei nati stranieri ha la cittadinanza del Bangladesh; tuttavia, solo il 3,7% della popolazione straniera residente ha tale nazionalità. Tali differenze sono imputabili a una molteplicità di fattori: la struttura per età e genere delle singole comunità, la diversa propensione ad avere figli, la diversa diffusione dei matrimoni con cittadini italiani, i diversi progetti migratori. Negli ultimi anni, inoltre, questo indicatore è stato influenzato anche dalle naturalizzazioni. Se uno o entrambi i genitori hanno completato il relativo procedimento e ottenuto la cittadinanza italiana, i loro figli nati in Italia sono infatti esclusi automaticamente dal contingente degli stranieri, poiché sono italiani.

Nel 2023, oltre 213 mila stranieri hanno acquisito la cittadinanza italiana, un dato in forte crescita rispetto agli anni precedenti. Tale valore segna un incremento del 78,9% rispetto al 2021 ed è il più alto degli ultimi 13 anni. I nuovi cittadini italiani sono soprattutto albanesi e marocchini (2).

Grafico 1 - Incidenza (valori per 100) di nati da cittadini stranieri - Anni 2001-2023



Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - IstatData. Anno 2025.

Tabella 1 - Incidenza (valori per 100) di nati da un genitore straniero (madre straniera o padre straniero), da genitori entrambi stranieri e da genitori entrambi italiani per regione - Anno 2023

Regioni	Madre straniera e padre italiano	Madre italiana e padre straniero	Genitori entrambi stranieri	Genitori entrambi italiani
Piemonte	6,4	3,6	17,9	72,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,1	4,3	8,6	79,0
Lombardia	7,7	3,6	19,6	69,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>7,6</i>	<i>4,7</i>	<i>12,8</i>	<i>75,0</i>
<i>Trento</i>	<i>7,4</i>	<i>3,5</i>	<i>12,8</i>	<i>76,3</i>
Veneto	7,0	3,2	18,6	71,2
Friuli-Venezia Giulia	7,5	3,9	17,9	70,7
Liguria	7,1	3,8	19,7	69,4
Emilia-Romagna	7,7	3,7	21,9	66,8
Toscana	6,6	3,0	18,1	72,3
Umbria	7,3	3,7	14,3	74,8
Marche	6,0	2,5	14,3	77,3
Lazio	4,9	2,3	14,2	78,7
Abruzzo	5,1	2,4	10,0	82,5
Molise	4,1	1,4	5,8	88,7
Campania	2,0	0,6	5,3	92,0
Puglia	2,3	0,9	5,4	91,5
Basilicata	2,7	1,1	7,0	89,2
Calabria	2,7	0,7	5,9	90,7
Sicilia	2,4	1,1	5,1	91,4
Sardegna	3,3	1,3	3,9	91,5
Italia	5,3	2,5	13,5	78,7

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - IstatData. Anno 2025.

Tabella 2 - Quota (valori per 100) di nati stranieri per macroarea di cittadinanza per regione - Anno 2023

Regioni	Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro
Piemonte	22,4	17,2	23,5	18,3	13,1	5,3	0,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	22,6	11,3	35,5	12,9	14,5	3,2	0,0
Lombardia	13,1	14,3	25,4	11,0	27,1	8,9	0,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>10,3</i>	<i>36,3</i>	<i>10,3</i>	<i>10,0</i>	<i>29,1</i>	<i>4,0</i>	<i>0,0</i>
<i>Trento</i>	<i>16,7</i>	<i>28,5</i>	<i>13,0</i>	<i>16,5</i>	<i>21,9</i>	<i>3,5</i>	<i>0,0</i>
Veneto	22,8	19,4	16,5	14,0	26,0	1,1	0,2
Friuli-Venezia Giulia	18,9	28,5	7,0	12,4	30,2	2,9	0,1
Liguria	9,1	22,1	22,1	10,8	20,7	15,1	0,1
Emilia-Romagna	15,2	21,1	21,6	17,1	23,0	1,8	0,1
Toscana	12,0	27,8	14,6	12,6	27,9	5,0	0,2
Umbria	21,5	23,4	20,3	17,9	9,9	7,1	0,0
Marche	11,0	24,5	14,2	16,1	30,9	3,3	0,0
Lazio	27,0	11,8	10,3	9,5	35,6	5,6	0,2
Abruzzo	20,2	27,9	22,5	14,2	12,5	2,5	0,1
Molise	12,5	11,5	26,0	26,0	18,8	5,2	0,0
Campania	11,9	15,7	21,5	16,3	31,9	2,7	0,0
Puglia	17,5	19,5	20,1	21,5	20,6	0,7	0,0
Basilicata	20,5	21,8	18,6	22,7	15,0	1,4	0,0
Calabria	24,4	6,9	32,4	15,2	20,1	0,9	0,1
Sicilia	15,7	12,3	31,4	13,0	26,4	0,9	0,2
Sardegna	17,8	11,7	18,5	21,0	28,1	1,8	1,1
Italia	17,0	18,3	20,3	13,8	25,5	5,0	0,1

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - IstatData. Anno 2025.

Tabella 3 - Stranieri (valori per 100) residenti, stima (valori assoluti) di nati stranieri, nati (valori per 100) stranieri e differenza della stima del numero di nati stranieri (2015-2022) per le prime dieci cittadinanze - Anno 2023

Cittadinanze	Stranieri residenti (a)	Stima di nati stranieri	Nati stranieri (b)	Δ stranieri residenti e dei nati stranieri (b-a)
Romania	20,4	7.957	15,5	-5,0
Albania	7,9	5.822	11,3	3,4
Marocco	7,8	6.457	12,6	4,7
Cina	5,9	1.756	3,4	-2,5
Ucraina	5,2	901	1,8	-3,5
Bangladesh	3,7	3.610	7,0	3,3
India	3,3	2.786	5,4	2,2
Egitto	3,1	2.458	4,8	1,7
Pakistan	3,0	2.257	4,4	1,4
Filippine	3,0	901	1,8	-1,2
Altra	36,7	16.542	32,2	-4,6
Totale	100,0	51.447	100,0	

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - IstatData. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le nascite sono legate alla quota del numero di parti da donne di nazionalità diversa da quella italiana, che non può essere trascurata nella programmazione sanitaria. In diversi studi è emerso, infatti, che esistono differenze nelle prestazioni dell’assistenza in gravidanza e negli esiti alla nascita a seconda della cittadinanza o del Paese di nascita delle donne (3).

Riferimenti bibliografici

- (1) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2024. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2023. Statistiche Report. Disponibile sul sito: www.istat.it/comunicato-stampa/natalita-e-fecondita-della-popolazione-residente-anno-2023.
- (2) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2024. Cittadini non comunitari in Italia. Anno 2023. Statistiche Report. Disponibile sul sito: www.istat.it/comunicato-stampa/cittadini-non-comunitari-in-italia-anno-2023.
- (3) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2008. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anno 2005. Statistiche in breve.

Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia

Significato. L'ospedalizzazione degli stranieri è tra gli ambiti di maggiore rilievo per l'assistenza sanitaria della popolazione immigrata. Il monitoraggio del fenomeno nel tempo e nel territorio, in particolare dopo l'emergenza sanitaria dovuta al COVID-19, consente di evidenziare le disuguaglianze tra cittadini di paesi diversi rispetto agli italiani e le differenze nel

recupero delle ospedalizzazioni riprogrammate dopo la pandemia.

Anche in questa Edizione del Rapporto si effettuano confronti tra i cittadini provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) e quelli italiani, con dati del 2023 valutati rispetto alla media del periodo pre-pandemico (2017-2019).

Tasso di dimissioni ospedaliere di pazienti stranieri

Numeratore	Dimissioni ospedaliere di pazienti residenti in Italia per cittadinanza
Denominatore	Popolazione media residente in Italia per cittadinanza

x 1.000

Validità e limiti. La fonte dei dati è la SDO del Ministero della Salute, che raccoglie i dati relativi a tutti i ricoveri avvenuti in Italia, sia presso strutture ospedaliere pubbliche sia private.

La qualità di questa fonte è costantemente migliorata nel tempo; tuttavia, l'informazione sulla cittadinanza, utilizzata come criterio identificativo degli stranieri, presenta ancora alcune carenze evidenziate nella tabella con i dati regionali.

Le cittadinanze sono classificate in base sia all'insieme dei Pfp sia alle prime dieci per numero di residenti nel nostro Paese.

I tassi di ospedalizzazione sono calcolati considerando le persone straniere iscritte nelle liste anagrafiche comunali (residenti in Italia). Sono pertanto esclusi gli stranieri presenti ma non residenti e coloro che non sono in regola con le norme di soggiorno. I residenti, comunque, sono la componente maggioritaria tra gli immigrati, ancorché la più stabile in termini di permanenza nel territorio.

I dati dell'Istat relativi alla popolazione residente, utilizzati come denominatore, derivano dal Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni: i dati riferiti al 31 dicembre 2018 sono stati utilizzati per i tassi 2017-2019, mentre per i tassi 2023 è stata utilizzata la popolazione media.

I tassi std per età, con il metodo diretto, utilizzano come popolazione standard quella europea (Eurostat 2013).

Valore di riferimento/Benchmark. I tassi di ospedalizzazione dei cittadini stranieri dei Pfp, standardizzati per età, vengono confrontati con quelli dei cittadini italiani residenti.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, si sono registrati quasi 8 milioni di ricoveri, in diminuzione dell'8,6% rispetto alla media del triennio 2017-2019 (Tabella 1). I ricoveri in regime di RO, che rappresentano il 78,4% del totale, sono in calo del 9,4% rispetto al periodo pre-pandemico. Il 6% circa

dei ricoveri totali è relativo agli stranieri dei Pfp, senza variazioni significative negli anni.

I tassi grezzi di ospedalizzazione, pur non consentendo un confronto diretto tra italiani e stranieri, poiché caratterizzati da strutture per età molto diverse, forniscono comunque un'informazione rilevante sull'intensità del ricorso all'Ospedale. Nel complesso, i tassi di ricovero dei cittadini dei Pfp sono molto più bassi di quelli degli italiani (nel 2023, 79,9 per 1.000 vs 132,3 per 1.000), ma presentano un'elevata variabilità tra le prime dieci cittadinanze, con un range tra minimo e massimo pari a circa 78 ricoveri per 1.000 residenti: Cina e Filippine fanno registrare i valori più bassi, rispettivamente pari a 36,7 e 51,8 per 1.000; all'opposto Albania e Marocco con valori, rispettivamente, pari a 114,6 e 98,3 per 1.000.

Il confronto con i dati del triennio 2017-2019 mostra una diminuzione dei tassi grezzi di ospedalizzazione per i cittadini dei Pfp più marcata rispetto agli italiani (-19,1% vs -10,8%), in particolare per i cittadini della Cina, del Pakistan, dell'Egitto, dell'India e del Marocco (Tabella 1). Solo in corrispondenza dei ricoveri di cittadini dell'Ucraina si registra un aumento del valore assoluto dei ricoveri pari al 26,4% e del tasso riferito ai residenti pari all'1,9%.

Considerando i tassi std per età, si riduce il divario tra i cittadini dei Pfp e gli italiani (Tabella 2): nel 2023, il tasso dei primi è pari a 97,0 per 1.000 vs 127,4 per 1.000 degli italiani. La distanza si riduce ulteriormente per i RO con tassi rispettivamente pari a 78,9 e 98,5 per 1.000, mentre si accentua per i ricoveri in DH (18,1 vs 28,9 per 1.000). Non si osservano cambiamenti significativi rispetto al periodo pre-pandemico.

Le donne dei Pfp hanno tassi std di ospedalizzazione più simili a quelli delle italiane (109,4 vs 128,0 per 1.000), anche a causa dell'elevato numero di ricoveri legati alla gravidanza e al parto. Per le cittadine dell'Albania, del Bangladesh, dell'Egitto e del Pakistan i valori sono più alti rispetto a quelli delle donne italiane (Tabella 2). Al contrario, gli uomini dei

Pfpm si ricoverano meno (92,3 vs 129,0 per 1.000), con l'eccezione dei cittadini dell'Ucraina (131,5 per 1.000) e dell'Egitto, che, con un tasso di 185,7 per 1.000, registrano il valore più elevato del 2023, quasi 1,5 volte quello degli italiani.

I tassi std di ospedalizzazione nel 2023 confermano, inoltre, la maggiore diminuzione rispetto alla media 2017-2019 tra i cittadini stranieri (-12,7% vs -8,4% tra gli italiani), in particolare tra le donne (-13,7% vs -8,8%). La distribuzione dei tassi di ricovero per età mette in evidenza profonde differenze nelle classi di età feconda (15-49 anni), con valori più elevati e spostati verso le età più giovani per le donne straniere, per gli eventi connessi con la maternità; dai 50 anni in poi, invece, i tassi di ricovero in regime di RO delle donne italiane sono costantemente più alti (Grafico 1). Per gli uomini, il vantaggio dei cittadini dei Pfpm (tasso std in RO nel 2023 pari a 76,4 per 1.000, rispetto a 100,6) è dovuto a livelli di ospedalizzazione più contenuti rispetto a quelli degli italiani a tutte le età, soprattutto nelle classi più elevate (Tabella 2).

Nelle regioni, nel 2023 l'incidenza dei ricoveri di cittadini stranieri dei Pfpm sul totale dei ricoveri ospedalieri varia da un minimo del 1,7% in Sicilia a un massimo dell'8,7% in Emilia-Romagna, con un gradiente geografico che si è mantenuto piuttosto stabile nel tempo. La minore ospedalizzazione dei cittadini dei Pfpm rispetto agli italiani è comune a tutte le regioni. Tuttavia, nelle regioni del Centro-Nord il divario è più

contenuto, mentre nel Mezzogiorno si osserva un divario molto ampio, con tassi std di ospedalizzazione degli stranieri pari a oltre la metà di quelli degli italiani in Molise, Campania, Calabria e Sicilia. Il confronto con la media 2017-2019 mostra tassi inferiori rispetto a quelli precedenti l'emergenza sanitaria in tutte le regioni e, sebbene con intensità diversa, sia per gli stranieri sia per gli italiani (Tabella 3).

Tra gli adulti, nel 2023 le diagnosi principali più frequenti nei ricoveri in regime di RO dei cittadini dei Pfpm e dei cittadini italiani appartengono al gruppo delle malattie del sistema circolatorio, sia per gli uomini sia per le donne (escludendo i ricoveri per gravidanza e parto) (Tabella 4). Per gli uomini dei Pfpm, la seconda causa di ricovero è rappresentata dalle malattie del sistema respiratorio, seguite da quelle dell'apparato digerente, dai tumori, dai traumatismi e dagli avvelenamenti. La seconda causa per gli italiani è rappresentata dai tumori, seguiti dalle malattie dell'apparato digerente, da quelle dell'apparato respiratorio, dai traumatismi e dagli avvelenamenti. Per le donne dei Pfpm, escludendo gli eventi riproduttivi e le malattie del sistema circolatorio, le patologie più frequenti riguardano i tumori e le malattie dell'apparato digerente; per le italiane, invece, oltre ai tumori, si riscontra un'elevata ospedalizzazione per traumatismi e avvelenamenti. Rispetto al triennio 2017-2019, si osserva una generale riduzione dei tassi di ricovero per entrambe le cittadinanze.

Tabella 1 - Dimissioni (valori assoluti e tasso per 1.000) ospedaliere di pazienti e variazione (valori per 100) per cittadinanza e regime di ricovero - Media 2017-2019, anno 2023

Regime di ricovero e Cittadinanza	Valori assoluti		Tassi grezzi		Δ % rispetto media 2017-2019	
	Media (2017-2019)	2023	Media (2017-2019)	2023	Valori assoluti	Tassi grezzi
Totale	8.703.367	7.958.907	144,4	132,7	-8,6	-8,1
Regime ordinario	6.888.879	6.242.335	114,2	104,0	-9,4	-8,9
Regime diurno	1.814.488	1.716.572	30,2	28,7	-5,4	-4,9
Italiani	8.138.012	7.424.107	148,3	132,3	-8,8	-10,8
Regime ordinario	6.432.169	5.815.793	117,2	104,3	-9,6	-11,0
Regime diurno	1.705.843	1.608.314	31,1	28,0	-5,7	-9,8
Pfpm	518.356	486.732	98,8	79,9	-6,1	-19,1
Regime ordinario	417.413	386.521	79,3	63,3	-7,4	-20,1
Regime diurno	100.943	100.211	19,5	16,5	-0,7	-15,3
Prime 10 cittadinanze						
Romania	104.819	85.583	85,3	71,3	-18,4	-16,4
Albania	59.135	58.247	125,0	114,6	-1,5	-8,3
Marocco	54.447	46.751	128,3	98,3	-14,1	-23,4
Cina	18.787	13.979	61,8	36,7	-25,6	-40,7
Ucraina	21.780	27.520	81,8	83,4	26,4	1,9
India	15.154	16.067	99,7	74,9	6,0	-24,9
Filippine	9.799	9.356	60,6	51,8	-4,5	-14,6
Bangladesh	12.604	17.087	92,2	73,6	35,6	-20,2
Egitto	12.551	13.201	100,8	72,7	5,2	-27,9
Pakistan	13.131	13.404	107,2	71,0	2,1	-33,8

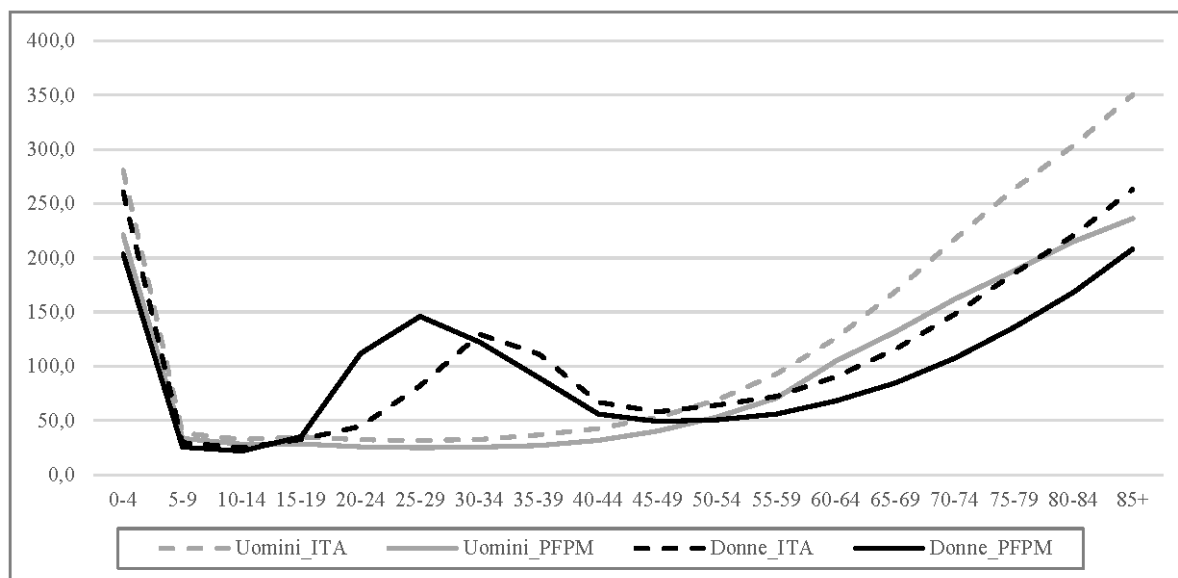
Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2025.

Tabella 2 - Dimissioni (tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti per genere, cittadinanza e regime di ricovero - Media 2017-2019, anno 2023

Regime di ricovero e Cittadinanza	M	Media 2017-2019 F	Totale	M	2023 F	Totale
Totale	138,5	140,2	138,0	126,6	126,7	125,4
Regime ordinario	109,6	109,4	108,3	99,1	97,7	97,4
Regime diurno	29,0	30,8	29,7	27,4	29,0	28,0
Italiani	140,4	140,3	139,1	129,0	128,0	127,4
Regime ordinario	110,5	109,1	108,7	100,6	98,3	98,5
Regime diurno	29,8	31,3	30,3	28,4	29,7	28,9
Pfpm	103,2	126,7	111,1	92,3	109,4	97,0
Regime ordinario	86,7	103,4	91,7	76,4	87,9	78,9
Regime diurno	16,5	23,3	19,4	15,9	21,4	18,1
Prime 10 cittadinanze						
Romania	101,1	111,6	103,3	95,1	96,7	92,3
Albania	118,3	144,5	130,9	117,4	140,4	127,9
Marocco	98,1	149,4	122,8	87,1	121,0	103,2
Cina	51,1	81,8	67,0	40,0	51,2	45,7
Ucraina	95,3	102,5	95,9	131,5	110,1	107,9
India	93,8	124,5	104,6	85,1	110,2	93,7
Filippine	57,7	78,6	68,8	57,8	67,6	61,9
Bangladesh	89,9	128,6	96,6	74,4	150,6	98,5
Egitto	245,4	248,4	235,0	185,7	165,8	165,7
Pakistan	116,6	173,1	129,4	82,7	138,8	94,5

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2025.

Grafico 1 - Dimissioni (tasso specifico per 1.000) ospedaliere di pazienti in regime di Ricovero Ordinario per genere e cittadinanza - Anno 2023



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2025.

Tabella 3 - Dimissioni (valori per 100 e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliero di pazienti per cittadinanza e regione di residenza - Media 2017-2019, anno 2023

Regioni	Media 2017-2019			2023		
	% Pfp sul totale	Tassi std Pfp	Tassi std italiani	% Pfp sul totale	Tassi std Pfp	Tassi std italiani
Piemonte	7,1	116,5	131,5	7,5	112,7	125,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,8	142,4	157,9	4,7	123,4	152,6
Lombardia	7,7	104,4	131,5	7,5	89,8	121,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>6,3</i>	<i>133,1</i>	<i>155,9</i>	<i>6,7</i>	<i>114,8</i>	<i>144,2</i>
<i>Trento</i>	<i>6,8</i>	<i>137,1</i>	<i>142,8</i>	<i>6,1</i>	<i>103,4</i>	<i>133,6</i>
Veneto	7,7	112,6	126,8	7,8	103,6	117,3
Friuli-Venezia Giulia	6,7	126,7	131,1	6,8	92,5	121,8
Liguria	6,0	129,1	153,9	7,1	123,5	143,8
Emilia-Romagna	8,5	119,5	141,2	8,7	108,9	130,7
Toscana	7,0	113,2	132,4	7,4	89,0	123,4
Umbria	7,2	126,9	142,4	6,9	100,9	133,5
Marche	6,8	136,0	140,8	6,6	112,9	129,3
Lazio	6,9	133,8	149,4	7,0	114,3	141,4
Abruzzo	4,3	121,7	145,7	4,4	104,5	134,0
Molise*	-	-	-	2,0	62,7	121,1
Campania	1,6	76,6	160,8	2,0	72,6	134,5
Puglia	1,9	91,9	129,6	2,1	78,9	114,0
Basilicata	2,1	89,6	137,4	2,5	85,8	126,5
Calabria	2,8	78,2	135,5	2,6	67,8	128,7
Sicilia	1,7	78,0	127,7	1,7	61,7	120,4
Sardegna*	-	-	-	-	-	-
Italia*	5,7	112,4	138,8	5,9	96,9	127,0

*I dati del Molise 2017-2019 e della Sardegna sono stati esclusi dalla tabella per problemi di qualità della variabile “cittadinanza”.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2025.

Tabella 4 - Dimissioni (tasso standardizzato per 1.000) ospedaliero di pazienti di età 18 anni ed oltre in regime di Ricovero Ordinario per genere, cittadinanza e diagnosi principale alla dimissione - Media 2017-2019, anno 2023

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi				Femmine			
	Tassi std Pfp		Tassi std italiani		Tassi std Pfp		Tassi std italiani	
	Media (2017-2019)	2023	Media (2017-2019)	2023	Media (2017-2019)	2023	Media (2017-2019)	2023
II - Malattie infettive e parassitarie	3,1	3,0	2,2	2,3	1,9	1,8	1,5	1,6
II - Tumori	9,2	7,8	13,0	11,6	8,7	8,3	12,0	11,7
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	1,7	1,3	2,0	1,6	2,0	1,8	3,0	2,8
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	0,7	0,6	0,9	0,6	0,9	0,6	0,9	0,6
V - Disturbi psichici	1,9	1,7	3,3	2,8	1,9	1,9	2,9	2,7
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	3,1	2,5	4,1	3,2	2,4	1,9	3,5	2,7
VII - Malattie sistema circolatorio	19,9	17,6	25,6	22,2	11,2	9,3	13,6	11,0
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	9,9	9,0	11,5	10,3	6,5	5,6	7,2	6,6
IX - Malattie apparato digerente	9,8	8,6	12,2	11,1	8,7	7,4	9,0	8,0
X - Malattie apparato genito-urinario	6,1	6,0	8,4	8,4	6,7	5,6	7,4	6,5
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	38,2	30,5	24,0	21,2
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	0,7	0,6	0,9	0,7	0,4	0,3	0,7	0,4
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	4,6	4,0	8,1	8,2	5,5	5,2	8,6	8,0
XIV - Malformazioni congenite	0,3	0,3	0,6	0,6	0,4	0,4	0,7	0,7
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	2,9	2,1	3,8	2,7	2,4	1,6	2,9	2,0
XVII - Traumatismi e avvelenamenti	7,7	7,2	10,4	9,6	6,0	5,6	9,1	8,6
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	4,1	3,4	5,5	5,0	4,7	4,5	6,1	5,6
Totale	85,6	75,6	112,3	101,0	108,6	92,2	113,0	100,7

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei ricoveri di cittadini dei Pfpn conferma la minore ospedalizzazione degli stranieri residenti rispetto agli italiani, già documentata nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute. Da un lato, i tassi di ospedalizzazione più bassi tra gli stranieri, anche al netto della diversa struttura per età, fanno ritenere che il cosiddetto effetto “migrante sano” (collettivo selezionato di persone che emigrano) persista. Tuttavia, va tenuto presente che gli indicatori si riferiscono esclusivamente agli stranieri residenti. Pur rappresentando la maggioranza, non si può escludere che, qualora fossero calcolabili per gli immigrati non residenti, gli stessi indicatori evidenzierebbero un quadro diverso, poiché la popolazione straniera non residente è un collettivo caratterizzato da elevata

instabilità, minore integrazione, maggiore presenza di situazioni di fragilità ed esposizione al disagio sociale ed economico.

L'analisi ha anche evidenziato una diminuzione dei tassi grezzi di ospedalizzazione rispetto al periodo pre-pandemico, più marcata tra i cittadini dei Pfpn rispetto agli italiani. Ciò può essere la conseguenza di maggiori difficoltà di accesso ai servizi ospedalieri o di una maggiore diffusione di ricoveri a rischio di gestione inappropriata (ridotti durante e dopo la pandemia).

Infine, l'approfondimento del fenomeno per singolo Paese di cittadinanza evidenzia un'elevata variabilità degli indicatori, indicando una spiccata eterogeneità all'interno del gruppo degli stranieri dei Pfpn e fornendo informazioni utili per finalità di salute pubblica.

Abortività volontaria delle donne straniere in Italia

Significato. Monitorare il ricorso all'IVG da parte delle donne straniere permette di disporre di dati utili alla definizione di politiche volte a promuovere la prevenzione delle gravidanze indesiderate nella popolazione di nazionalità non italiana, che, a causa di aspetti socio-culturali diversi in base al Paese di cittadinanza, rappresenta una sfida per i servizi e gli operatori sanitari.

La percentuale di IVG tra le donne straniere indica il loro contributo al fenomeno complessivo, mentre il tasso di abortività volontaria permette di stimarne l'incidenza e di descriverne la variabilità (andamento nel tempo, differenze per area di provenienza, per età etc.).

Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne con cittadinanza straniera

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne con cittadinanza straniera provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria
Denominatore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza
	x 100

Tasso di Interruzioni Volontarie di Gravidanza di donne con cittadinanza straniera

Numeratore	Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne residenti in Italia con cittadinanza straniera
Denominatore	Popolazione media femminile residente in Italia con cittadinanza straniera
	x 1.000

Validità e limiti. La condizione di donna straniera può essere definita in base alla cittadinanza o al Paese di nascita. La scelta di una delle due variabili può determinare differenze nelle stime, poiché, adottando il criterio della cittadinanza, si includono tra le straniere le donne di origine italiana che hanno acquisito la cittadinanza estera e si escludono quelle che hanno acquisito la cittadinanza italiana. Al contrario, adottando come criterio di selezione il Paese di nascita, si includono le cittadine italiane nate all'estero e si escludono le cittadine straniere nate in Italia.

In questo Rapporto, i tassi di abortività sono stati calcolati considerando la cittadinanza per gli anni 2003-2009, 2011 e 2013-2023, tenendo conto della disponibilità dei denominatori forniti dall'Istat.

Per migliorare la confrontabilità dei tassi di abortività tra le donne di diverse cittadinanze, i tassi sono stati standardizzati per eliminare le differenze dovute alle diverse strutture di età della popolazione.

Per approfondire gli aspetti generali dell'indagine sull'abortività volontaria, si rimanda al Capitolo "Salute materno-infantile", in particolare all'Indicatore "Abortività volontaria".

Valore di riferimento/Benchmark. I valori di riferimento relativi alla percentuale di IVG tra le donne straniere non sono disponibili, poiché la proporzione dipende in gran parte dalla presenza della popolazione straniera nella zona considerata. Per il tasso di abortività, invece, si può considerare come valore di riferimento quello relativo alle donne italiane, assumendo che la situazione ottimale sia l'assenza di dif-

ferenze nel ricorso ai servizi sanitari tra i due gruppi di donne.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, l'Istat ha notificato 65.493 IVG, rilevando una sottostima rispetto alle SDO per Liguria, Abruzzo, Calabria e Sicilia. Il dato conferma il consolidato andamento temporale di lungo periodo, che registra una riduzione del numero di aborti volontari a partire dal 1982 (Capitolo "Salute materno-infantile") (1, 2). La percentuale di IVG effettuate dalle donne straniere, dopo una prima fase di crescita fino agli anni 2010-2012, quando ha raggiunto il livello massimo del 34,0%, ha iniziato a decrescere lentamente, fino a raggiungere, dopo alcune oscillazioni, il 24,5% nel 2023. Negli ultimi 10 anni, l'aumento della presenza straniera in Italia ha registrato un rallentamento, ma la maggioranza delle donne straniere continua a essere di nazionalità dei Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm). La percentuale delle IVG effettuate da queste donne è più elevata nel Nord e nel Centro, dove la loro presenza è maggiore rispetto al Mezzogiorno (Tabella 1). Nel 2023, sono 6 le regioni che hanno una quota di IVG effettuate da donne dei Pfpm superiore al 30,0% (nel 2022 erano 8): Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Veneto e Piemonte. In Sardegna, Campania, Puglia e Sicilia si osservano invece i valori più bassi (inferiori al 10,0%).

Gli indicatori sono calcolati separatamente per tre raggruppamenti in base al Paese di cittadinanza delle donne: Pfpm, Paesi a sviluppo avanzato (Psa) e Italia. Questo consente di approfondire il fenomeno per

alcuni sottogruppi, disaggregando i tassi anche per le classi di età.

Come riportato nel Grafico 1, la diminuzione dei tassi di abortività volontaria prosegue in tutti i gruppi presi in esame; in particolare, nel 2023 si osserva una riduzione generale del 69,6% del tasso di IVG rispetto all'inizio del periodo di osservazione (2003) nel gruppo delle donne Pfp. Nonostante questo forte decremento, le donne dei Pfp mantengono livelli dell'indicatore significativamente più elevati rispetto a quelli degli altri due gruppi.

Per le donne italiane si conferma una riduzione dei tassi di abortività volontaria, assestati a 5,2 per 1.000 nel 2023, con un'ulteriore diminuzione del 31,0% rispetto al 2003, quando i livelli erano già molto contenuti. Anche per le cittadine dei Psa si registra questa tendenza, ma con un andamento più irregolare nel tempo, dovuto ai valori molto bassi.

La forbice tra i valori delle donne straniere dei Pfp e quelli delle donne italiane si è notevolmente ridotta nel tempo; nel 2003 le prime presentavano un valore 5,4 volte superiore a quello delle italiane; nel 2023 tale differenza scende a 2,4.

Poiché nel calcolo dei tassi si fa riferimento alle sole donne residenti, si può ipotizzare che la crescente integrazione delle donne straniere favorisca l'adozione di comportamenti simili a quelli delle donne italiane, con una maggiore consapevolezza delle opportunità di prevenzione delle gravidanze indesiderate e un accesso migliore ai servizi sanitari.

Il ricorso all'IVG si è spostato a età più elevate sia per le donne dei Pfp sia per le donne italiane: per le donne dei Pfp, il valore più alto del tasso passa dalla classe di età 20-24 anni nel 2013 (32,7 per 1.000) a quella 25-29 anni nel 2023 (20,4 per 1.000). Tra le italiane, nel 2013 il tasso di abortività volontaria presentava valori simili per le tre classi di età contigue: 20-24 (8,7 per 1.000), 25-29 e 30-34 anni (pari merito 8,6 per 1.000), mentre nel 2023 il valore più elevato si riscontra nella classe di età 30-34 anni (7,6 per 1.000). Queste differenze sono dovute principalmente al minore ricorso all'IVG nel tempo da parte delle donne più giovani, che mostrano un calo più significativo dei tassi, soprattutto tra le donne di età compresa tra 15-19 anni (-64,0% tra le straniere e -33,0% tra le italiane). Nel corso degli anni, a partire dal 2003, nelle prime cinque posizioni della classifica delle IVG per nazionalità delle donne si sono alternate diverse cittadinanze: la Romania, l'Albania e il Marocco hanno avuto una presenza continua, cui si sono aggiunte la Cina e, a partire dal 2016, la Nigeria (Rapporto Osservasalute 2023).

Con riferimento all'andamento 2003-2023 (non disponibile per la Nigeria), si conferma la decrescita dei livelli di abortività tra le donne rumene, albanesi, marocchine e cinesi. Per le prime, la riduzione del tasso std è di notevole entità, pari all'87,0%, anche se il

loro tasso iniziale era notevolmente superiore a quello stimato per le altre cittadinanze. Per le donne cinesi il tasso di abortività diminuisce del 73,0%, mentre per le marocchine e le albanesi rispettivamente del 56,0% e del 53,0%.

Prendendo in esame il periodo 2017-2023, è possibile considerare anche la variazione del tasso relativo alle donne nigeriane (Grafico 2): sono queste a presentare un considerevole decremento (-65,7%), spiegato anche dal fatto che il valore di partenza risulta molto elevato (71,5 per 1.000 nel 2017), praticamente uguale a quello delle donne rumene del 2003 (72,0 per 1.000). Dato che nel calcolo del tasso sono state considerate solo le IVG delle donne residenti in Italia, per omogeneità con il denominatore, che si riferisce alla popolazione femminile residente, si riscontra inevitabilmente il mancato conteggio delle IVG delle donne straniere non residenti, che si differenziano in base alla cittadinanza. Per le donne cinesi, ad esempio, questa quota risulta la più elevata, pari al 9,1% di tutte le IVG da loro effettuate nel 2023; seguono le nigeriane (7,6%), le marocchine (5,5%), le rumene (5,0%) e, infine, le albanesi (4,8%).

La nazionalità, italiana o straniera, comporta anche un accesso diverso ai servizi di IVG (Tabella 2). Mentre tra le donne italiane il 47,5% che effettua una IVG è senza figli, tra le straniere tale valore risulta notevolmente più basso (27,2%) in tutte le regioni. Ciò è dovuto almeno in parte al fatto che, tra le straniere, c'è una maggiore proporzione di donne con figli rispetto alle italiane.

Differenze per cittadinanza si riscontrano anche considerando le IVG precedenti: le donne straniere presentano valori percentuali molto superiori a quelli delle italiane (nel complesso, 30,8% vs 20,3%), in tutte le regioni, fatta eccezione per il Molise, dove le donne italiane superano le straniere (+2,2 p.p.). Nonostante tale percentuale sia diminuita nel tempo, è possibile intervenire per un'ulteriore riduzione, lavorando sulla prevenzione secondaria quando le donne si presentano per un'IVG. Le regioni che presentano almeno un terzo di IVG ripetute tra le donne straniere sono il Piemonte (33,1%), l'Umbria (33,3%), l'Emilia-Romagna (33,9%), la Valle d'Aosta (34,4%), la PA di Bolzano (35,7%), la Sardegna (36,3%), la Toscana (36,3%), la Liguria (36,4%) e, infine, la Puglia (37,2%).

Il ricorso alla procedura farmacologica dipende dalla sua disponibilità sul territorio, ma anche la conoscenza dei servizi e la loro accessibilità possono fare la differenza. Le donne straniere hanno più difficoltà a muoversi all'interno dei servizi sanitari, come dimostrano sia il minore utilizzo dell'IVG farmacologica (56,1% vs 59,4% tra le italiane), sia la minore quota di IVG effettuate precocemente (74,5% vs 76,2%), sia il maggiore ricorso al Consultorio per il rilascio della certificazione (53,9% vs 42,5%).

Analizzando la situazione delle regioni, si segnalano alcune problematiche meritevoli di attenzione. L'accesso alle IVG farmacologiche da parte delle donne straniere è inferiore di oltre 7 p.p. rispetto a quello delle italiane nelle seguenti regioni: Lazio, Campania, Marche, Valle d'Aosta e Lombardia. Questa distribuzione territoriale non è omogenea a quella della percentuale di IVG eseguite nelle prime nove settimane di gestazione. Le regioni in cui le straniere hanno livelli inferiori rispetto a quelli delle donne italiane di almeno 3 p.p. sono: Molise, Campania, Umbria e Toscana. Il ricorso al consultorio per ottene-

re la certificazione è superiore tra le donne straniere quasi ovunque; poche regioni fanno eccezione: la Toscana, la Valle d'Aosta, il Lazio, l'Abruzzo e la PA di Bolzano.

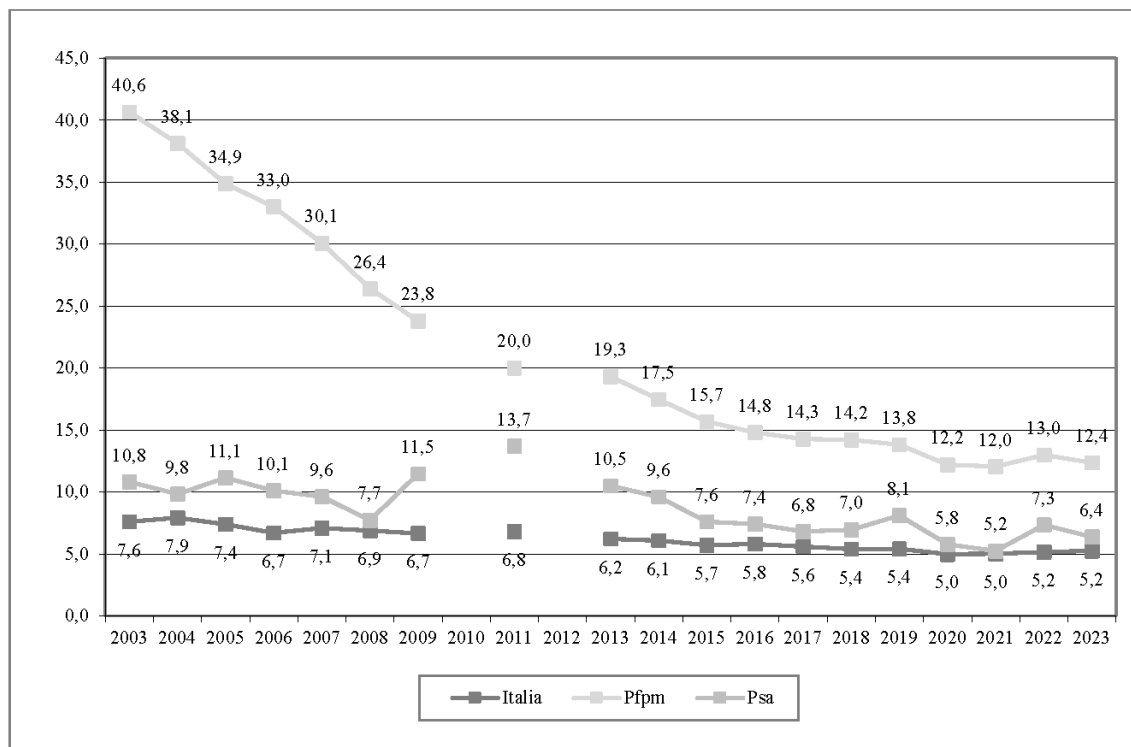
A livello nazionale, non risultano differenze nei tempi di attesa tra le cittadinanze: sia tra le italiane sia tra le straniere, poco più dell'80% delle IVG è stato effettuato entro 14 giorni dal rilascio della certificazione. Tuttavia, emergono differenze a svantaggio delle donne straniere (oltre 1 p.p.) soprattutto nelle seguenti regioni: la PA di Bolzano, la Puglia, la Toscana, le Marche e il Lazio.

Tabella 1 - Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valori per 100) effettuate da donne con cittadinanza straniera provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria per regione - Anni 2013, 2023

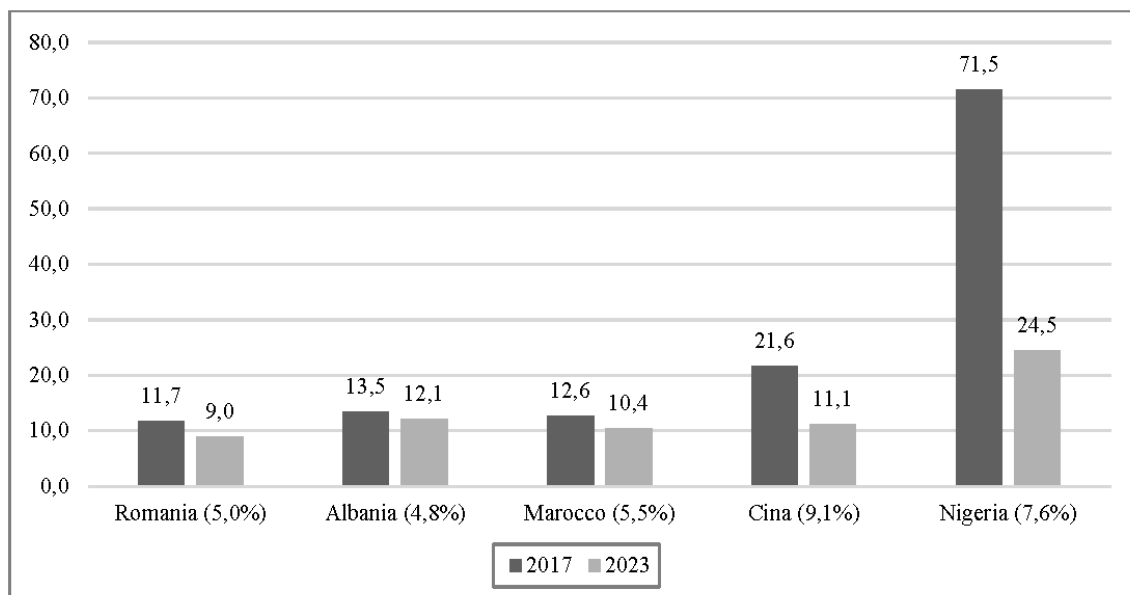
Regioni	2013	2023
Piemonte	37,4	32,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,2	20,6
Lombardia	39,5	34,3
Trentino-Alto Adige*	37,8	25,9
Veneto	43,8	32,4
Friuli-Venezia Giulia	36,3	27,7
Liguria	38,6	35,1
Emilia-Romagna	43,1	36,1
Toscana	39,8	32,8
Umbria	44,5	27,6
Marche	37,9	29,4
Lazio	32,8	25,7
Abruzzo	27,2	18,8
Molise	18,0	15,2
Campania	13,2	8,3
Puglia	11,0	8,9
Basilicata	12,9	10,4
Calabria	17,6	11,6
Sicilia	15,3	9,9
Sardegna	13,1	6,5
Italia	31,1	24,5

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2025.

Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anni 2003-2023

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2025.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per alcuni Paesi - Anni 2017, 2023

Nota: la percentuale tra parentesi indica la quota di IVG effettuate nell'anno 2023 da donne non residenti in Italia e, pertanto, escluse dal computo del tasso.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2025.

Tabella 2 - Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valori per 100) per cittadinanza, numero di figli e di Interruzioni Volontarie di Gravidanza precedenti, tipo di metodo, settimane di amenorrea, certificazioni in Consultorio e giorni di attesa per regione - Anno 2023

Regioni	Senza figli	IVG ripetute	Farmacologico	Entro 9 settimane settimane di amenorrea	Certificazione in Consultorio	Attesa fino a 14 giorni
Italiane						
Piemonte	53,0	21,3	75,4	79,7	61,3	90,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	60,6	15,2	70,3	87,7	21,2	81,2
Lombardia	53,6	18,1	50,5	70,0	47,4	70,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	52,6	19,8	49,4	66,7	2,8	80,9
<i>Trento</i>	52,7	18,7	73,8	77,6	75,2	80,6
Veneto	51,5	16,3	52,6	67,8	49,0	69,0
Friuli-Venezia Giulia	52,1	20,5	64,9	75,2	41,7	85,8
Liguria	52,3	26,0	77,7	80,6	52,2	79,8
Emilia-Romagna	53,4	21,5	76,9	83,5	71,0	92,7
Toscana	55,7	19,4	65,6	77,1	60,6	84,7
Umbria	49,1	19,4	70,2	74,0	52,6	77,9
Marche	52,1	18,8	40,0	72,9	69,8	76,4
Lazio	54,7	19,4	64,0	76,6	33,2	87,3
Abruzzo	44,8	23,4	53,4	81,5	46,0	82,4
Molise	49,5	18,9	82,5	92,5	15,1	91,0
Campania	36,9	19,9	47,9	78,4	33,8	76,6
Puglia	37,8	27,8	58,7	82,0	26,0	85,7
Basilicata	35,3	17,9	77,6	75,8	14,0	83,7
Calabria	37,0	19,3	78,3	83,6	42,7	86,1
Sicilia	34,5	18,2	45,1	70,2	20,3	74,6
Sardegna	46,8	18,6	51,2	70,5	12,4	84,6
Italia	47,5	20,3	59,4	76,2	42,5	80,9
Straniere						
Piemonte	30,1	33,1	74,8	79,5	69,6	92,3
Valle d'Aosta- Vallée d' Aoste	46,9	34,4	62,5	85,0	18,8	93,8
Lombardia	26,7	27,8	43,4	68,1	55,0	69,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	27,5	35,7	44,8	66,5	1,7	76,9
<i>Trento</i>	21,1	26,5	70,7	77,6	84,4	86,1
Veneto	25,5	25,4	48,3	68,0	50,7	68,6
Friuli-Venezia Giulia	26,0	27,6	62,9	79,8	46,2	85,9
Liguria	24,1	36,4	76,1	81,2	60,8	83,3
Emilia-Romagna	27,6	33,9	70,4	82,1	75,2	92,9
Toscana	32,2	36,3	58,8	73,6	55,0	82,0
Umbria	25,9	33,3	64,0	69,9	63,7	81,4
Marche	26,1	29,8	31,2	76,1	78,0	73,9
Lazio	33,0	29,9	54,6	74,2	31,7	86,3
Abruzzo	21,6	30,8	50,2	79,7	45,8	83,3
Molise	16,7	16,7	77,1	87,5	20,8	93,8
Campania	17,9	28,6	38,6	73,6	40,2	76,4
Puglia	20,8	37,2	57,9	80,5	37,1	81,7
Basilicata	18,9	24,5	73,6	80,8	15,1	83,0
Calabria	16,3	26,5	74,4	84,7	55,4	90,6
Sicilia	21,1	26,5	41,4	72,3	28,7	74,0
Sardegna	27,4	36,3	54,0	78,8	16,8	85,7
Italia	27,2	30,8	56,1	74,5	53,9	80,6

Nota: il numero di figli è determinato dal quesito “Numero di nati vivi precedenti”. Le percentuali sono state calcolate escludendo i casi in cui l’informazione mancava.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il decremento dei tassi di abortività tra le donne straniere, osservato negli ultimi anni, riduce il divario riscontrato in precedenza rispetto alle donne italiane. L'ulteriore diminuzione del tasso di abortività, anche tra le donne italiane, induce a pensare che la rivoluzione contraccettiva nel nostro Paese abbia registrato un avanzamento, soprattutto tra le più giovani, che hanno registrato la maggiore diminuzione dell'abortività volontaria. I tassi di abortività volontaria tra le donne straniere restano tuttavia elevati (sono ancora oltre il doppio rispetto a quelli delle donne italiane); è pertanto necessario continuare a monitorare l'andamento del fenomeno, tenendo conto delle diverse nazionalità e culture di origine, evidenziando i differenti comportamenti riproduttivi e valutando l'accessibilità e l'utilizzo dei servizi sanitari.

Nell'ambito del Progetto "Interventi per il miglioramento della qualità dei dati, dell'offerta e dell'appropriatezza delle procedure di esecuzione e della divulgazione delle informazioni sull'interruzione volontaria di gravidanza" (CCM 2022) (3), finanziato dal Ministero della Salute, coordinato dall'ISS e conclu-

sosi ad aprile 2025, è stato redatto un documento di sintesi destinato ai decisori e alle organizzazioni sanitarie. Questo comprende raccomandazioni per migliorare l'accesso e la fruizione dell'assistenza sanitaria da parte delle persone con un passato migratorio. È stato, inoltre, effettuato un censimento delle organizzazioni e delle reti nazionali dell'associazionismo e del terzo settore di riferimento per la popolazione straniera.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. 2024. Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza (Legge 194/1978). Dati 2022. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_3493_allegato.pdf.
- (2) Istituto Nazionale di Statistica. 2024. L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2023. Disponibile sul sito: <https://esploradati.istat.it/databrowser>.
- (3) Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica. 2025. Interventi per migliorare la qualità dei dati, la prevenzione e l'appropriatezza delle procedure per l'IVG: il progetto CCM 2022. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/ivg/progetto-ccm-2022.

Età al parto delle donne straniere in Italia

Significato. L'effetto positivo della popolazione straniera sulla natalità si riduce progressivamente nel tempo (1). Le cause alla base di questa contrazione sono diverse: cambiano i motivi di ingresso, dettati negli ultimi anni sempre più dall'emergenza, e, in generale, la popolazione straniera con una storia

migratoria più lunga tende nel tempo ad adottare comportamenti e stili di vita propri del Paese di arrivo. Il grado di maturazione della migrazione, inoltre, come testimoniato dall'aumento delle acquisizioni di cittadinanza, rende più complessa l'analisi della popolazione con *background* migratorio.

Età media delle madri al parto per cittadinanza

$$\text{Numeratore} = \Sigma (\text{Parti da madri di età } x) \times (\text{Età } x) \text{ per cittadinanza}$$

$$\text{Denominatore} = \text{Parti per cittadinanza}$$

Proporzione di parti per età della madre per cittadinanza

$$\text{Numeratore} = \text{Parti da madri in età } x \text{ per cittadinanza}$$

$$\text{Denominatore} = \text{Parti per cittadinanza} \times 100$$

Validità e limiti. Gli indicatori sono calcolati a partire dai dati dei CedAP del Ministero della Salute (2). Il CedAP viene compilato per ogni parto avvenuto in Italia presso i punti di nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. I dati sono trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute.

La fonte CedAP mostra un progressivo miglioramento della qualità nel tempo e, dal 2022, per il Molise è disponibile anche l'informazione relativa alla cittadinanza della madre, non presente fino al 2021.

L'analisi dei parti per età della madre è effettuata anche in riferimento alle prime dieci cittadinanze delle madri, selezionate in base al dato dell'Istat relativo alle donne residenti nel nostro Paese al 1° gennaio 2024.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori degli indicatori relativi alle donne straniere provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) vengono confrontati con quelli delle donne italiane.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, in Italia, su 376.804 parti, 71.571 (19,0%) sono riferibili a donne con cittadinanza dei Pfp. Tale percentuale è sensibilmente più elevata nelle regioni del Centro-Nord, dove la presenza straniera è maggiore: in Emilia-Romagna e in Liguria è pari, rispettivamente, al 30,0% e al 29,5%, seguite dalla Lombardia (28,0%) (Tabella 1).

La distribuzione percentuale dei parti per età della madre (Grafico 1), mostra due risultati rilevanti: da un lato, la curva relativa alle donne dei Pfp è distribuita su un range di età più ampio rispetto alle italiane; dall'altro, dal confronto tra 2019 e 2023, emerge per entrambi i gruppi di popolazione uno spostamento della curva verso le età più avanzate, segno di un com-

portamento riproduttivo sempre più posticipato. Tra il 2019 e il 2023, questo risultato è particolarmente evidente per le donne straniere dei Pfp, a partire dai 30 anni, che presentano un'età modale stabile e pari a 29 anni.

L'età media al parto delle donne straniere è di 30,4 anni, con un divario di 2,4 anni rispetto alle italiane, un valore stabile rispetto al 2019 (Tabella 1). Tale età media è più alta in Sardegna (31,4 anni), nel Lazio e nel Molise (entrambe 31,2 anni), e più bassa in Basilicata (30,0 anni), seguita dalla Lombardia (30,7 anni), dalla Puglia e dalla PA di Bolzano (entrambe 30,2 anni).

Se si considera la media delle età in cui si diventa madri, il divario tra italiane e straniere sale a 3,2 anni, con un'età media alla nascita del primo figlio pari a 28,6 anni per le donne dei Pfp nel 2023.

In Basilicata, Toscana e Liguria, la media delle età alla nascita del primo figlio delle italiane è superiore di oltre 4 anni rispetto a quella delle straniere.

Considerando i parti dopo i 34 anni, età in cui aumenta il rischio di parto pre-termine e di abortività spontanea, per le donne straniere provenienti dai Pfp tale quota è passata dal 23,2% nel 2019 al 26,4% nel 2023, mentre per le madri italiane arriva al 37,9%, in aumento rispetto al 37,1% del 2019.

Si conferma un significativo cambiamento dei comportamenti riproduttivi delle donne straniere negli ultimi anni, che si avvicinano sempre di più a quelli delle donne italiane. La quota di parti dopo i 34 anni tra le donne straniere è superiore al 30% in Sardegna (33,0%), in Molise (31,8%), in Valle d'Aosta (30,8%) e nel Lazio (30,4%).

I parti prima dei 20 anni costituiscono, invece, una quota residuale per entrambe le cittadinanze (nel

2023: 1,5% Pfp, 1,0% italiane). A livello regionale, la percentuale di parti di donne straniere dei Pfp prima dei 20 anni è superiore al 4% solo in Puglia (4,2%) (Tabella 1).

In corrispondenza delle prime dieci cittadinanze, nel 2023 si concentra il 10,6% di tutti i parti avvenuti in Italia; il 7,2% di tutti i parti riguarda le madri rumene, albanesi e marocchine, e rappresenta il 37,9% dei parti da donne straniere dei Pfp (Tabella 2).

Le classi di età in cui si concentra la quota più elevata di parti sono quelle 25-29 e 30-34 anni; solo per le polacche la percentuale più elevata di parti si osserva nella classe 35-39 anni. Tali differenze dipendono anche dall'ordine di nascita dei figli partoriti nel 2023. Tuttavia, le donne polacche risultano avere

un'età media elevata anche alla nascita del primo figlio (32,3 anni). Tra le prime dieci cittadinanze, escludendo le donne polacche, l'età media al primo figlio varia dal valore più basso di 27,1 anni delle albanesi, a 30,3 anni delle ucraine. Nella maggior parte dei casi i valori sono comunque superiori al dato medio del complesso dei Pfp. L'età media al parto è inferiore alla media di 30,6 anni solo per le madri albanesi (29,1 anni) e superiore per le altre nove cittadinanze. La quota di donne che partoriscono prima dei 20 anni è più alta tra le rumene (3,1%) e le peruviane (2,0%); tra le donne polacche e filippine, invece, partoriscono dopo i 34 anni, rispettivamente, il 46,3% e il 37,9%, percentuali superiori a quelle delle italiane (37,8%).

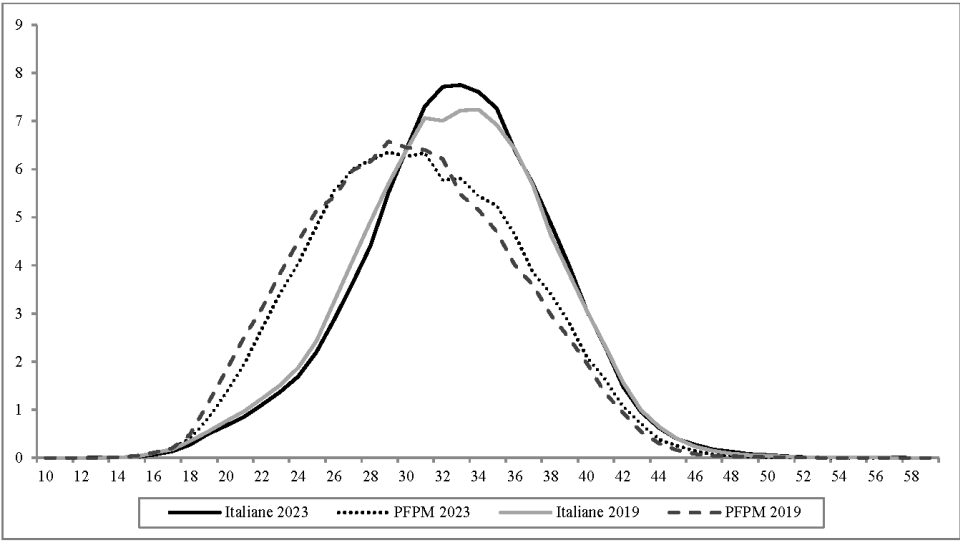
Tabella 1 - Età media (valori in anni) delle madri al parto e al primo figlio e parti (valori per 100) per cittadinanza della madre e regione di evento - Periodo 2019-2023

Regioni	% Parti da madri dei Pfp	Età media al parto		Età media al primo figlio		% Parti da madri <20 anni		% Parti da madri ≥35 anni	
		Pfp	Italiane	Pfp	Italiane	Pfp	Italiane	Pfp	Italiane
Piemonte	26,0	30,6	32,9	28,5	32,0	1,2	0,7	26,5	37,6
Valle d'Aosta	15,1	30,9	32,6	29,1	31,6	2,9	0,2	30,8	33,6
Lombardia	28,0	30,7	33,3	28,6	32,3	1,4	0,5	27,0	40,4
Bolzano-Bozen	19,3	30,2	31,8	28,0	30,5	1,0	0,6	22,7	28,9
Trento	22,5	30,7	32,7	28,3	31,4	1,5	0,4	25,4	35,6
Veneto	26,3	30,6	33,1	28,4	32,0	0,9	0,6	25,6	39,1
Friuli-Venezia Giulia	24,3	30,5	32,9	28,4	31,8	1,0	0,5	24,5	37,9
Liguria	29,5	30,2	33,2	28,1	32,3	1,8	0,7	23,7	39,7
Emilia-Romagna	30,0	30,6	33,2	28,5	32,2	1,1	0,6	24,9	40,1
Toscana	24,5	30,3	33,6	28,2	32,6	1,4	0,4	23,9	42,8
Umbria	19,4	30,9	33,2	29,8	32,4	1,6	0,5	27,1	40,3
Marche	20,6	30,6	33,4	28,7	32,3	1,2	0,5	25,7	41,2
Lazio	19,5	31,2	33,5	29,9	32,8	1,7	0,7	30,4	43,5
Abruzzo	15,6	30,9	33,0	28,8	32,1	1,5	0,8	28,1	39,7
Molise	7,3	31,2	32,7	28,4	31,5	1,2	1,3	31,8	39,1
Campania	7,3	30,6	32,0	28,6	30,8	2,9	1,5	27,7	32,6
Puglia	7,1	30,2	32,4	28,0	31,2	4,2	1,4	26,5	36,2
Basilicata	9,2	30,0	32,9	27,3	31,7	1,9	0,7	25,6	39,9
Calabria	8,5	30,4	32,3	28,0	31,1	3,2	0,9	27,1	34,9
Sicilia	5,1	30,1	31,6	28,2	30,6	3,2	2,6	26,0	31,8
Sardegna	6,4	31,4	33,5	29,2	32,6	1,3	0,8	33,0	44,0
Italia 2023	19,0	30,6	32,8	28,6	31,8	1,5	1,0	26,4	37,9
Italia 2022	18,9	30,6	32,7	28,6	31,7	1,4	1,0	25,7	37,2
Italia 2021	18,6	30,5	32,7	28,5	31,7	1,4	1,0	25,2	37,7
Italia 2020	19,7	30,2	32,6	28,2	31,5	1,7	1,1	23,9	36,9
Italia 2019	20,0	30,1	32,5	28,1	31,4	2,0	1,2	23,2	37,1

*Dal 2019 al 2021 sono esclusi i dati del Molise per indisponibilità della variabile relativa alla "cittadinanza".

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

Grafico 1 - Parti (valori per 100) delle donne straniere dei Paesi a Forte Pressione Migratoria e delle italiane per età - Anni 2019, 2023



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

Tabella 2 - Età media (valori in anni) delle madri al parto e alla nascita del primo figlio e parti (valori per 100) per le prime dieci cittadinanze della madre - Anno 2023

Cittadinanza	% Parti sul totale	<20 anni	20-24 anni	% Parti per età della madre				Totale	Età media	
		anni	anni	25-29 anni	30-34 anni	35-39 anni	≥40 anni		Al parto	Al primo figlio
Romania	2,6	3,1	12,0	23,7	31,4	23,5	6,3	100,0	31,0	29,3
Albania	2,3	1,7	17,5	35,7	29,2	13,1	2,8	100,0	29,1	27,1
Ucraina	0,6	1,1	9,1	24,4	30,9	25,4	9,0	100,0	31,9	30,3
Marocco	2,3	0,7	14,9	27,9	27,6	20,7	8,2	100,0	30,9	28,1
Cina	0,5	0,5	10,1	32,6	34,7	16,7	5,5	100,0	30,7	28,5
Filippine	0,3	1,3	7,5	25,7	27,6	26,8	11,1	100,0	32,3	30,0
Moldova	0,5	1,3	14,7	27,6	27,5	23,0	6,1	100,0	30,7	28,3
India	0,9	0,0	6,4	29,2	40,0	20,0	4,4	100,0	31,3	29,6
Perù	0,5	2,0	11,5	22,4	27,9	24,5	11,7	100,0	31,8	29,1
Polonia	0,1	1,1	5,3	17,7	29,4	30,3	16,0	100,0	33,7	32,3
Pfpm	19,0	1,5	13,5	28,9	29,6	20,0	6,5	100,0	30,6	28,6
Italia	80,0	1,0	5,7	18,6	36,8	28,2	9,6	100,0	32,8	31,8

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel nostro Paese il processo di denatalità e la posticipazione della maternità proseguono senza segnali di cambiamento significativo. Questi fenomeni coinvolgono sempre di più anche le donne straniere, che nel tempo assumono comportamenti e stili di vita simili a quelli delle donne italiane. Le conseguenze di tali andamenti sono sia il rapido invecchiamento della popolazione, sia l'aumento di parti a rischio di complicazioni. Gli indicatori presentati in questa Edizione del Rapporto Osservasalute evidenziano come i divari tra le donne straniere e italiane si riducano sempre più, nella direzione più sfavorevole per le dinamiche demografiche e accentuando i problemi per i servizi sanitari, che devono assicurare la salute materno-infantile e prevenire, per quanto possibile, le complica-

zioni della gravidanza e del parto. In questo contesto, gli indicatori presentati forniscono utili indicazioni a chi deve intervenire con politiche di sostegno della natalità e di contrasto dei determinanti della posticipazione della maternità.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2024. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2023. Statistiche Report. Disponibile sul sito: www.istat.it/wp-content/uploads/2024/10/Natalita-in-Italia-Anno-2023.pdf.
- (2) Ministero della Salute. Anni vari. Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dellevento-nascita.

Salute del neonato nato da donne straniere in Italia

Significato. Gli indicatori proposti consentono di monitorare le condizioni di salute del neonato, che possono essere ricondotte anche all'accessibilità dei servizi sanitari. Le donne straniere, più spesso in condizioni di deprivazione socio-economica, risultano avere maggiori difficoltà a interagire con i servizi

sanitari; ciò può riflettersi in esiti diversi della gravidanza e del parto (1). Un nato pre-termine e/o sottopeso ha un rischio più elevato di esiti perinatali sfavorevoli e di disfunzioni motorie e cognitive a lungo termine.

Percentuale di nati vivi pre-termine e gravemente pre-termine da madri straniere

$$\frac{\text{Nati vivi pre-termine (<37 settimane di gestazione)}}{\text{Nati vivi gravemente pre-termine (<32 settimane di gestazione) per cittadinanza}} \times 100$$

Numeratore

Denominatore

Percentuale di nati vivi sottopeso e fortemente sottopeso da madri straniere

$$\frac{\text{Nati vivi sottopeso (<2.500 grammi)}}{\text{Nati vivi fortemente sottopeso (<1.500 grammi) per cittadinanza}} \times 100$$

Numeratore

Denominatore

Percentuale di nati vivi per Classe di punteggio Apgar da madri straniere

$$\frac{\text{Nati vivi per Classe di punteggio Apgar per cittadinanza}}{\text{Nati vivi per cittadinanza}} \times 100$$

Numeratore

Denominatore

Validità e limiti. Gli indicatori sono calcolati a partire dai dati CedAP del Ministero della Salute (2). Il certificato viene compilato per ogni parto avvenuto in Italia presso i punti di nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. I dati sono trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute. La fonte CedAP mostra un progressivo miglioramento della qualità nel tempo e, dal 2022, per il Molise è disponibile anche l'informazione relativa alla cittadinanza della madre, non presente fino al 2021.

Gli indicatori sono stati calcolati considerando solo i nati vivi. Il numero dei nati morti per regione mostra, in alcuni casi, valori troppo bassi, che danno luogo a indicatori poco stabili e quindi difficilmente confrontabili tra loro. Pertanto, la percentuale sui nati morti è riportata a livello nazionale solo nel testo, a fini descrittivi, e non è inserita nella tabella.

Per rendere più stabili i risultati, vengono analizzati due anni congiuntamente. Per il biennio 2022-2023, nella selezione dei casi sono stati esclusi quelli relativi a 22 nati con vitalità non indicata. Non sono state considerate valide le nascite con settimane di gestazione mancanti, inferiori a 22 o superiori a 42 (pari allo 0,30% dei nati totali), con peso mancante, inferiore a 500 o superiore a 5.000 grammi (0,11%), con punteggio Apgar non compreso tra 1 e 10 (0,77%).

Valore di riferimento/Benchmark. La definizione condivisa dalla letteratura scientifica internazionale identifica le nascite pre-termine come eventi precedenti le 37 settimane compiute di gestazione; analogamente, per nati gravemente pre-termine si intendono le nascite avvenute prima delle 32 settimane (3).

I nati sottopeso sono quelli con peso alla nascita < 2.500 grammi; tra questi, i fortemente sottopeso sono quelli con peso <1.500 grammi.

Il punteggio Apgar a 5 minuti dalla nascita rileva una sofferenza neonatale se compreso tra 1 e 3 (gravemente depresso), evidenti difficoltà se compreso tra 4-6 (moderatamente depresso) e una condizione di normalità se compreso tra 7-10.

Le proporzioni calcolate per le donne straniere provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) sono confrontate con quelle delle donne italiane di pari età. Per ovviare alla scarsa natalità tra le donne straniere nelle piccole regioni, si considera il biennio 2022-2023.

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2022-2023, i nati vivi da donne dei Pfp sono risultati pari al 19,0% del totale dei nati vivi.

I neonati pre-termine presentano un rischio più elevato di mortalità, morbidità e di compromissione dello sviluppo motorio e cognitivo nell'infanzia rispetto ai neonati nati a termine.

Nel Grafico 1 sono riportati i nati vivi per settimane di gestazione, suddivisi in eventi al di sotto delle 32 settimane e tra 32 e 36 settimane; la somma delle due classi comprende tutti i casi pre-termine, mentre il primo gruppo evidenzia solo i casi gravemente pre-termine. Nel biennio 2022-2023, la quota di nati vivi pre-termine da donne italiane è stata pari al 6,6%, inferiore a quella delle donne straniere dei Pfp (8,0%); per quanto riguarda i nati vivi gravemente pre-termine si hanno, rispettivamente, i valori 0,8% e 1,2%. La variabilità regionale tra le donne italiane è minima in Basilicata (5,2%) e massima in Sardegna (9,0%). Per le donne straniere, invece, si va dal 4,2% della Valle d'Aosta al 12,9% del Molise (dati caratterizzati da una numerosità particolarmente ridotta).

La condizione di nato morto è più spesso associata a una gravidanza patologica e a una durata gestazionale inferiore al termine fisiologico: il 67,4% dei nati morti presenta un'età gestazionale <37 settimane e oltre un terzo (37,1%) <32 settimane (dati non riportati in Tabella). Distinguendo per cittadinanza, tali valori risultano, rispettivamente, 66,5% e 38,2% per le straniere dei Pfp e 67,9% e 36,6% per le italiane.

La percentuale di neonati con basso peso alla nascita (<2.500 grammi) è un indicatore ampiamente utilizzato per valutare il rischio di esiti perinatali avversi ed è inclusa in molti sistemi di dati nazionali e internazionali.

Nel Grafico 2 sono riportati i nati vivi per peso alla nascita, suddivisi in due classi: <1.500 grammi e 1.500-2.499 grammi. La somma delle due classi individua tutti i casi con basso peso, mentre il primo gruppo evidenzia solo i casi fortemente sottopeso. Risulta una lieve differenza nella quota di nati vivi sottopeso tra le donne italiane e quelle dei Pfp nel biennio 2022-2023: 6,8% per le prime e 7,0% per le seconde. Con riferimento ai nati vivi fortemente sottopeso, si osservano valori pari a 0,8% per le italiane e a 1,1% per le straniere. La distribuzione regionale della per-

centuale dei nati vivi sottopeso rileva un gradiente Nord-Sud ed Isole: tra le italiane, 5 regioni meridionali hanno percentuali superiori alla media nazionale (con il valore massimo della Sardegna, 8,8%), mentre tra le straniere le regioni sono sette (praticamente tutte, eccetto il Molise) con il valore massimo sempre in Sardegna (9,5%).

La condizione di nato morto si associa più spesso a un basso peso alla nascita, così come a una durata gestazionale inferiore al termine fisiologico: quasi il 60,0% dei nati morti presenta un peso alla nascita <2.500 grammi e il 29,9% <1.500 grammi. Distinguendo per cittadinanza, tali valori risultano, rispettivamente, pari a 58,9% e 30,1% per le straniere dei Pfp e a 56,4% e 29,8% per le italiane.

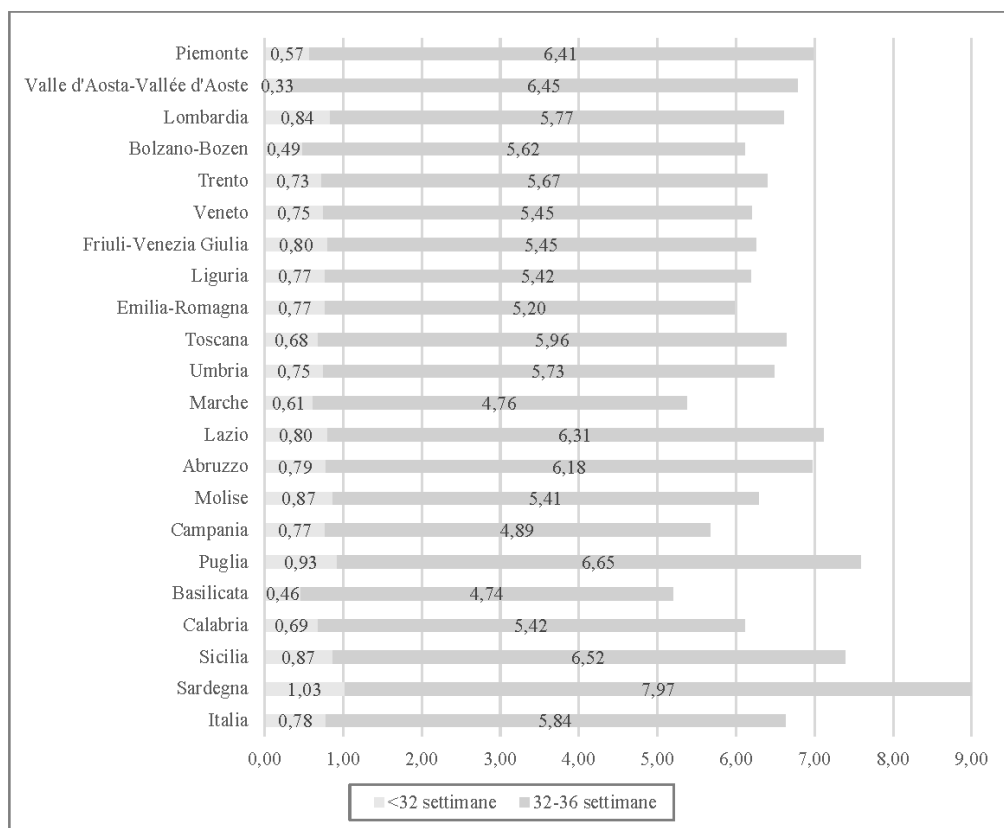
Così come per l'età gestazionale, la differenza tra i due sottogruppi si manifesta principalmente in caso di nati-mortalità: tra le donne dei Pfp che danno alla luce un nato sottopeso o precoce, è più frequente un esito negativo (nato morto) che positivo (nato vivo) rispetto a quanto osservato tra le donne italiane.

Considerando, ovviamente, i soli nati vivi, si riporta la distribuzione per Classe di punteggio Apgar a 5 minuti per individuare la percentuale di nati con sofferenza (punteggio 1-3), con difficoltà (punteggio 4-6) e con valori normali (punteggio 7-10) (Tabella 1).

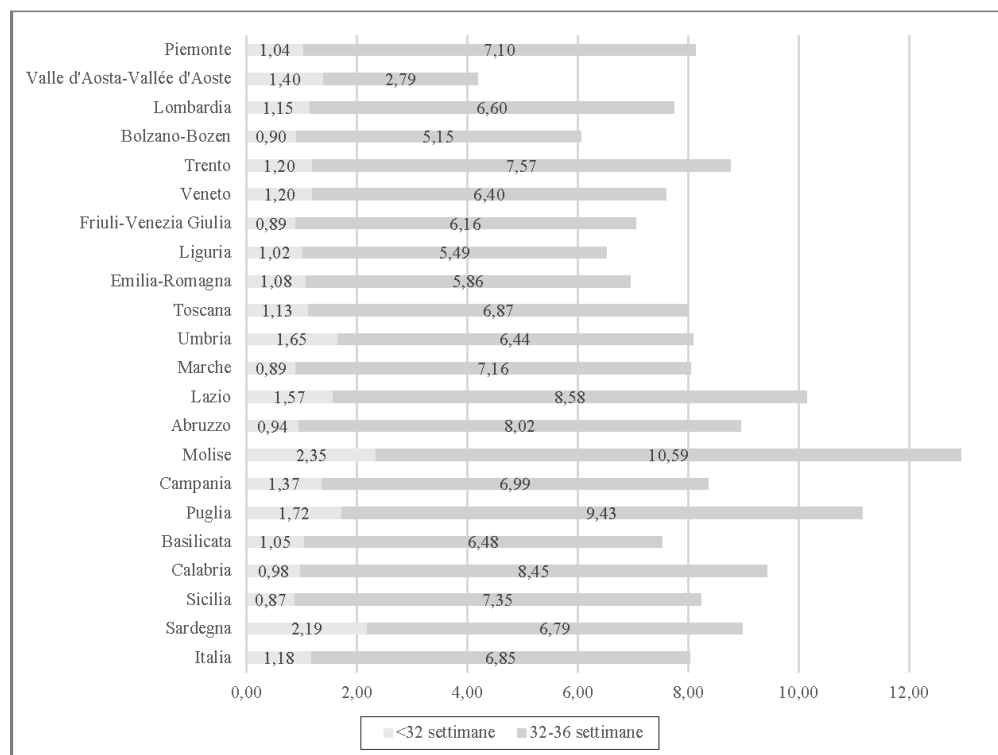
Quest'ultima classe riporta valori elevati sia per le italiane (99,3%) sia per le straniere dei Pfp (99,0%), con un lieve vantaggio per le prime. Le regioni in cui si registra una percentuale superiore all'1% di nati con punteggio <7 tra le italiane sono: Friuli-Venezia Giulia (1,1%), PA di Trento (1,2%), PA di Bolzano (1,3%), Liguria (1,4%) e Valle d'Aosta (1,5%).

Tra le straniere, invece, risultano ben undici regioni: Campania, Molise e Sardegna (pari merito: 1,2%); Friuli-Venezia Giulia (1,3%); Piemonte e PA di Trento (entrambi 1,4%); Lazio (1,5%); Liguria (1,6%); PA di Bolzano (2,0%).

Grafico 1 - Nati vivi (valori per 100) per settimane di gestazione, cittadinanza e regione - Biennio 2022-2023
Italiane

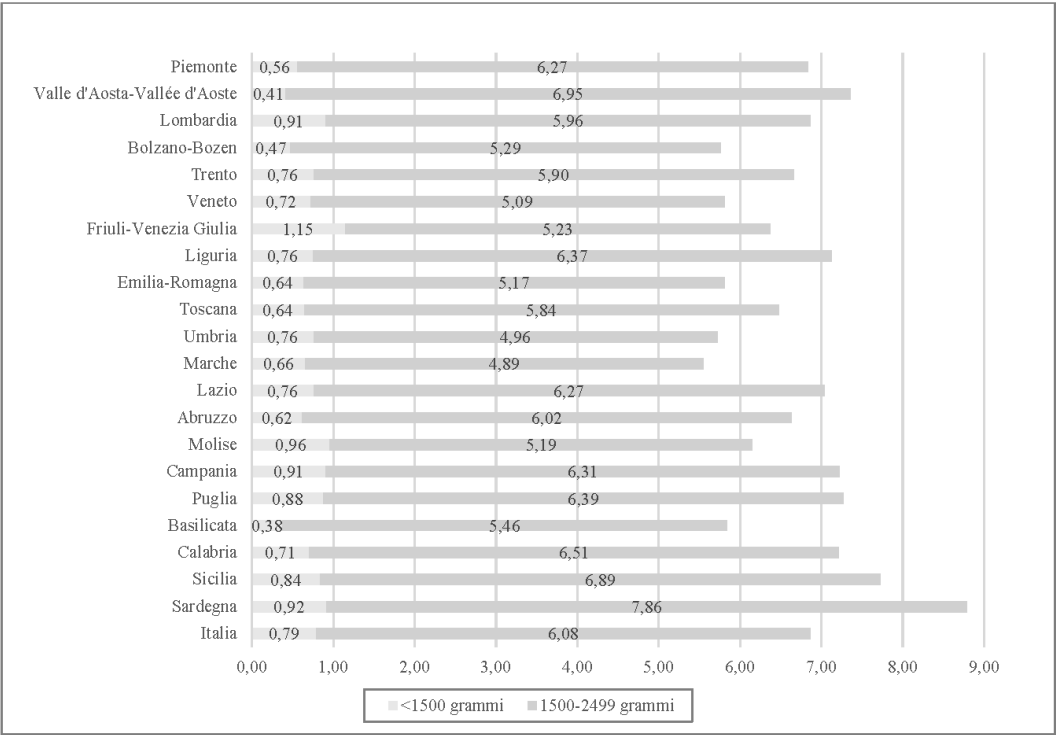


Paesi a forte pressione migratoria

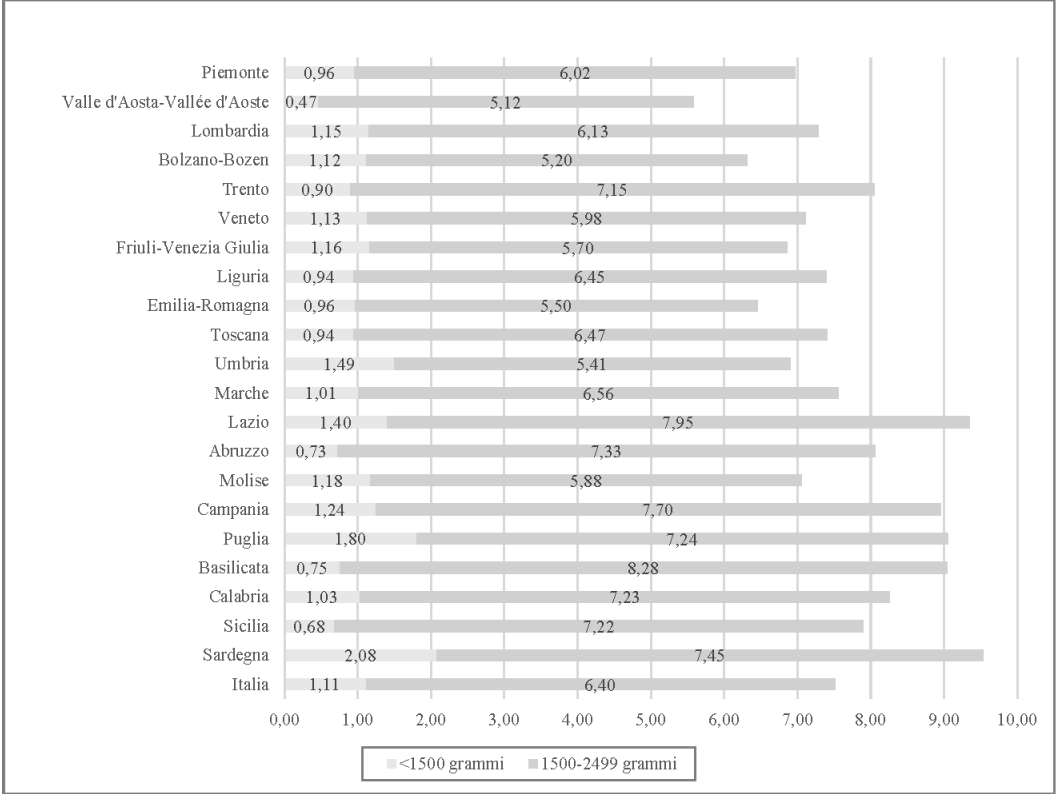


Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

Grafico 2 - Nati vivi (valori per 100) per peso alla nascita, cittadinanza e regione - Biennio 2022-2023
Italiane



Paesi a forte pressione migratoria



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

Tabella 1 - Nati vivi (valori per 100) per cittadinanza, Classe di punteggio Apgar e regione - Biennio 2022-2023

Regioni	Italiane			Paesi a forte pressione migratoria		
	1-3	4-6	7-10	1-3	4-6	7-10
Piemonte	0,1	0,9	99,0	0,2	1,1	98,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,1	1,4	98,5	0,0	0,5	99,5
Lombardia	0,1	0,6	99,3	0,2	0,8	99,0
Bolzano-Bozen	0,1	1,2	98,7	0,3	1,7	98,0
Trento	0,2	1,0	98,8	0,4	1,0	98,6
Veneto	0,1	0,6	99,3	0,1	0,8	99,1
Friuli-Venezia Giulia	0,1	1,0	98,9	0,2	1,1	98,7
Liguria	0,2	1,2	98,6	0,2	1,4	98,4
Emilia-Romagna	0,1	0,5	99,4	0,1	0,7	99,2
Toscana	0,1	0,4	99,5	0,0	0,7	99,2
Umbria	0,1	0,2	99,7	0,2	0,3	99,5
Marche	0,1	0,2	99,7	0,1	0,3	99,6
Lazio	0,2	0,6	99,2	0,4	1,0	98,5
Abruzzo	0,1	0,4	99,5	0,3	0,3	99,4
Molise	0,2	0,5	99,3	0,0	1,2	98,8
Campania	0,0	0,6	99,3	0,1	1,0	98,8
Puglia	0,1	0,3	99,7	0,2	0,8	99,1
Basilicata	0,1	0,6	99,3	0,2	0,2	99,7
Calabria	0,1	0,3	99,6	0,1	0,6	99,3
Sicilia	0,1	0,4	99,5	0,2	0,8	99,0
Sardegna	0,2	0,8	99,0	0,4	0,8	98,8
Italia	0,1	0,6	99,3	0,2	0,8	99,0
Italia	0,1	0,6	99,3	0,2	0,8	99,0

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le condizioni di salute del neonato non dovrebbero differire a seconda del Paese di cittadinanza della madre, soprattutto se la gestazione avviene in Italia, per entrambi i gruppi di donne (italiane e straniere). La presenza di differenze rilevate, pertanto, fornisce indicazioni per analisi più approfondite sui bisogni di salute della popolazione immigrata e per individuare le criticità da superare.

Tuttavia, gli indicatori descritti mostrano scostamenti molto contenuti o trascurabili tra i due gruppi di donne. Ciò è in parte dovuto a un'età media al parto più avanzata delle madri italiane rispetto a quelle straniere (Indicatore "Età al parto delle donne straniere in Italia"), il che comporta un maggiore rischio per la salute del neonato.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà - INMP. 2019. Sistema di monitoraggio dello stato di salute e di assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: risultati anno 2016. Quaderni di epidemiologia. Disponibile sul sito: www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/Sistema-di-monitoraggio-dello-stato-di-salute-e-di-assistenza-sanitaria-alla-popolazione-immigrata-risultati-anno-2016-Scarica-il-secondo-numero-della-collana-editoriale-INMP-Quaderni-di-Epidemiologia.
- (2) Ministero della Salute. Anni vari. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dellevento-nascita.
- (3) Euro-Peristat Project. 2025. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019. Disponibile sul sito: www.europeristat.com/publications/european-perinatal-health-report-2015-2019.

AIDS e HIV tra gli stranieri in Italia

Significato. L'AIDS e l'HIV continuano a suscitare allarme nell'opinione pubblica, alimentando interrogativi sull'eventuale presenza di focolai epidemici associati ai flussi migratori in arrivo nel nostro Paese. Alla luce di ciò, risulta fondamentale proseguire nell'attività di sorveglianza degli andamenti dell'AIDS e dell'HIV tra gli stranieri in Italia, nonostante, da anni, si osservi una progressiva diminuzione dell'incidenza dell'infezione e della malattia conclamata. Tale monitoraggio è volto a fornire agli operatori sanitari e alla popolazione generale una rappresentazione accurata della diffusione del fenomeno, evitando al contempo sia allarmismi infondati, sia sottovalutazioni delle problematiche connesse.

Gli indicatori utilizzati sono i tassi annuali di incidenza delle nuove diagnosi di AIDS e di HIV tra gli stranieri residenti in Italia, di età ≥ 18 anni, specifici per genere.

In particolare, per l'AIDS il numeratore del tasso è calcolato utilizzando i dati del Registro Nazionale AIDS (RAIDS), gestito dal Centro Operativo AIDS dell'ISS (1, 2); tale registro raccoglie i dati sulle nuove diagnosi di AIDS a livello nazionale e riporta anche la nazionalità delle persone con tale diagnosi. Il denominatore è costruito sui dati anagrafici relativi

agli stranieri residenti in Italia: ai fini del calcolo, è stata considerata la media tra la popolazione residente al 1° gennaio dell'anno t e quella al 1° gennaio dell'anno $t+1$ (3). Limitatamente al 2011, sono stati utilizzati i dati del Censimento generale della popolazione e delle abitazioni (ottobre 2011), che forniscono la popolazione straniera residente per genere, età e singolo Paese di cittadinanza.

Per il periodo antecedente al 2006, i tassi di incidenza dell'AIDS tra gli stranieri presenti (residenti e non) erano già stati pubblicati in precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, considerando come denominatore il numero dei permessi di soggiorno rilasciati dalle questure e archiviati presso le banche dati del Ministero dell'Interno. Nell'analisi illustrata di seguito, i tassi antecedenti al 2005 vengono riproposti insieme a quelli sui residenti, per offrire una fotografia più completa degli andamenti temporali dal 1992 al 2023. I dati HIV, invece, provengono dal Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (2, 4), che nel corso degli anni ha ampliato la copertura territoriale, passando dal 41% nel 2006 al 100% nel 2012. I denominatori, pertanto, sono stati calcolati tenendo conto della diversa copertura territoriale lungo l'arco temporale considerato (2006-2023).

Tasso di incidenza di AIDS tra gli stranieri in Italia

$$\text{Tasso di incidenza di AIDS} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100.000$$

Numeratore Nuovi casi di AIDS diagnosticati tra i cittadini stranieri di età ≥ 18 anni residenti in Italia in 1 anno

Denominatore Popolazione straniera media residente di età ≥ 18 anni

Tasso di incidenza di HIV tra gli stranieri in Italia

$$\text{Tasso di incidenza di HIV} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100.000$$

Numeratore Nuovi casi di HIV diagnosticati tra i cittadini stranieri di età ≥ 18 anni residenti in Italia in 1 anno

Denominatore Popolazione straniera media residente di età ≥ 18 anni

Validità e limiti. Il principale punto di forza dei dati sull'AIDS è rappresentato dal Sistema di sorveglianza nazionale, oramai consolidato e caratterizzato da un elevato livello di copertura territoriale. Il limite principale deriva dalla difficoltà di quantificare con precisione il denominatore, ossia la popolazione straniera presente in Italia (regolarmente o irregolarmente) ai fini del calcolo dei tassi; tale quantità, infatti, può essere ricavata soltanto mediante stime (5).

Per tale ragione, ai fini del Rapporto Osservasalute la scelta è stata quella di restringere l'analisi dal 2005 in poi alla sola popolazione residente.

Per quanto riguarda il Sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, la sua copertura geografica regionale è aumentata rapidamente a parti-

re dal 2006, poiché il Decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008, che attivava tale sorveglianza in tutte le regioni (4), prevedeva il recupero dei dati a partire da quell'anno. Tuttavia, la copertura di tutto il territorio nazionale è stata raggiunta solo nel 2012; pertanto, le stime di incidenza delle nuove diagnosi di HIV precedenti al 2012 rischiano di non essere rappresentative della situazione nazionale per la mancanza di dati relativi ad alcune regioni.

Valore di riferimento/Benchmark. È utile confrontare i tassi di incidenza di HIV e di AIDS tra gli stranieri e quelli registrati tra gli italiani, esprimendo le differenze in termini di Rischio Relativo (RR).

Descrizione dei risultati

Per quanto riguarda l'AIDS, in Italia nel periodo 1992-2023, tra le nuove diagnosi in persone di età ≥ 18 anni, 8.112 sono state rilevate tra i cittadini stranieri. La percentuale di stranieri tra i casi segnalati è passata dal 3% nel 1992 al 33% nel 2023.

Il Grafico 1 illustra il numero di nuovi casi di AIDS (in valore assoluto) per genere e anno di diagnosi. Il numero degli uomini stranieri, dopo un iniziale aumento dal 1992 al 1995, si è pressoché stabilizzato intorno ai 170 casi/anno fino al 2004, per poi risalire nel periodo successivo con due picchi nel 2008 e nel 2012 (anni in cui si sono registrati, rispettivamente, 212 e 204 casi); a partire dal 2018, i casi sono progressivamente diminuiti.

Negli anni della pandemia da COVID-19 si è registrata una drastica riduzione delle segnalazioni, con il minimo storico di 71 casi nel 2020 e, successivamente, si è osservato un progressivo riallineamento all'andamento pre-pandemico, con 113 casi nel 2023. Per contro, il numero di donne straniere è cresciuto gradualmente, raggiungendo i valori più elevati nel 2010 e nel 2012 (141 e 140 casi), per poi diminuire negli ultimi anni, fino ad assestarsi attorno a 60 casi/anno. L'analisi dei tassi, certamente più interessante dal punto di vista epidemiologico in quanto tiene conto della crescita della popolazione straniera nel nostro Paese, evidenzia come a partire dal 1996, anno in cui cominciano a essere disponibili le nuove terapie efficaci, l'incidenza si sia costantemente ridotta tra gli stranieri, sia uomini sia donne, con un andamento che si conferma anche sui residenti per gli anni successivi al 2005 (Grafico 2).

Si evidenzia, peraltro, come, a fronte della diminuita incidenza dell'AIDS nel tempo, persista ancora nel 2023 una marcata differenza tra i tassi di incidenza tra gli stranieri residenti e quelli tra gli italiani: rispettivamente 4,5 vs 1,4 per 100.000 tra gli uomini (RR=3,4) e 2,2 vs 0,2 per 100.000 tra le donne (RR=10,4).

Riguardo alle aree geografiche di cittadinanza, nel periodo 2012-2023, la maggioranza delle persone straniere con AIDS ha nazionalità dei Paesi dell'Africa subsahariana (39%), dell'Europa Centro-orientale (25%) e dell'America Latina (19%). Tuttavia, si osservano cambiamenti significativi nel tempo. Ad esempio, le persone con AIDS in Africa subsahariana sono diminuite dal 2012 al 2022, passando dal 41% al 33%, mentre quelle dell'Europa Centro-orientale, nello stesso periodo, sono cresciute in proporzione, dal 21% al 28% (dati non mostrati nei grafici).

Passando all'HIV, tra il 2006 e il 2023 sono state segnalate al Sistema di sorveglianza circa 52 mila nuove diagnosi tra i maggiorenni residenti, di cui poco più di 15.000 a carico di stranieri (29,1%). Tra questi ultimi, si è osservato un andamento crescente nel numero assoluto di diagnosi di HIV fino al 2016: in particolare, le diagnosi sono passate da 573 a 1.216 casi. Tale crescita può essere spiegata sia dall'allargamento della copertura territoriale del Sistema di sorveglianza (che nel 2012 raggiunge la piena copertura nazionale), sia dall'aumento della presenza di stranieri in Italia.

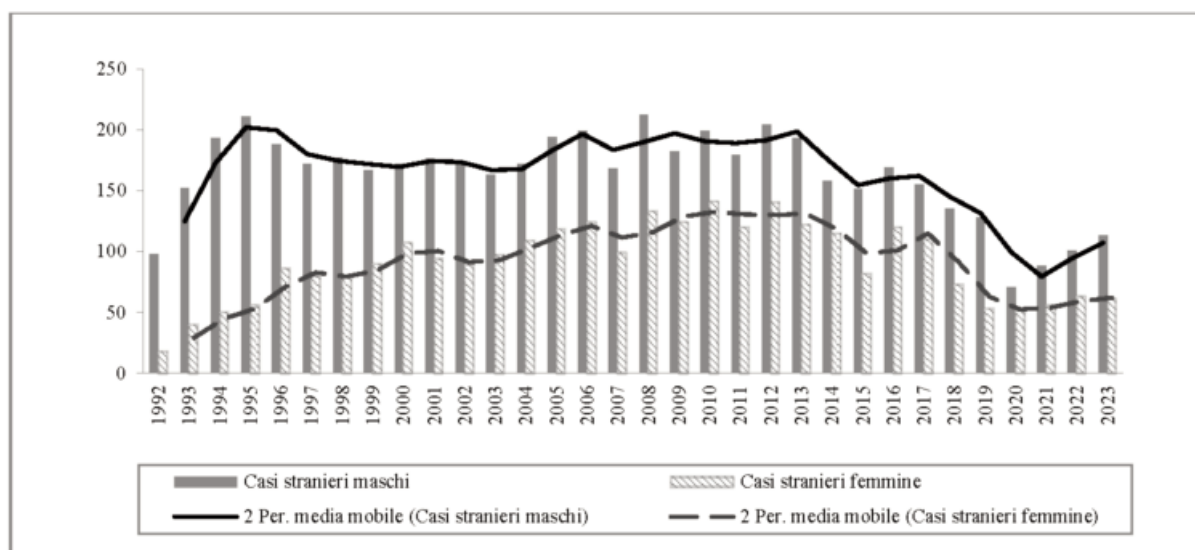
A partire dal 2017, il numero si è ridotto fino al minimo storico nel 2020 (418 casi), con un lieve rialzo negli anni successivi, analogamente a quanto osservato per i casi di AIDS, dovuto ai ritardi nella diagnosi e/o nella notifica durante la pandemia.

Per quanto riguarda i tassi di incidenza (Grafico 3), tra il 2006 e il 2013 si è osservata una diminuzione tra gli stranieri (da 51,3 per 100.000 nel 2006 a 32,7 per 100.000 nel 2009 e a 23,9 per 100.000 nel 2013), seguita da un leggero rialzo con un picco nel 2016 (30,5 per 100.000) e, infine, da una nuova riduzione fino al 2020 (10,3 per 100.000). Nel 2023 il valore in risalita si è attestato al 17,6 per 100.000 stranieri residenti. Per contro, l'incidenza dell'HIV tra gli italiani ha continuato a ridursi, rimanendo negli ultimi anni intorno a 3 per 100.000 residenti. Il RR per gli stranieri rispetto alla popolazione italiana è risultato nel 2023 pari a 5,8.

Persistono, infine, importanti differenze di genere, con tassi nettamente più elevati tra gli uomini, sia stranieri sia italiani (Grafico 4). Occorre, tuttavia, sottolineare che il rischio relativo delle donne straniere rispetto alle italiane è molto più elevato (RR=16,7) rispetto a quello a carico degli uomini stranieri (RR=4,0).

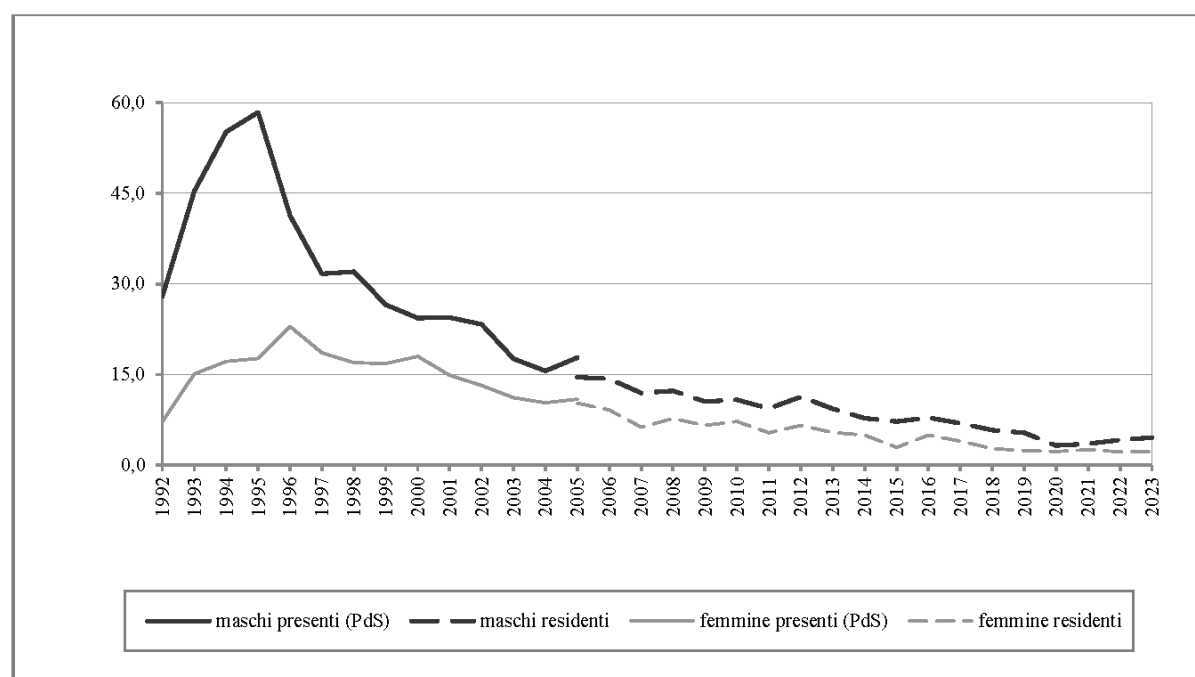
Riguardo alle aree geografiche di provenienza, nel periodo 2012-2023, la maggioranza degli stranieri con una nuova diagnosi di HIV proviene dall'Africa subsahariana (40%), dall'America Latina (24%), dall'Europa centrale (13%) e dall'Europa orientale (8%). Tuttavia, le diagnosi in persone provenienti dall'Africa subsahariana sono diminuite nel tempo, passando dal 41% nel 2012 al 35% nel 2023, mentre le diagnosi in persone provenienti dall'America Latina e dall'Europa orientale sono aumentate in proporzione passando, rispettivamente, dal 23% al 25% e dal 7% al 13% nello stesso periodo (dati non mostrati nei grafici).

Grafico 1 - Casi (valori assoluti) di AIDS tra i cittadini stranieri di età 18 anni ed oltre presenti in Italia per genere e anno di diagnosi - Anni 1992-2023



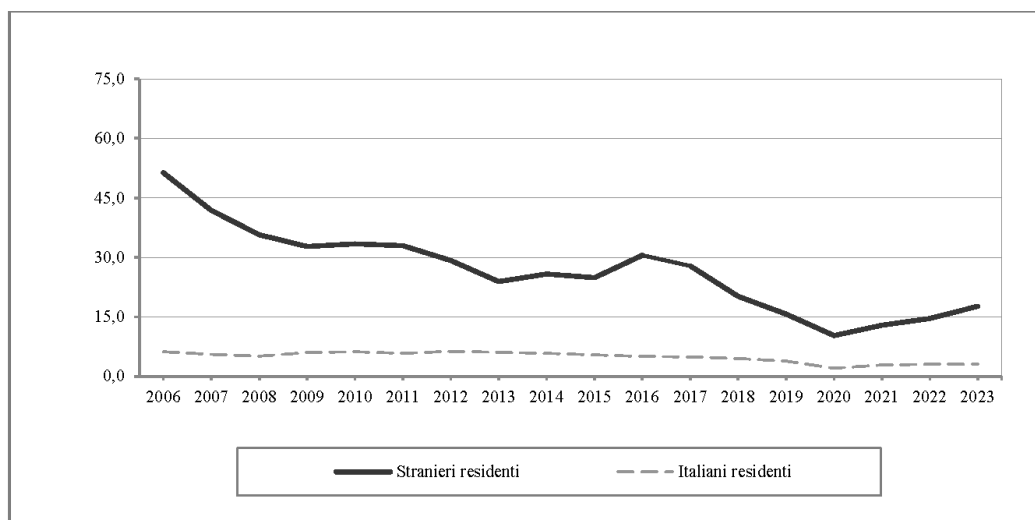
Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2025.

Grafico 2 - Tasso (valori per 100.000) di incidenza annuale di AIDS tra i cittadini stranieri di età 18 anni ed oltre presenti e residenti in Italia per genere e anno di diagnosi - Anni 1992-2023



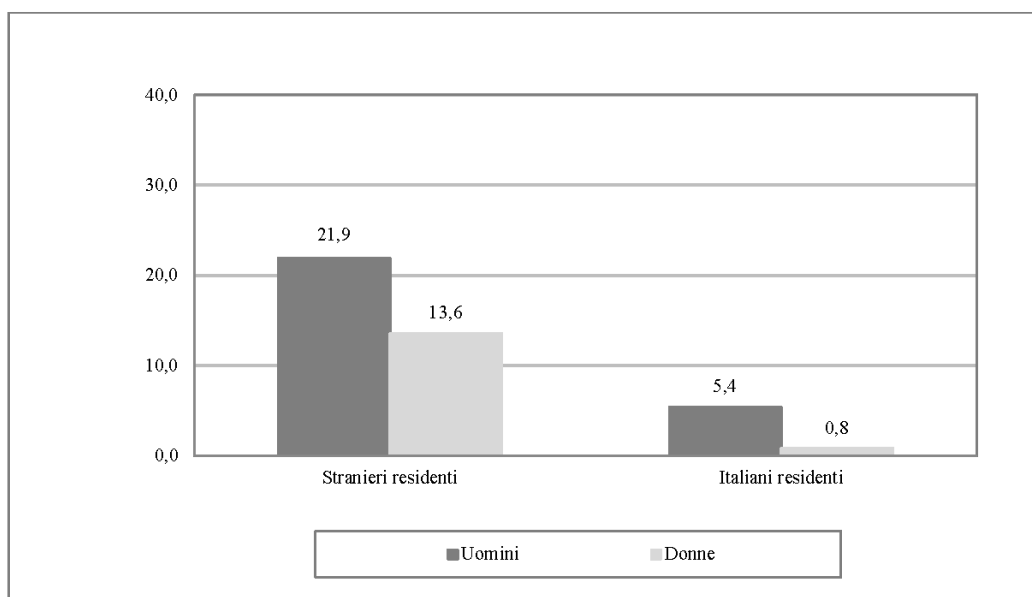
Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2025.

Grafico 3 - Tasso (valore per 100.000) di incidenza annuale di infezione da HIV tra i cittadini stranieri residenti e i cittadini italiani di età 18 anni ed oltre per anno di diagnosi - Anni 2006-2023



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2025.

Grafico 4 - Tasso (valori per 100.000) di incidenza annuale di infezione da HIV tra i cittadini stranieri residenti e i cittadini italiani di età 18 anni ed oltre per genere - Anno 2023



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'andamento dei tassi di incidenza dell'AIDS tra gli stranieri in Italia è riportato in letteratura come esempio emblematico di come il diritto di accesso alle cure, riconosciuto agli immigrati indipendentemente dallo status giuridico e dalle disponibilità economiche, possa migliorare sensibilmente le condizioni di salute, fino a invertire gli andamenti epidemiologici nazionali (6). La progressiva attenuazione dell'occorrenza della malattia tra gli stranieri, successiva al 1995, dopo un primo vertiginoso aumento registrato nel quadriennio precedente, appare riconducibile alla

concomitanza di due fattori: da una parte, l'innovazione terapeutica con l'arrivo di trattamenti farmacologici altamente efficaci; dall'altra, la possibilità per gli immigrati di usufruire di tali trattamenti, grazie a una normativa che, proprio a partire dal 1995 (anno di emanazione del DL n. 489/1995, cosiddetto "Decreto Dini") e, successivamente, con la Legge n. 40 del 6 marzo 1998 ("Legge Turco-Napolitano") ha permesso anche agli immigrati irregolari di accedere alle cure essenziali, in particolare alla profilassi, alla diagnosi e alla cura delle malattie infettive. Tutto ciò porta a riaffermare la centralità dell'accesso alle cure nell'ambito

delle strategie di promozione e di tutela della salute collettiva.

Per quanto riguarda l'infezione da HIV, la riduzione dei tassi di incidenza registrata nell'arco degli anni si deve probabilmente alle campagne di informazione sui comportamenti a rischio e all'adozione di misure di prevenzione individuale, oltre che al trattamento delle persone con HIV, che riduce la carica virale e, di conseguenza, la probabilità di trasmissione del virus. Nelle passate Edizioni del Rapporto Osservasalute era stata messa in evidenza la lieve ripresa, nel 2016, dei livelli di incidenza dell'HIV tra gli stranieri (ma non tra gli italiani) rispetto agli anni precedenti. Tale incremento si è successivamente ridimensionato e probabilmente è da attribuire a un maggiore livello di attenzione alle malattie infettive tra gli stranieri, in conseguenza del fenomeno degli sbarchi: ciò ha determinato un maggiore ricorso allo screening per l'HIV, ad esempio presso i Centri di accoglienza per richiedenti protezione internazionale. Si è trattato, dunque, di un lieve aumento dovuto a un'efficace e tempestiva azione di emergenza del bisogno, più che a una reale ripresa dell'infezione tra gli stranieri.

A tale proposito, si richiama quanto raccomandato dalle Linee Guida italiane sui controlli sanitari per i migranti ospiti nei Centri di accoglienza, adottate in via definitiva dalla Conferenza Stato-Regioni nel maggio 2018 e attualmente vigenti: offrire il test HIV a tutti i soggetti dai 16 anni e oltre, provenienti da Paesi a elevata endemia (ossia con prevalenza stimata di HIV >1%), alle donne in gravidanza e durante l'allattamento, e a quanti, nell'ambito del *counselling*, riferiscano di essere stati esposti a fattori di rischio (trasfusioni di sangue o di emoderivati, tossicodipendenza, partner sessuali multipli o storia di abusi/violenze sessuali), o presentino concomitante Infezione Sessualmente Trasmessa (IST) o infezione tubercolare. Il test HIV è altresì offerto ai minori di 16 anni in presenza di fattori di rischio individuali (madre con sierologia positiva, inizio precoce dell'attività sessuale, storia di abusi/violenze sessuali) e/o di coinfezioni, quali IST o infezioni tubercolari (7). Le suddette Linee Guida non prevedono di effettuare screening di massa sui migranti all'arrivo, bensì, più propriamente, di garantire, in fase di seconda accoglienza, la ricerca attiva dell'infezione da HIV per tutti coloro che, nell'ambito della presa in carico sanitaria da parte del proprio medico curante, soddisfino specifici criteri epidemiologici e/o di esposizione a fattori di rischio. E, inoltre, opportuno sottolineare che le strutture sanitarie del territorio offrono il test HIV gratuito e anonimo a tutti coloro che lo richiedono, compresi gli stranieri non in regola con le norme relative al soggiorno, per agevolare l'accesso al test, ove possibile, con orari di apertura adeguati e la presenza di mediatori culturali. Il test HIV in gravidanza, inoltre, ha consentito

negli ultimi anni di rilevare una quota di donne straniere positive all'HIV tra quelle a cui era stato prescritto come accertamento di routine. La gratuità dell'assistenza e delle terapie antivirali per tutte le persone HIV positive presenti nel nostro Paese (inclusi gli stranieri irregolari) rappresenta senz'altro uno strumento di cura prezioso ed efficace per contribuire alla riduzione della diffusione dell'epidemia. Durante l'emergenza pandemica, la marcata diminuzione del numero di nuove diagnosi di HIV e di casi di AIDS conclamato può essere stata legata sia a un ridotto numero di test effettuati (minore accesso spontaneo al test, ridotta offerta del test da parte dei servizi sanitari, basso numero di iniziative di screening), sia a un effettivo decremento dell'incidenza da HIV a seguito delle restrizioni governative messe a punto per il contrasto del COVID-19.

Rimane a tutt'oggi la distanza nel carico di infezioni/malattie tra gli italiani e gli immigrati, con rischi relativi per questi ultimi molto superiori all'unità. Questo dimostra come HIV e AIDS rappresentino ancora un'area critica per la salute della popolazione straniera e richiedano sforzi costanti da parte degli operatori sanitari per garantire azioni preventive più efficaci, l'accesso tempestivo al test diagnostico e una maggiore fruibilità dei percorsi di cura, con particolare riferimento al grado di adesione dei pazienti ai protocolli terapeutici.

Riferimenti bibliografici

- (1) Decreto del Ministro della Sanità del 28 novembre 1986. "Inserimento nell'elenco delle malattie infettive e diffusive sottoposte a notifica obbligatoria, dell'AIDS (SIDA), della rosolia congenita, del tetano neonatale e delle forme di epatite distinte in base alla loro etiologia". Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, N. 288 del 12 dicembre 1986.
- (2) Regine, V., L. Pugliese, M. Ferri, M. Santaquilani, e B. Suligoi. 2024. "Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2023". Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, Volume 37, N. 11: 3-59. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/aids/pdf/coa-2024.pdf.
- (3) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2025. IstatData. Disponibile sul sito: <https://esploradati.istat.it/databrowser>.
- (4) Decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008. "Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV". Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, N. 175 del 28 luglio 2008.
- (5) Fondazione ISMU ETS. 2023. Ventottesimo Rapporto sulle migrazioni 2022. Milano: FrancoAngeli. Disponibile sul sito: <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/view/938/789/5396>.
- (6) Baglio, G., R. Di Palma, E. Eugeni, e A. Fortino. 2017. "Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute?". Epidemiologia & Prevenzione, Volume 41, N. 3-4, Suppl. 1: 57-63. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.19191/EP17.3-4S1.P057.066>.
- (7) Baglio, G., M. Marceca, e M.E. Tosti (coordinatori). 2017 (aggiornato nel 2023). I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza. Linea Guida Salute Migranti. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/LG_Migranti-web.pdf.

Tubercolosi tra gli stranieri in Italia

Significato. La fonte dei dati per il monitoraggio dell'andamento dei casi di Tubercolosi (TB) in Italia è il Sistema nazionale di notifica delle malattie infettive (PREMAL), istituito con DPCM del 3 marzo 2017 e regolamentato con DM del 7 marzo 2022 (1). I dati qui riportati sono stati estratti da PREMAL e, per il periodo 2009-2021, sono inclusi nel Rapporto "I casi di Tubercolosi in Italia - Periodo 2009-2021", prodot-

to nell'ambito dell'attività del CCM (2).

I dati di notifica nazionali sono annualmente segnalati al Sistema di Sorveglianza Europeo (*European Surveillance System*) dell'ECDC e sono disponibili sulla piattaforma di consultazione "Surveillance Atlas of Infectious Diseases" (3) e nel Rapporto annuale "Tuberculosis surveillance and monitoring report in Europe 2025 (2023 data)" (4).

Casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero}}{\text{Denominatore} = \text{Casi di tubercolosi totali}} \times 100$$

Frequenza dei casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero

$$\text{Numeratore} = \frac{\text{Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero}}{\text{Denominatore} = \text{Popolazione residente straniera}} \times 100.000$$

Validità e limiti. Nel PREMAL sono disponibili informazioni sia sulla cittadinanza sia sul Paese di nascita; tuttavia, tali dati risultano parzialmente compilati. Di conseguenza, per gli indicatori qui illustrati, si è scelto di identificare gli stranieri in base al Paese di nascita: i casi di TB attribuiti a persone straniere si riferiscono quindi agli individui nati all'estero.

Per la costruzione degli indicatori nel periodo 2006-2023, invece, come denominatore è stato utilizzato il numero di cittadini stranieri residenti in Italia, secondo i dati dell'Istat, definiti in base al Paese di cittadinanza. Il principale limite di questo approccio risiede, pertanto, nell'impossibilità di costruire un indicatore di incidenza basato su un numeratore e un denominatore perfettamente omogenei tra loro. Pur consapevoli che l'indicatore così ottenuto non rappresenti un tasso di incidenza in senso stretto, si è ritenuto utile fornire comunque una misura capace di descrivere l'andamento del fenomeno nel tempo. Un'ulteriore criticità riguarda, per definizione, l'esclusione dal denominatore delle persone non residenti e di quelle temporaneamente presenti (con o senza permesso di soggiorno), che possono invece essere incluse nel numeratore. Per tali motivi, le frequenze calcolate devono essere considerate a titolo indicativo.

Infine, si segnala che, a partire dal 2020, la notifica delle malattie infettive in Italia ha subito gli effetti della pandemia da COVID-19, con conseguenti fenomeni di sotto-diagnosi e sotto-notifica, probabilmente legati alla difficoltà di accesso ai servizi sanitari. A partire dal 2023, si osserva una ripresa progressiva della numerosità dei casi notificati dal Sistema di sorveglianza.

Valore di riferimento/Benchmark. Per i confronti si fa riferimento al valore dell'indicatore calcolato sulla popolazione totale, valutando la tendenza, o meno, alla riduzione nel periodo considerato. I dati regionali, inoltre, vengono confrontati con quelli nazionali per evidenziare eventuali differenze nella distribuzione territoriale.

Descrizione dei risultati

L'Italia è classificata dall'OMS come Paese a bassa endemia di TB, poiché registra un'incidenza inferiore a 10 casi per 100.000 abitanti. Nel 2023, nel complesso sono stati notificati 2.893 casi di TB, pari a un tasso totale di 4,9 per 100.000 residenti in Italia. Il 73% dei casi ha interessato le forme polmonari, una proporzione stabile dal 2009. La Tabella 1 riporta il numero di casi di TB notificati in Italia tra le persone nate all'estero nel periodo 2006-2023, per ciascuna regione in cui è stato possibile attribuirli. L'andamento del numero assoluto e relativo di casi è stato variabile, con una tendenza opposta tra i nati in Italia e quelli all'estero (Tabella 2). A partire dal 2010, la quota di casi notificati tra le persone nate all'estero ha superato quella dei nati in Italia. In particolare, negli anni 2016-2018, 2020 e 2021, la percentuale di casi attribuibili alle persone nate all'estero ha raggiunto valori prossimi al 60,0% e, nel 2023, ha superato tale percentuale (60,3%; Grafico 1).

Nel 2023, le notifiche di TB sono state più frequenti negli uomini rispetto alle donne in tutte le classi di età, a eccezione della classe di età 0-4 anni, con un rapporto complessivo uomini/donne pari a 2,2. Le classi di età più rappresentate in termini assoluti sono state: 25-

34 anni (19,3%), ≥ 65 anni (18,6%), 35-44 anni (16,1%) e 15-24 anni (15,9%) (Grafico 2).

La maggiore parte delle notifiche di TB ha riguardato persone nate all'estero (60,3%). Questa prevalenza si è osservata soprattutto nelle classi di età tra i 15-54 anni; al contrario, nelle restanti classi di età prevalgono le persone nate in Italia.

Nel periodo 2006-2023, il tasso di incidenza totale ha mostrato una tendenza a diminuire, passando da 7,62 casi per 100.000 residenti nel 2006 a un minimo di 3,86 nel 2020. Successivamente, si è registrata una lieve ripresa, con valori pari a 4,20 nel 2021, 4,13 nel 2022 e 4,77 nel 2023. Tra i nati in Italia, valori più bassi si sono osservati negli anni della pandemia da COVID-19 (nel 2020 e nel 2021) con tassi, rispettivamente, pari a 1,75 e 1,93 per 100.000 residenti (Tabella 2, Grafico 3).

In generale, si osserva l'aumento della popolazione straniera residente in Italia, da 2.938.922 nel 2006 a 5.235.658 nel 2023, controbilanciato da una significativa e costante riduzione del tasso di incidenza della TB tra gli stranieri, da 71,73 casi per 100.000 nel 2006 a 32,28 per 100.000 nel 2023, con un valore minimo di 25,60 per 100.000 nel 2022 (Tabella 2, Grafico 3).

Nel complesso, nel 2023, la maggiore parte dei casi notificati tra i nati all'estero ha riguardato i nati in Romania (7,8%). Nel 2023, i principali Paesi di nascita con un tasso di incidenza della TB ≥ 100 casi per 100.000 abitanti sono stati: Somalia (335,69 casi), Gambia (329,88 casi), Guinea (279,57 casi), Eritrea (154,83 casi), Pakistan (152,79 casi), Costa d'Avorio (147,07 casi), Camerun (115,21 casi), Afghanistan (105,94 casi), Burkina Faso (104,62 casi) e Mali (103,27 casi) (Tabella 3).

Tabella 1 - Casi (valori assoluti) di tubercolosi tra le persone nate all'estero per regione - Anni 2006-2023

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	207	152	203	239	237	242	222	225	184	184	227	210	202	154	181	225	226	182
Valle d'Aosta	1	3	1	0	0	0	0	4	1	2	2	1	1	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lombardia	585	589	723	619	695	640	530	n.d.	n.d.	n.d.	667	443	497	437	416	591	423	299
Bolzano-Bozen	9	15	24	20	36	21	17	31	32	28	16	25	25	14	6	2	4	17
Trento	7	18	10	23	20	16	12	13	21	12	8	16	17	16	10	8	3	19
Veneto	267	n.i.	n.i.	n.i.	227	238	229	184	223	237	210	198	196	155	128	15	43	136
Friuli-Venezia Giulia	13	29	27	39	35	40	38	29	33	42	48	75	61	26	26	42	49	52
Liguria	37	61	47	62	58	67	58	60	64	54	48	50	70	35	20	18	20	46
Emilia-Romagna	264	268	253	283	321	286	336	289	292	256	280	288	278	259	333	322	291	244
Toscana	171	170	182	196	225	192	181	170	177	175	186	171	164	113	25	33	42	153
Umbria	23	31	12	n.d.	11	26	10	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.i.	n.i.	n.i.	n.d.	n.d.	n.d.	16
Marche	40	43	59	42	65	21	27	39	58	57	25	63	65	28	3	9	7	37
Lazio	332	396	345	335	375	422	393	382	389	368	378	381	388	321	25	48	168	216
Abruzzo	8	11	n.d.	0	1	0	19	19	13	8	16	14	13	22	4	9	4	17
Molise	3	0	2	1	2	0	0	0	3	2	3	7	7	3	n.d.	n.d.	n.d.	0
Campania	68	83	72	46	126	68	64	96	100	123	78	83	84	75	5	12	11	113
Puglia	25	36	34	47	43	64	58	35	34	28	62	68	62	26	102	60	n.d.	51
Basilicata	1	6	1	n.d.	3	2	3	12	6	4	4	2	2	4	1	n.d.	n.d.	6
Calabria	15	9	18	30	34	21	11	25	27	46	22	20	21	13	17	1	1	9
Sicilia	30	64	11	63	53	70	102	127	157	167	95	165	166	90	36	40	22	74
Sardegna	2	6	3	8	8	8	n.d.	0	2	1	44	9	10	6	1	2	2	9
Italia	2.108	1.990	2.027	2.053	2.575	2.444	2.310	1.740	1.816	1.794	2.419	2.289	2.329	1.797	1.339	1.437	1.316	1.696

n.d. = non disponibile.

n.i. = non indicato.

Nota: Sono esclusi i casi di tubercolosi per i quali non è nota la regione di competenza.**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale delle Emergenze Sanitarie, Ufficio 2 - Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili. Anno 2025.

Tabella 2 - Popolazione (valori assoluti) residente, casi (valori assoluti) e tasso (valori per 100.000) di incidenza di tubercolosi tra le persone nate all'estero e in Italia per regione - Anni 2006-2023

Anni	Popolazione residente totale	Stranieri residenti	Italiani residenti	TBC casi totali	TBC nati all'estero	TBC nati in Italia	Incidenza totale	Incidenza stranieri	Incidenza italiani
2006	59.131.287	2.938.922	56.192.365	4.503	2.108	2.395	7,62	71,73	4,26
2007	59.619.290	3.432.651	56.186.639	4.555	1.990	2.565	7,64	57,97	4,57
2008	60.045.068	3.891.295	56.153.773	4.418	2.027	2.391	7,36	52,09	4,26
2009	60.340.328	4.235.059	56.105.269	4.244	2.053	2.191	7,03	48,48	3,91
2010	60.626.442	4.570.317	56.056.125	4.692	2.575	2.117	7,74	56,34	3,78
2011	59.433.744	4.029.145	55.404.599	4.461	2.444	2.017	7,51	60,66	3,64
2012	59.685.227	4.387.721	55.297.506	4.252	2.310	1.942	7,12	52,65	3,51
2013	60.782.668	4.922.085	55.860.583	3.973	1.740	2.233	6,54	35,35	4,00
2014	60.795.612	5.014.437	55.781.175	3.916	1.816	2.100	6,44	36,22	3,76
2015	60.665.551	5.540.000	55.125.551	3.769	1.794	1.975	6,21	32,38	3,58
2016	60.589.445	5.047.028	55.542.417	4.032	2.419	1.613	6,65	47,93	2,90
2017	60.483.973	5.144.440	55.339.533	3.944	2.289	1.655	6,52	44,49	2,99
2018	60.359.546	5.255.503	55.104.043	3.912	2.329	1.583	6,48	44,32	2,87
2019	60.244.639	5.306.548	54.938.091	3.346	1.797	1.549	5,55	33,86	2,82
2020	59.236.213	5.171.894	54.064.319	2.287	1.339	948	3,86	25,89	1,75
2021	58.983.122	5.030.716	53.952.406	2.480	1.437	1.043	4,20	28,56	1,93
2022	58.997.201	5.141.341	53.855.860	2.439	1.316	1.123	4,13	25,60	2,09
2023	58.971.230	5.253.658	53.717.572	2.814	1.696	1.118	4,77	32,28	2,08

Nota: sono esclusi i dati per i quali non è nota la regione di competenza.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale delle Emergenze Sanitarie, Ufficio 2 - Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili. Anno 2025.

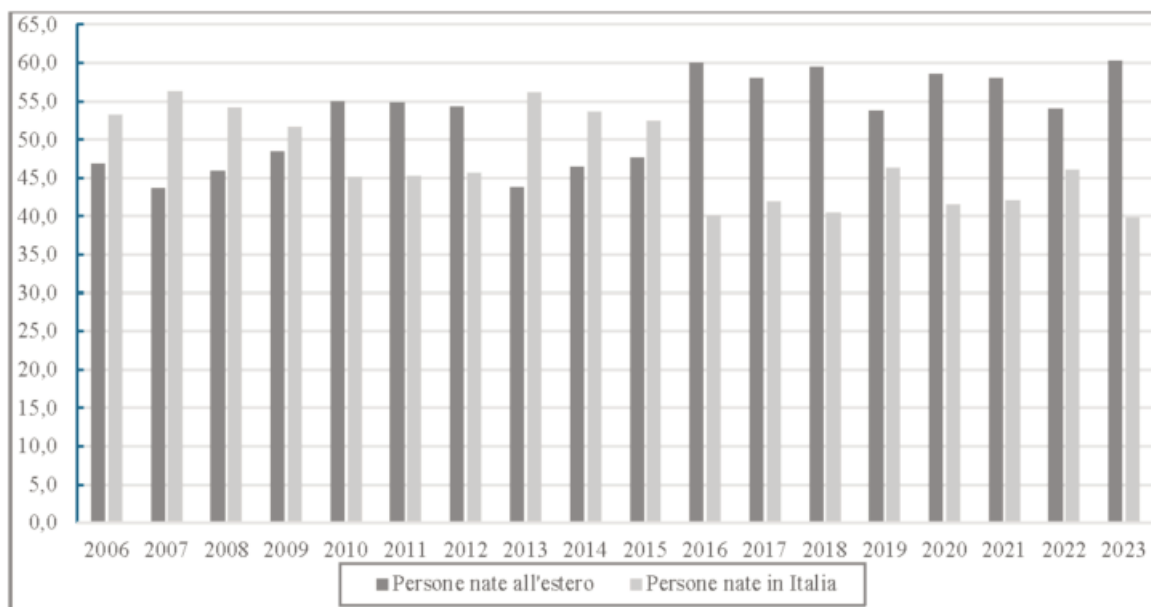
Tabella 3 - Casi (valori assoluti e per 100) e tasso (valori per 100.000) di tubercolosi per Paese di nascita (con almeno 10 notifiche) - Anno 2023

Paese di nascita	Notifiche TB	Sul totale delle notifiche TB (%)	Notifiche TB/100.000*
Italia	1.118	39,73	2,11
Romania	219	7,78	24,31
Pakistan	206	7,32	152,79
Marocco	161	5,72	35,30
India	112	3,98	65,81
Perù	93	3,30	79,48
Senegal	87	3,09	74,21
Bangladesh	77	2,74	51,87
Gambia	71	2,52	329,88
Costa d'Avorio	48	1,71	147,07
Filippine	44	1,56	30,50
Nigeria	36	1,28	36,34
Somalia	39	1,39	335,69
Guinea	33	1,17	279,57
Cina	32	1,14	14,00
Ucraina	30	1,07	12,51
Albania	27	0,96	5,32
Non noto	27	0,96	n.d.
Tunisia	22	0,78	19,73
Moldavia	21	0,75	10,28
Mali	20	0,71	103,27
Camerun	17	0,60	115,21
Sri Lanka	16	0,57	17,57
Ecuador	14	0,50	18,13
Burkina Faso	15	0,53	104,62
Eritrea	15	0,53	154,83
Afghanistan	14	0,50	105,94
Brasile	13	0,46	10,75
Ghana	12	0,43	24,86

Nota: sono esclusi i casi di TB per i quali non è nota la regione di competenza. I tassi di incidenza sono calcolati sui residenti in Italia, classificati per Paese di nascita.

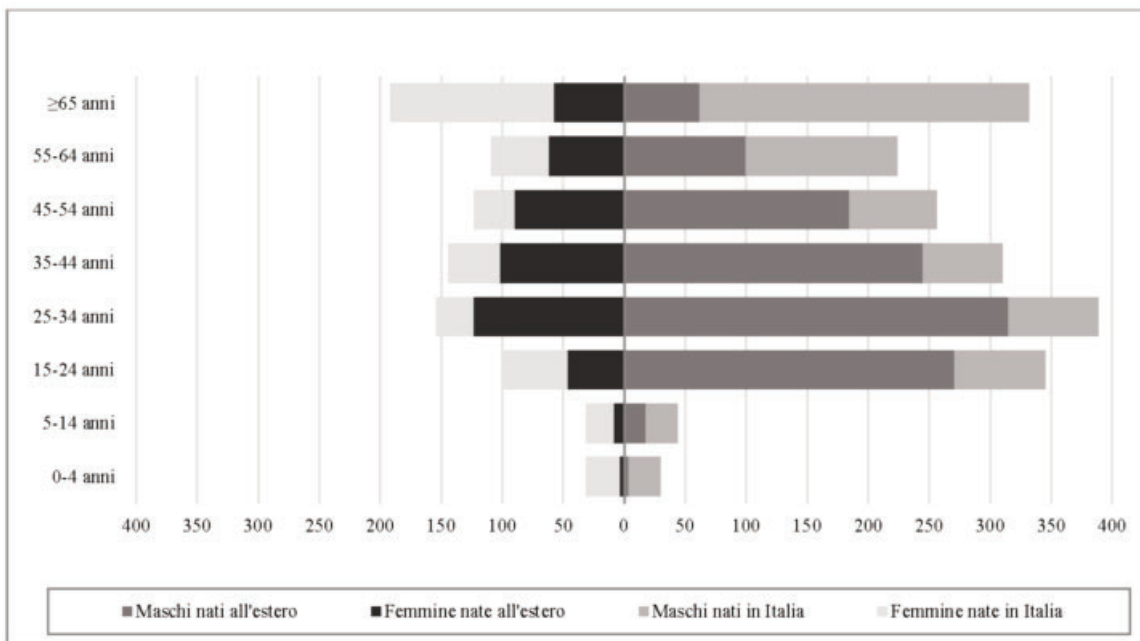
n.d.: non disponibile, poiché non è possibile attribuire il Paese di nascita e, di conseguenza, individuare il denominatore di riferimento.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale delle Emergenze Sanitarie, Ufficio 2 - Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili. Anno 2025.

Grafico 1 - Casi (valori per 100) di tubercolosi tra gli italiani e le persone nate all'estero - Anni 2006-2023

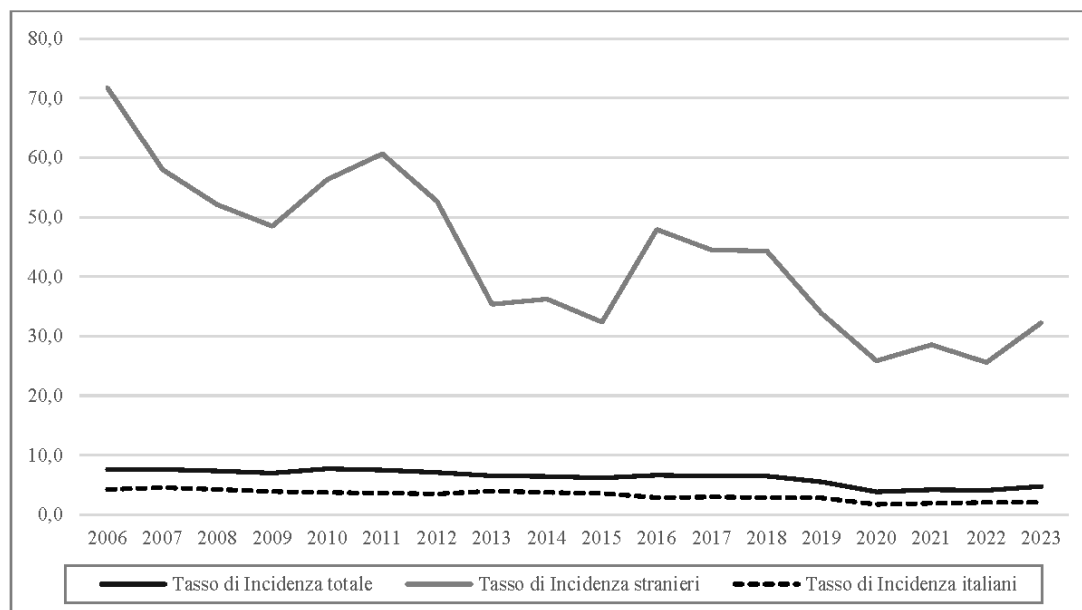
Nota: sono esclusi i casi di TB per i quali non è nota la regione di competenza.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale delle Emergenze Sanitarie, Ufficio 2 - Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili. Anno 2025.

Grafico 2 - Casi (valori assoluti) di tubercolosi per genere, età e Paese di nascita - Anno 2023

Nota: sono esclusi i casi di TB per i quali non è nota la regione di competenza.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale delle Emergenze Sanitarie, Ufficio 2 - Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili. Anno 2025.

Grafico 3 - Tasso (valori per 100.000) di incidenza di tubercolosi totale e per Paese di nascita - Anni 2006-2023

Nota: sono esclusi i casi di TB per i quali non è nota la regione di competenza.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale delle Emergenze Sanitarie, Ufficio 2 - Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'Italia aderisce alla strategia globale *End TB*, che, per i Paesi a bassa endemia, prevede una fase di forte riduzione (meno di 10 casi per milione entro il 2035) e di eliminazione (meno di 1 caso per milione entro il 2050), attraverso il rafforzamento della prevenzione, della diagnosi e del controllo, soprattutto tra i gruppi di popolazione più vulnerabili. La sorveglianza e la gestione della TB rientrano tra gli Obiettivi strategici del PNP 2020-2025. In questo contesto, la proporzione di casi di TB polmonare persi al *follow-up* costituisce un indicatore rilevante per il monitoraggio dell'attuazione delle Linee strategiche adottate.

Nel corso degli anni, il Ministero della Salute ha elaborato diversi documenti e Linee Guida in modo armonizzato con le raccomandazioni dell'OMS e del ECDC, indirizzate ai Paesi a bassa incidenza di TB. In particolare, a partire dal 2010, è stata pubblicata, in collaborazione con le Autorità Sanitarie Regionali e le amministrazioni pubbliche, una serie di raccomandazioni per il controllo della TB nella popolazione immigrata, con l'obiettivo di rafforzare le attività di diagnosi e sorveglianza, anche attraverso campagne di sensibilizzazione e iniziative formative. Tra gli obiettivi prioritari vi sono il miglioramento del trattamento e della gestione dei casi, il rafforzamento dell'aderenza terapeutica, nonché la promozione dell'integrazione tra i servizi sanitari territoriali e altri attori istituzionali e del terzo settore (Enti pubblici, Enti del privato sociale e organizzazioni di volontariato). Tali azioni mirano a facilitare l'accesso ai servizi sanitari per la popolazione

immigrata e per altri gruppi sociali vulnerabili.

In questo contesto si inserisce la pubblicazione di due Linee guida di particolare rilievo: nel 2017, con aggiornamento nel 2023, "I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei Centri di accoglienza" (5); nel 2018, con aggiornamento nel 2024, "Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia" (6).

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. 2025. Sistema nazionale di notifica delle malattie infettive (PREMAL). Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/it/tema/malattie-infettive/modalita-di-segnalazione-delle-malattie-infettive.
- (2) Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. 2023. I casi di Tubercolosi in Italia - Periodo 2009-2021. Disponibile sul sito: www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1702890250.pdf.
- (3) European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC. 2023. Surveillance Atlas of Infectious Diseases. Disponibile sul sito: <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx>.
- (4) European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC, and World Health Organization - WHO, European Region. 2025. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2025 (2023 data). Disponibile sul sito: www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/TB-2025-Surveillance-report.pdf.
- (5) Baglio, G., M. Marceca, e M.E. Tosti (coordinatori). 2017 (aggiornato nel 2023). I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza. Linea Guida Salute Migranti. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/LG_Migranti-web.pdf.
- (6) Baglio, G., M. Marceca, e M.E. Tosti (coordinatori). 2014 (aggiornato nel 2024). Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia. Linea Guida Salute Migranti. Disponibile sul sito: www.inmp.it/lg/LG_Tubercolosi.pdf.

Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia

Significato. L'analisi della mortalità per causa nella popolazione residente in Italia con cittadinanza straniera è stata condotta utilizzando i tassi specifici di mortalità. Questi indicatori rappresentano una misura indiretta del livello di salute della popolazione e, in questo caso, del grado di integrazione degli stranieri in Italia. Al fine di raggiungere un livello di comparabilità adeguato a fronte di un universo di riferimento così fortemente differenziato, tutti i tassi prodotti

sono stati standardizzati con il metodo diretto o della popolazione tipo, individuata nella Popolazione mondiale totale del 1976 (1), e sono stati calcolati sia considerando tutte le età oltre il primo anno di vita, sia con riferimento alla classe di età 18-64 anni. In questo modo è stato possibile condurre valutazioni comparate calcolando i tassi std anche per genere, per aree di cittadinanza e per i principali gruppi di cause di morte (2).

Tasso di mortalità degli stranieri residenti in Italia

Numeratore	Decessi di stranieri residenti in Italia oltre il 1° anno di vita o in età 18-64 anni
Denominatore	Popolazione media straniera residente in Italia oltre il 1° anno di vita o in età 18-64 anni

x 10.000

Validità e limiti. La principale fonte di riferimento per la costruzione degli indicatori è l'Indagine sui decessi e sulle cause di morte, condotta correntemente dall'Istat e basata sulle informazioni raccolte tramite la scheda di morte (Modelli Istat D4 e D4bis). Tale rilevazione si riferisce alla totalità dei decessi avvenuti sul territorio nazionale in un anno di calendario, conteggiando tutti gli eventi (dei presenti e dei residenti) compresi, quindi, quelli degli stranieri non regolari. Non essendo disponibile in modo continuativo il complesso della popolazione presente, le elaborazioni dei tassi di mortalità sono state circoscritte al sottogruppo dei residenti, per i quali sono disponibili i denominatori di riferimento con periodicità annuale. A partire dalle analisi dei dati relative all'anno 2008, per i denominatori è stata utilizzata la stima della popolazione straniera residente media, disaggregata per singolo anno di età, genere e Paese di cittadinanza, predisposta ad hoc da un gruppo di lavoro di esperti dell'Istat fino al 2018. Successivamente, sono stati utilizzati il Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni e i dati del Registro degli individui. È opportuno segnalare, inoltre, che l'ammontare dei cittadini stranieri deceduti in Italia comprende solo i casi in cui è indicata la cittadinanza straniera (o apolide) e non include né i decessi privi di tale informazione, né quelli senza l'indicazione che si tratti di cittadino straniero o italiano.

Valore di riferimento/Benchmark. I confronti sono effettuati tra i risultati a livello regionale/ripartizionale e il dato medio italiano per i tassi complessivi, tra genere e aree di cittadinanza, considerando i tassi per gruppi di cause.

Descrizione dei risultati

Nel periodo di osservazione 1992-2022, l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo

anno di vita in Italia ha superato le 105.000 unità, con un andamento crescente degli eventi che registra una variazione percentuale media annua del +7,8% per i residenti, del +2,9% per i non residenti e del +6,0% nel complesso. Tali aumenti sono decisamente più significativi per i decessi degli stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria (Pfp): +10,5% tra i residenti, +5,4% tra i non residenti, +8,7% per il totale (Tabella 1). Nel 2022 si sono registrati 11.458 decessi di cittadini stranieri in Italia, di cui 8.929 residenti (circa il 78% del totale) e 2.529 non residenti. Di questi, la quota di cittadini dei Pfp rappresenta quasi l'84%, pari a 9.604 decessi, di cui 7.823 residenti e 1.781 non residenti. Tra i decessi, la proporzione di non residenti risulta più consistente rispetto a quella dei residenti per tutto il decennio 1992-2002, con un'inversione a partire dal 2003. Da qui la quota dei decessi degli stranieri residenti comincia a registrare un aumento costante, seppure con una lieve battuta di arresto nel 2013 e con valori oscillanti fino al 2022, quando raggiunge nel complesso il 77,9%, che sale all'81,5% per i Pfp. In generale, tale cambiamento si spiega con l'allargamento dell'UE e con l'ingresso di 10 nuovi Paesi nel 2004, di Romania e di Bulgaria nel 2007 e della Croazia nel 2013. Il Regno Unito è uscito ufficialmente dall'UE a partire dal 31 gennaio 2020, proprio all'inizio della diffusione del COVID-19. Gli anni 2020 e 2021 rappresentano infatti il periodo in cui la pandemia ha raggiunto la sua fase più acuta e sono caratterizzati da un aumento consistente dei decessi, in particolare tra gli stranieri residenti in Italia, rispetto al 2019. La variazione percentuale è stata pari al +30,1% tra il 2022 e il 2019 (anno benchmark precedente alla pandemia) e al +7,3% tra il 2022 e il 2021.

Tali percentuali sono, rispettivamente, pari a +33,8% (2022 vs 2019) e a +3,8% (2022 vs 2021) per i deceduti dei Pfp residenti in Italia. Per i decessi dei non residenti, invece, si osserva una tendenza diversa: mentre

la variazione 2022-2019 risulta più contenuta (+13,6%; +17,6% per gli stranieri dei Pfp), quella annuale tra 2022 e 2021 mostra un aumento più marcato, pari al +40% (+27,3% per gli stranieri dei Pfp). Tale situazione è sicuramente legata a un eccesso di mortalità riscontrato anche tra i residenti italiani e stranieri negli anni della pandemia, poiché le politiche di contenimento della malattia e di confinamento, attuate a livello nazionale nel 2020 e 2021, hanno fortemente limitato gli spostamenti dal nostro Paese. Gli stranieri non residenti diminuiscono in termini di proporzione rispetto al totale dei decessi, ma durante gli anni della fase acuta della pandemia si sono ridotte anche le possibilità di spostarsi liberamente dai Paesi di origine. Escludendo la situazione peculiare degli anni 2020 e 2021, a ogni modo, l'allargamento dell'UE, nei primi anni 2000 e fino al 2013, ha favorito e incrementato i flussi migratori verso l'Italia, dando anche origine a un effetto moltiplicatore, attraverso un passaggio di poste dal sottogruppo dei decessi dei non residenti a quello dei residenti, e provocando nell'ambito di quest'ultimo, come diretta conseguenza, l'aumento dei decessi dei cittadini stranieri dei Pfp. In effetti, l'appartenenza all'UE porta con sé una serie di vantaggi, sia in termini più generali di mobilità, sia di integrazione, attraverso un accesso più agevolato ai principali servizi del Paese di arrivo, compresi quelli sanitari, che senz'altro contribuiscono al processo di stabilizzazione della popolazione straniera in Italia (3).

Esaminando i tassi std di mortalità degli stranieri per regione di residenza, anche per gli anni 2020, 2021 e 2022, si conferma il ruolo differenziale sia di genere, con valori più bassi per le donne, sia della componente territoriale. Al fine di garantire una maggiore stabilità dei valori nelle regioni con la più esigua numerosità di casi, nella presente Edizione del Rapporto Osservasalute si ripropone il tasso std di mortalità medio per genere relativo al triennio 2020-2022. Il dato per l'Italia è, nel complesso, pari a 15,5 per 10.000 residenti, 20,1 per 10.000 per gli uomini e 12,3 per le donne. I valori più alti si registrano in particolare per PA di Bolzano, PA di Trento, Molise, Puglia, Marche e Piemonte, e variano (in ordine decrescente per il totale) tra 21,9 e 17,2 per 10.000 residenti. I tassi più bassi nel 2020-2022 si rilevano in Basilicata, Campania, Valle d'Aosta, Sardegna, Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia (tra 11,5 e 14,7 per 10.000) (Tabella 2). Il quadro delineato è legato alla geografia dei flussi migratori in entrata in Italia, in linea con quella del mercato del lavoro, strettamente connesso anche all'elevata mortalità per cause esterne, che comprendono quelle accidentali e violente, con le morti sul lavoro, ancora oggi elemento che connota negativamente i cittadini stranieri, soprattutto gli uomini, che rappresentano circa il 54% del totale dei decessi nel periodo 2020-2022 e il 13% dei decessi attribuibile alle cause violente.

Per portare avanti analisi più robuste e stabili, con una

copertura affidabile e un maggiore dettaglio delle variabili nella costruzione dei tassi di mortalità standardizzati (genere, aree di cittadinanza e cause di morte), la popolazione di interesse è stata circoscritta agli stranieri residenti in età compresa tra 18 e 64 anni (3, 4). Sono stati inoltre calcolati i tassi std di mortalità per gli italiani e i Rischi Relativi (RR) per ciascuna area di cittadinanza, come rapporti tra i tassi specifici, con riferimento ai tassi degli italiani. Il confronto tra gli anni del quinquennio 2018-2022 mette in luce il netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza, ma più contenuto per i cittadini dei Paesi a sviluppo avanzato (Psa), e un andamento differenziato dei tassi di mortalità standardizzati (Tabella 3). Gli uomini dei Pfp, nel complesso, presentano una tendenza all'aumento dei tassi di mortalità, con una lieve diminuzione registrata nel 2022 (17,6 per 10.000). Il valore più basso nel 2018 è pari a 14,9 per 10.000; quello più alto nel 2021 è pari a 18,8 per 10.000. La variazione percentuale media annua 2022-2018 è pari a +4,3%. Separando il gruppo dei Paesi di più recente adesione all'UE (Pfp1) dagli altri Pfp, si riscontra un aumento complessivo del 5,3%, dovuto soprattutto alla forte crescita del 2021 (23,6 per 10.000). Gli uomini con nazionalità dei Psa presentano un andamento non costante dei tassi, dovuto al numero di decessi particolarmente esiguo in questa area di cittadinanza, la cui popolazione risulta, nel complesso, più protetta grazie alle migliori condizioni sociali ed economiche sperimentate in Italia e nei Paesi di origine. Il tasso di mortalità degli uomini dei Psa residenti in Italia passa da 11,7 per 10.000 nel 2018 a 13,2 per 10.000 nel 2020, per poi ridursi a 9,8 per 10.000 nel 2021; nel 2022 il tasso è infine pari a 11,9 per 10.000. I tassi di mortalità degli uomini italiani rimangono stabili, pari a circa 18 decessi per 10.000 abitanti tra il 2017 e il 2019, e aumentano nel 2020 e nel 2021 (19,3 e 19,5 per 10.000, rispettivamente), per poi tornare al livello di 18,4 per 10.000 nel 2022 (+0,4% la variazione percentuale media annua nel periodo 2018-2022). Per quanto riguarda le donne, nel quinquennio considerato i tassi registrano variazioni percentuali positive per le cittadine dei Pfp (+4,3%), particolarmente elevate per il sottogruppo Pfp1 (+21,0%). La variazione percentuale 2022-2018 è negativa per i Psa (-1,5%). I tassi di mortalità tra le donne italiane restano stabili. Dal confronto con gli italiani, attraverso i RR calcolati per ciascuna area di cittadinanza, emerge che i tassi di mortalità dei cittadini stranieri, sia per gli uomini sia per le donne, sono quasi sempre inferiori all'unità, confermando un vantaggio ormai consolidato. I cittadini dei Pfp1 fanno eccezione: nel 2021 e nel 2022 hanno registrato RR, rispettivamente, pari a 1,2 e 1,1 per gli uomini e 1,4 per le donne nel 2022.

Con riferimento agli anni 2020, 2021 e 2022, sono stati presi in esame i consueti grandi gruppi di malattie, ai

quali è stato aggiunto, a partire dal 2020, il gruppo COVID-19, definito secondo le raccomandazioni dell'OMS per le statistiche sulle cause di morte in Italia prodotte dall'Istat. Per gli stranieri di tutte le aree di cittadinanza, i tumori, seguiti dalle malattie del sistema circolatorio (nell'ambito delle cause naturali) e le cause violente rappresentano le cause principali di morte, sia per gli uomini sia per le donne di età 18-64 anni (Tabella 4).

A differenza delle altre cause di morte, per i PsA si registra uno svantaggio delle donne rispetto agli uomini nei tassi di mortalità per tumore nel 2021, anno in cui la pandemia ha registrato una fase molto acuta (nel 2019, 3,1 e 3,2 per 10.000, rispettivamente, per uomini e donne; nel 2021, 3,6 e 4,3 per 10.000). Nel 2022, il tasso di mortalità per tumore torna a essere più elevato tra gli uomini (3,27 per 10.000 vs 2,94 per le donne). Nel 2020, seppure i tassi di mortalità per tumore siano più elevati rispetto all'anno precedente, i valori risultano più elevati per gli uomini (5,1 vs 4,5 per 10.000 per le donne). Lo svantaggio femminile in termini di mortalità per tumore si registra nel 2022 anche tra i PfpM1, con tassi rispettivamente, pari a 6,13 e 7,59 per 10.000 per gli uomini e le donne. In generale, i cittadini dei PfpM presentano tassi di mortalità più elevati rispetto a quelli dei PsA. Per i PfpM e i PfpM1, il gruppo delle malattie infettive e parassitarie si distingue per i tassi di mortalità più alti rispetto agli italiani per entrambi i generi, valori che riflettono un'ampia varietà di progetti migratori spesso caratterizzati da serie criticità già presenti nei Paesi di origine, i cui strascichi di indebolimento mettono gli stranieri particolarmente a rischio rispetto a queste cause di morte. Nel 2022, per i PfpM, ciò si traduce in un RR pari a 1,4 per gli uomini e a 1,3 per le donne. Le donne e gli uomini dei PfpM registrano, inoltre, spesso una mortalità più elevata per Cause esterne (accidentali e violente) rispetto a quella degli italiani. I livelli del RR sono, nel 2022, pari a 1,1 per gli uomini e 1,0 per le donne, e a 1,4 e 2,1, rispettivamente, per gli uomini e le donne, per i PfpM1. L'analisi della mortalità relativa a questi gruppi di cau-

se rimanda sia allo stile di vita, legato soprattutto al pregresso di alcuni Paesi di origine, sia alle condizioni particolarmente critiche di alcuni settori del mercato del lavoro in Italia, più pericolosi e a maggiore rischio di incidenti.

Per quanto riguarda i casi di decesso attribuibili al COVID-19, si registrano tassi decisamente più elevati per gli uomini dei PfpM e dei PfpM1 rispetto ai PsA, ma con alcune differenze tra i livelli registrati nel 2020 e nel 2021. Nel 2020, tra gli uomini dei PfpM, nel complesso, si osserva un tasso di 2,1 per 10.000, mentre per i PfpM1 è pari a 0,8 per 10.000. Nel 2021, la situazione è ribaltata, con livelli pari, rispettivamente, a 2,2 e 2,5 per 10.000. Per le donne, i livelli del tasso sono più contenuti: per PfpM e PfpM1, 0,7 e 0,3 per 10.000 nel 2020 e 0,8 e 0,6 per 10.000 nel 2021. Nel 2022 i tassi di mortalità per COVID-19 sono decisamente più contenuti. Per i PfpM e PfpM1 si registrano, nel complesso, valori pari a 0,5 e 0,7 per 10.000 abitanti; anche per i PsA si attestano circa 0,2 decessi per 10.000 abitanti (Tabella 4).

Gli italiani registrano tassi di mortalità per COVID-19 pressoché analoghi tra il 2020 e il 2021, pari a 1,7 per 10.000 per gli uomini e 0,6 per 10.000 per le donne nel 2020, e a 1,7 e 0,7 per 10.000, rispettivamente, nel 2021. Nel 2022, anche per gli italiani, i tassi scendono a 0,9 per 10.000 per gli uomini e a 0,4 per 10.000 per le donne.

Infine, il ruolo del gruppo residuale delle Altre malattie è molto rilevante per gli italiani: nel 2020 e 2021, per le donne rappresenta addirittura la seconda causa di morte (1,9 per 10.000), superando le Malattie del sistema circolatorio (1,2 per 10.000); anche nel 2022 il tasso di mortalità per Altre malattie è pari a 2,0 per 10.000 per le donne, contro 1,2 delle malattie del sistema circolatorio. Per gli uomini, infine, con valori pari a 4,1, 4,3 e 4,2 per 10.000, rispettivamente, nel 2020, 2021 e 2022, questo tasso std di mortalità si colloca al secondo posto, subito dopo le malattie cardiovascolari, e presenta valori più elevati rispetto alle cause esterne.

Tabella 1 - Decessi (valori assoluti e valori per 100) di stranieri residenti e non in Italia oltre il 1° anno di vita - Anni 1992, 2000, 2010, 2014-2022*

Anni	Totale stranieri deceduti in Italia			Totale stranieri deceduti in Italia (%)			Di cui: Paesi a forte pressione migratoria**			Di cui: Paesi a forte pressione migratoria (%)	
	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti		Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti
1992	926	1.071	1.997	46,37	53,63		390	389	779	50,06	49,94
2000	1.665	1.875	3.540	47,03	52,97		845	1.015	1.860	45,43	54,57
2010	3.949	2.060	6.009	65,72	34,28		3.217	1.441	4.658	69,06	30,94
2014	4.800	1.982	6.782	70,78	29,22		3.986	1.359	5.345	74,57	25,43
2015	5.331	2.103	7.434	71,71	28,29		4.387	1.403	5.790	75,77	24,23
2016	5.333	2.119	7.452	71,56	28,44		4.440	1.431	5.871	75,63	24,37
2017	6.187	2.276	8.463	73,11	26,89		5.240	1.579	6.819	76,84	23,16
2018	6.376	2.139	8.515	74,88	25,12		5.421	1.460	6.881	78,78	21,22
2019	6.583	2.227	8.810	74,72	25,28		5.663	1.515	7.178	78,89	21,11
2020	8.397	1.790	10.187	82,43	17,57		7.393	1.458	8.851	83,53	16,47
2021	8.876	1.806	10.682	83,09	16,91		7.850	1.399	9.249	84,87	15,13
2022	8.929	2.529	11.458	77,93	22,07		7.823	1.781	9.604	81,46	18,54

*Il numero dei cittadini stranieri deceduti in Italia è elaborato dall'Indagine sui decessi e sulle cause di morte dell'Istat, considerando solo i casi in cui è indicata la condizione di "cittadinanza straniera"; sono esclusi i decessi per i quali tale informazione non è riportata.

**Il gruppo dei Pfp include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi di più recente adesione all'UE, entrati a far parte dell'UE a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 e, quindi, Malta, Cipro, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE. I cittadini di San Marino, quelli della Città del Vaticano e gli apolidi non sono stati inclusi nelle analisi.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati Istat "Indagine sui decessi e sulle cause di morte". Anno 2025.

Tabella 2 - Decessi (valori assoluti) e tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità oltre il primo anno di vita degli stranieri residenti in Italia per genere, regione e macroarea - Anni 2020-2022*

Regioni/Macroaree	Decessi di stranieri residenti (2020)			Decessi di stranieri residenti (2021)			Decessi di stranieri residenti (2022)			Tassi std di mortalità (media 2020-2022)		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Piemonte	422	340	762	384	359	743	416	341	757	22,0	14,0	17,2
Valle d'Aosta	7	5	12	8	6	14	7	6	13	19,5	7,9	12,8
Lombardia	1.024	807	1.831	888	798	1.686	936	790	1.726	19,0	11,7	14,7
Bolzano-Bozen	63	44	107	54	51	105	73	58	131	29,4	16,4	21,9
Trento	53	39	92	46	40	86	45	49	94	26,5	14,7	19,1
Veneto	368	344	712	402	363	765	440	382	822	19,0	13,0	15,4
Friuli-Venezia Giulia	127	98	225	130	116	246	139	94	233	24,5	11,5	16,7
Liguria	140	120	260	142	137	279	173	126	299	20,6	11,9	15,7
Emilia-Romagna	447	385	832	469	387	856	453	404	857	19,2	10,9	14,1
Toscana	337	301	638	408	346	754	386	353	739	18,6	11,5	14,3
Umbria	82	76	158	99	93	192	100	85	185	20,5	13,0	15,7
Marche	124	121	245	130	124	254	143	114	257	23,5	13,7	17,3
Lazio	607	464	1071	742	569	1311	692	519	1.211	20,9	11,8	15,7
Abruzzo	80	86	166	81	89	170	83	93	176	20,9	13,7	16,8
Molise	10	10	20	15	9	24	15	8	23	27,3	13,2	18,2
Campania	190	177	367	241	187	428	216	175	391	16,4	10,2	12,7
Puglia	120	114	234	152	114	266	160	120	280	21,7	14,7	17,9
Basilicata	13	12	25	13	14	27	19	15	34	15,4	9,1	11,5
Calabria	77	73	150	106	80	186	84	95	179	18,1	14,3	15,9
Sicilia	182	120	302	206	131	337	184	167	351	17,5	14,3	16,1
Sardegna	34	37	71	37	53	90	52	45	97	15,0	11,5	13,2
Regione non indicata	93	24	117	44	13	57	48	26	74	-	-	-
Nord-Ovest	1.593	1.272	2.865	1.422	1.300	2.722	1.532	1.263	2.795	14,0	8,0	10,5
Nord-Est	1.058	910	1.968	1.101	957	2.058	1.150	987	2.137	14,6	8,1	10,8
Centro	1.150	962	2.112	1.379	1.132	2.511	1.321	1.071	2.392	15,1	7,9	11,0
Sud	490	472	962	608	493	1101	577	506	1.083	14,5	9,0	11,5
Isole	216	157	373	243	184	427	236	212	448	13,7	9,2	11,4
Macroarea non indicata	93	24	117	44	13	57	48	26	74	-	-	-
Italia	4.600	3.797	8.397	4.797	4.079	8.876	4.864	4.065	8.929	20,1	12,3	15,5

*Nel caso di un numero di decessi troppo esiguo o di impossibilità di calcolare il tasso standardizzato, è stato utilizzato il segno convenzionale "-".

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati Istat "Indagine sui decessi e sulle cause di morte". Stima del numero di stranieri residenti per età e cittadinanza (per i denominatori dei tassi), fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Anno 2025.

Tabella 3 - Tasso (standardizzato per 10.000) e Rischio Relativo di mortalità degli stranieri residenti in Italia e degli italiani di età 18-64 per genere e area di cittadinanza - Anni 2018-2022

Aree di cittadinanza*	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
	Tassi std					Rischi Relativi				
Maschi										
Paesi a sviluppo avanzato	11,7	11,5	13,2	9,8	11,9	0,6	0,6	0,7	0,5	0,6
Paesi a forte pressione migratoria	14,9	16,1	18,6	18,8	17,6	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0
Di cui: Paesi di più recente adesione all'UE	17,1	18,2	18,0	23,6	21,0	0,9	1,0	0,9	1,2	1,1
Italia	18,1	18,3	19,3	19,5	18,4	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Femmine										
Paesi a sviluppo avanzato	6,7	7,2	7,7	7,7	6,3	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6
Paesi a forte pressione migratoria	7,1	7,0	8,4	8,7	8,4	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8
Di cui: Paesi di più recente adesione all'UE	6,9	7,4	7,5	8,8	14,8	0,7	0,7	0,7	0,8	1,4
Italia	10,3	10,6	10,6	10,6	10,3	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Totale										
Paesi a sviluppo avanzato	8,6	8,9	10,0	8,6	8,2	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6
Paesi a forte pressione migratoria	10,3	10,7	12,6	13,1	12,4	0,7	0,7	0,8	0,9	0,9
Di cui: Paesi di più recente adesione all'UE	10,3	10,8	10,9	13,7	17,5	0,7	0,8	0,7	0,9	1,2
Italia	14,2	14,4	14,9	15,0	14,3	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

*Per il dettaglio dei Pfp e del di cui dei Paesi di più recente adesione all'UE, cfr. Nota ** della Tabella 1.

I Paesi a sviluppo avanzato includono quelli dell'UE15, gli altri Paesi europei, il Giappone, Israele, l'Australia e la Nuova Zelanda, il Canada e gli Stati Uniti d'America.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati Istat "Indagine sui decessi e sulle cause di morte". Stima del numero di stranieri residenti per età e cittadinanza (per i denominatori dei tassi), fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Anno 2025.

Tabella 4 - Tasso (standardizzato per 10.000) e Rischio Relativo di mortalità degli stranieri residenti in Italia e degli italiani di età 18-64 anni per causa di decesso, genere e area di cittadinanza - Anni 2020-2022

Area di cittadinanza*Causa di decesso**		2020			2021			2022			Rischi Relativi (rif: tasso degli italiani 2022)	
		M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F
<i>Paesi a sviluppo avanzato</i>	Malattie infettive	0,11	0,06	0,08	0,21	0,05	0,11	0,63	0,00	0,21	1,6	0,0
	Tumori	5,14	4,51	4,88	3,58	4,32	4,10	3,27	2,94	3,03	0,5	0,5
	Malattie del Sistema Circolatorio	1,80	0,88	1,21	1,34	0,89	1,07	2,11	0,88	1,38	0,6	0,8
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,20	0,20	0,21	0,29	0,00	0,12	0,60	0,00	0,21	1,1	0,0
	Cause esterne di mortalità	2,42	0,52	1,38	1,74	0,67	1,10	2,75	0,87	1,47	1,0	1,3
	Altre malattie	2,61	1,35	1,78	2,11	1,31	1,62	2,43	1,33	1,72	0,6	0,7
	COVID-19	0,91	0,16	0,45	0,48	0,43	0,44	0,09	0,25	0,18	0,1	0,6
	Tasso standardizzato totale	13,20	7,68	10,01	9,76	7,68	8,56	11,88	6,27	8,21	0,6	0,6
<i>Paesi a forte pressione migratoria</i>	Malattie infettive e parassitarie	0,61	0,23	0,40	0,61	0,25	0,41	0,54	0,22	0,36	1,4	1,3
	Tumori	5,39	4,15	4,56	4,83	4,03	4,29	4,90	4,25	4,43	0,8	0,8
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,47	1,05	2,03	3,98	1,11	2,32	3,67	1,12	2,21	1,1	1,0
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,65	0,22	0,40	0,51	0,16	0,30	0,51	0,17	0,32	0,9	0,6
	Cause esterne di mortalità	2,58	0,65	1,59	2,88	0,72	1,78	3,16	0,70	1,94	1,1	1,0
	Altre malattie	3,77	1,45	2,43	3,79	1,64	2,56	3,99	1,59	2,65	0,9	0,8
	COVID-19	2,11	0,68	1,23	2,23	0,84	1,40	0,78	0,32	0,50	0,9	0,7
	Tasso standardizzato totale	18,58	8,42	12,63	18,84	8,75	13,06	17,55	8,38	12,41	1,0	0,8
<i>Di cui: Paesi di più recente adesione all'UE</i>	Malattie infettive e parassitarie	0,26	0,13	0,18	0,53	0,25	0,35	0,43	0,27	0,35	1,1	1,6
	Tumori	6,57	4,09	4,77	6,43	4,27	4,87	6,13	7,59	6,68	1,0	1,4
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,46	0,95	1,73	4,60	1,07	2,20	4,10	1,76	2,78	1,2	1,5
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,54	0,15	0,27	0,51	0,14	0,26	0,44	0,20	0,30	0,8	0,7
	Cause esterne di mortalità	2,52	0,63	1,37	3,96	0,85	2,06	3,75	1,41	2,61	1,4	2,1
	Altre malattie	3,92	1,21	2,06	5,05	1,66	2,77	5,24	2,89	4,00	1,2	1,4
	COVID-19	0,76	0,34	0,46	2,54	0,61	1,18	0,88	0,66	0,74	1,0	1,5
	Tasso standardizzato totale	18,02	7,49	10,86	23,61	8,84	13,69	20,97	14,78	17,47	1,1	1,4
Italia	Malattie infettive e parassitarie	0,39	0,17	0,28	0,40	0,17	0,28	0,39	0,17	0,28	1,0	1,0
	Tumori	6,56	5,86	6,20	6,42	5,72	6,05	6,13	5,57	5,84	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,54	1,22	2,37	3,48	1,18	2,30	3,43	1,15	2,28	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,71	0,32	0,51	0,56	0,26	0,41	0,56	0,28	0,42	1,0	1,0
	Cause esterne di mortalità	2,39	0,60	1,50	2,68	0,65	1,67	2,77	0,69	1,74	1,0	1,0
	Altre malattie	4,05	1,87	2,96	4,27	1,94	3,09	4,22	2,01	3,11	1,0	1,0
	COVID-19	1,70	0,57	1,13	1,71	0,68	1,19	0,86	0,44	0,65	1,0	1,0
	Tasso standardizzato totale	19,34	10,61	14,94	19,51	10,60	14,99	18,36	10,30	14,32	1,0	1,0

*Per il dettaglio delle aree di cittadinanza, cfr. Nota ** della Tabella 1 e Nota * della Tabella 3.

**I gruppi di cause di morte sono riferiti alla decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10): Malattie infettive e parassitarie (A00-B99); Tumori (C00-D48); Malattie del Sistema Circolatorio (I00-I99); Malattie del Sistema Respiratorio (J00-J99); Cause esterne di morbosità e mortalità (V01-Y98); Altre malattie (D50-H95; K00-K93; L00-Q99; R00-R99); COVID-19 (U071-U072; U099; U109).

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati Istat "Indagine sui decessi e sulle cause di morte". Stima del numero di stranieri residenti per età e cittadinanza (per i denominatori dei tassi), fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi della mortalità della popolazione straniera in Italia ha evidenziato le specificità dei diversi gruppi, spesso riconducibili a condizioni pregresse già riscontrate nei Paesi di origine. Tuttavia, una parte significativa delle disuguaglianze di salute osservate è determinata dalle difficoltà incontrate nel Paese di arrivo, come la discriminazione, l'esclusione dal mercato del lavoro e la scarsa integrazione sociale ed economica. Questi fattori rappresentano determinanti cruciali dello stato di salute degli stranieri, contribuendo ad accrescere il rischio di mortalità per alcune cause specifiche, in particolare per le malattie infettive e gli eventi accidentali o violenti.

Tali vulnerabilità non sono soltanto indicatori di disa-

gio individuale, ma anche segnali di un sistema di accoglienza e di *welfare* che fatica a rispondere in modo equo e inclusivo. Le problematiche legate al riconoscimento dei diritti sociali dei cittadini stranieri rappresentano, infatti, veri e propri segnali di politiche sanitarie e sociali non sempre efficaci. È, dunque, fondamentale rafforzare gli strumenti di accesso ai servizi e migliorare la capacità del sistema di prendersi cura, in modo mirato e competente, dei bisogni sanitari di questi gruppi di popolazione.

Riferimenti bibliografici

(1) Waterhouse, J.A.H., C.S. Muir, P. Correa, and J. Powell (Eds.). 1976. "Cancer incidence in Five Continents - Volume III". IARC Scientific Publication, N. 15. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer - IARC.

(2) Maccheroni, C. 2018. La standardizzazione dei tassi grezzi in campo demografico e degli indicatori delle condizioni di salute. Torino, Italia: Pathos Edizioni.

(3) Bruzzone, S., C. Maccheroni, e N. Mignolli. 2020. "Il ruolo della presenza straniera nella dinamica demografica italiana. Andamento e caratteristiche del fenomeno migratorio con un focus su fecondità e mortalità": 9-59. In *Immigrazione e integrazione. Effetti demografici, sanitari e sociali*. Roma, Italia: Aracne Editrice. (ISBN 978-88-255-3516-7 - DOI 10.4399/97888255351672).

(4) Maccheroni, C., S. Bruzzone, e N. Mignolli. 2007. "La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto". In Di Comite, L., O. Garavello, e F. Galizia (a cura di). *Sviluppo demografico ed economico nel Mediterraneo. Collana Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo*, N. 35. Bari, Italia: Cacucci Editore.

(5) Meslé, F., et V. Hertrich. 1997. "Évolution de la mortalité en Europe : la divergence s'accroît entre l'Est et l'Ouest" : 479-508. In *Congrès international de la population UIESP/IUSSP*, Beijing.

Natimortalità e mortalità perinatale

Significato. La natimortalità e la mortalità perinatale sono indicatori cruciali per monitorare la salute materno-infantile e valutare la qualità dell'assistenza sanitaria lungo il percorso della nascita. In Italia, le donne straniere presentano tassi di natimortalità e di mortalità perinatale più elevati rispetto a quelli delle donne italiane, spesso a causa di fattori socio-econo-

mici, difficoltà di accesso ai servizi sanitari e barriere linguistiche o culturali. Questi fenomeni evidenziano disuguaglianze nella salute riproduttiva. Migliorare l'assistenza e l'integrazione può contribuire a ridurre tali disparità; pertanto, monitorare questi indicatori è fondamentale per programmare politiche sanitarie inclusive.

Tasso di natimortalità

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Totali morti}}{\text{Totali nati}} \times 1.000$$

Tasso di mortalità perinatale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Nati morti + Decessi neonatali precoci (0-6 giorni)}}{\text{Totali nati}} \times 1.000$$

Validità e limiti. Gli indicatori sono calcolati utilizzando i dati dei CedAP del Ministero della Salute (1), quelli dell'Istat relativi all'Indagine sui decessi e le cause di morte (2, 3) e all'Indagine sulle dimissioni dagli Istituti di cura per aborto spontaneo (3, 4).

Il CedAP viene compilato per ogni parto in Italia, presso i punti nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. L'indagine sui decessi e sulle cause di morte riguarda tutti i decessi avvenuti sul territorio nazionale. L'Indagine sugli aborti spontanei rileva esclusivamente i casi ospedalizzati e non quelli che si risolvono senza necessità di ricovero ospedaliero, che riguardano soprattutto età gestazionali più precoci.

Il tasso di natimortalità è definito come il rapporto tra il numero di nati morti in un determinato periodo e il numero totale di nati nello stesso periodo; il tasso di mortalità perinatale considera al numeratore anche i decessi avvenuti entro la prima settimana di vita (0-6 giorni di età) (5).

In Italia, per rilevare tutti i casi di nati morti, è necessario integrare i dati relativi ai CedAP e agli aborti spontanei (Capitolo "Salute materno-infantile"). La cittadinanza è stata assegnata in base a quella della madre, scelta obbligatoria, poiché per gli aborti spontanei tale informazione è disponibile solo per le donne. La variabile sulla cittadinanza presenta una quota di casi non codificati in tutte e tre le fonti utilizzate. Nello specifico, per i nati totali rilevati dai CedAP, tale percentuale risulta in media pari al 15%, con il massimo nel 2017 (16,0%) e il minimo nel 2022 e nel 2023 (14,1%). Per i nati morti, il valore medio risulta più elevato (21,0%), con un intervallo compreso tra il 23,2% del 2017 e il 19,5% del 2022. Si osserva comunque un miglioramento nella qualità della com-

pilazione della variabile sulla cittadinanza della madre.

Per gli aborti spontanei con età gestazionale >22 settimane, la quota di *missing* è trascurabile, <1%.

Infine, per i decessi neonatali precoci la quota è simile a quella dei nati totali, cioè intorno al 15%, con un intervallo compreso tra 10,5% (per il 2020) e 18,9% (per il 2022).

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendo disponibile, può essere assunto come valore di riferimento il valore medio italiano, senza distinzione di cittadinanza.

Descrizione dei risultati

L'indicatore di natimortalità è stato calcolato per gli anni dal 2015 al 2023, mentre quello della mortalità perinatale è stato calcolato fino al 2022 (l'ultimo anno attualmente disponibile per l'Indagine sui decessi e sulle cause di morte).

Nel periodo 2015-2023 si osserva una differenza costante nel tasso di natimortalità tra le donne italiane e quelle straniere (Grafico 1).

Le donne straniere mostrano valori quasi sempre doppi rispetto a quelli delle italiane, con un picco nel 2021 (8,3 nati morti per 1.000 nati). I tassi delle italiane restano più stabili e più bassi, oscillando tra 2,8 e 3,3 per 1.000. Nell'arco di nove anni, il tasso delle italiane è diminuito del 14,5%, quello delle straniere del 21,4%, ma il divario per cittadinanza resta confermato. Analizzando i tassi di natimortalità a livello regionale (Grafico 2), nell'intero periodo 2019-2023 emerge una maggiore variabilità soprattutto tra le donne straniere: il tasso, infatti, assume valori da un minimo di 3,9 per

1.000 a Bolzano a un massimo di 12,7 in Valle d'Aosta.

Si confermano le disuguaglianze per cittadinanza, con le donne straniere che presentano sempre un tasso di natimortalità più alto rispetto alle donne italiane. Il rapporto tra i tassi di mortalità delle donne straniere e delle italiane evidenzia differenze particolarmente marcate in Valle d'Aosta (le straniere presentano una natimortalità 6,6 volte superiore a quella delle italiane) e in Campania (3,2), e più ridotte in Umbria (1,2), in Liguria (1,3), in Veneto e a Bolzano (1,7).

La Basilicata e il Molise presentano una forte instabilità di tali tassi, che, per questo motivo, non sono stati inclusi nell'analisi.

Considerando il tasso di mortalità perinatale (Grafico 3), tra il 2015 e il 2022 risulta costantemente più elevato tra le donne straniere rispetto alle italiane, con valori più che doppi in tutti gli anni. Tra le italiane si osserva un lieve calo del tasso, che passa da 4,4 casi per 1.000 nati nel 2015 a 3,9 casi per 1.000 nel 2022 (variazione media annua pari a -1,6%), con oscillazioni contenute. Tra le straniere, invece, i tassi mostrano una maggiore variabilità, con un minimo nel 2019 (10,6 per 1.000) e un livello più elevato nel 2021 (13,2

per 1.000), legato anche agli effetti indiretti della pandemia. La variazione media annua in questo caso riflette una diminuzione più marcata (-2,5%).

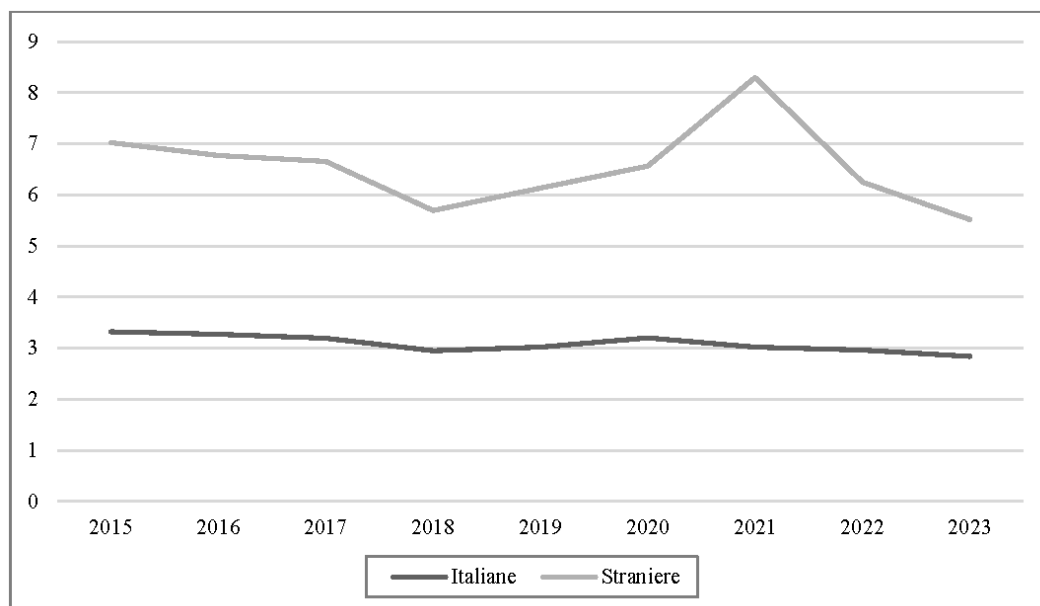
Nel periodo 2019-2023, il divario tra le donne italiane e quelle straniere nel tasso di mortalità perinatale risulta evidente in tutte le aree del Paese.

L'analisi dei dati regionali evidenzia una marcata eterogeneità territoriale nei tassi di mortalità perinatale (Grafico 4), ma un dato resta costante: in tutte le regioni il tasso è sempre più elevato tra le donne straniere rispetto alle italiane.

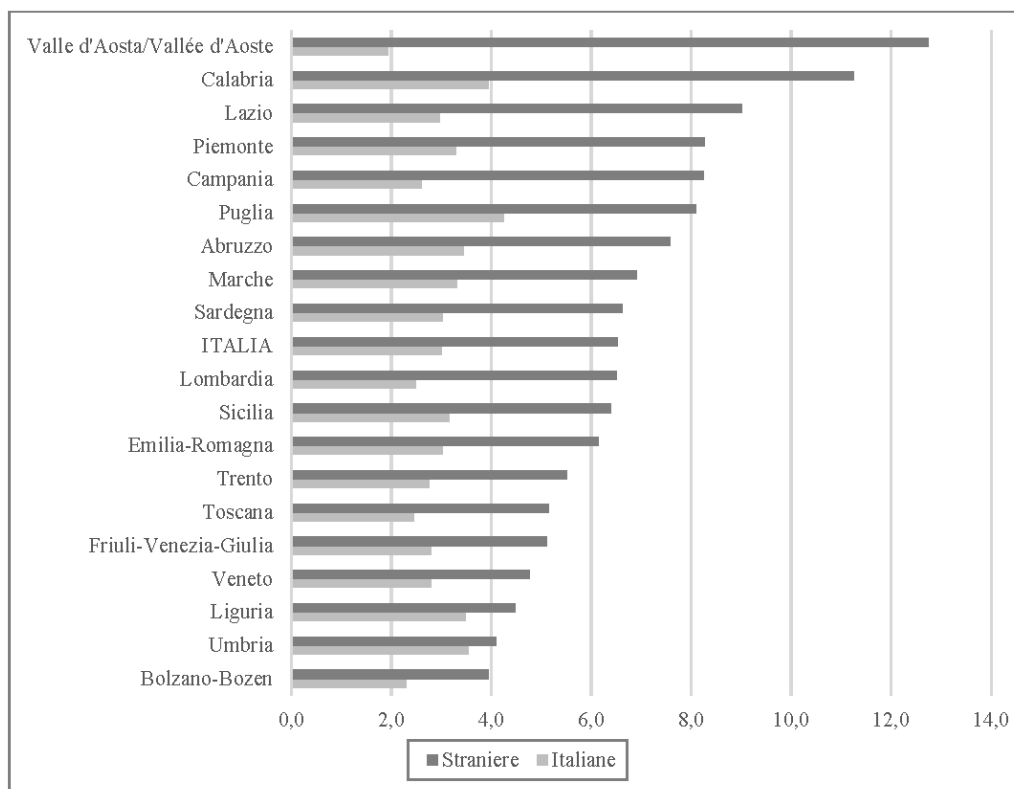
Il valore più alto tra le straniere si registra in Calabria, con 23,6 decessi per 1.000 nati, mentre il più basso è in Umbria (5,7 per 1.000). Per le italiane, il tasso massimo si osserva sempre in Calabria (5,3 per 1.000), mentre il minimo in Valle d'Aosta (2,8 per 1.000).

Il divario maggiore per la cittadinanza si riscontra in Valle d'Aosta, dove il tasso tra le donne straniere è 5,6 volte superiore a quello delle donne italiane. Al contrario, il divario più contenuto si riscontra in Umbria, con un rapporto di 1,4. Anche in questo caso, la Basilicata e il Molise presentano una forte instabilità dei tassi che, per questo motivo, non sono stati inclusi nell'analisi.

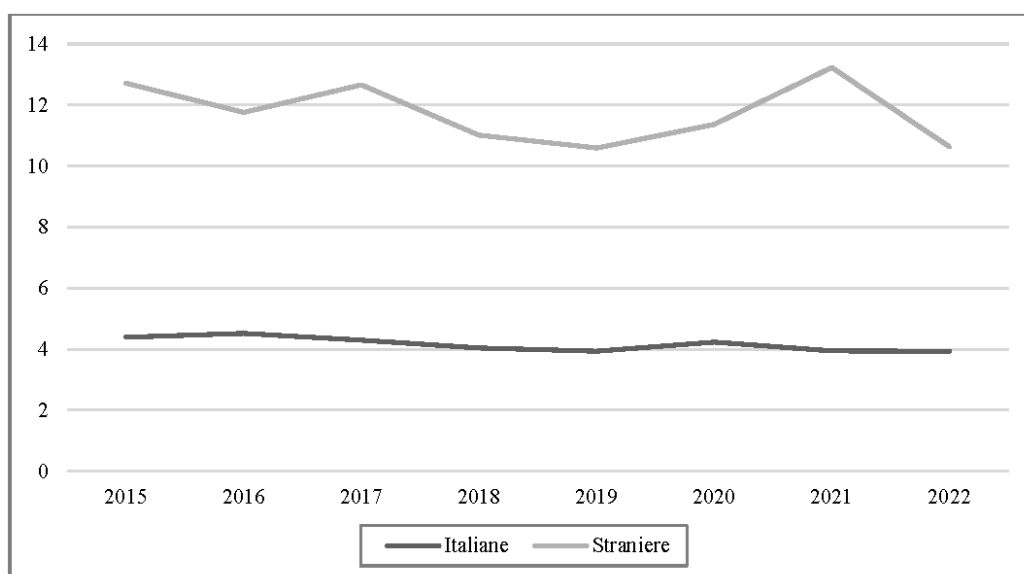
Grafico 1 - Tasso (valori per 1.000) di natimortalità per cittadinanza - Anni 2015-2023



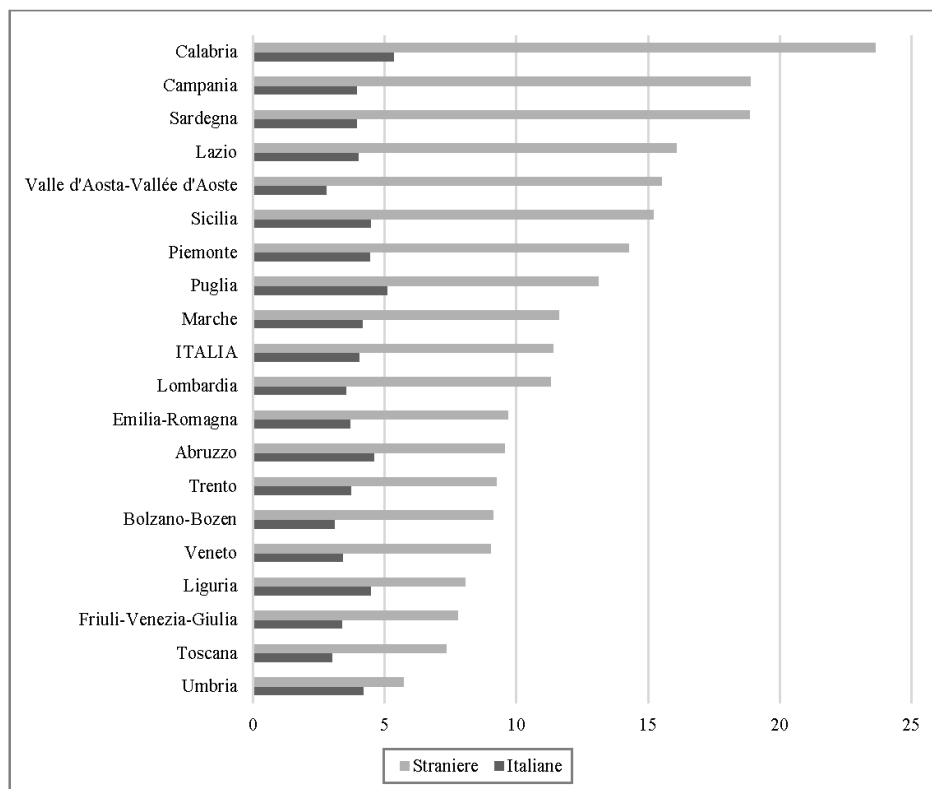
Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025, e sui dati Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

Grafico 2 - Tasso di natimortalità (valori per 1.000 nati) per regione e per cittadinanza - Periodo 2019-2023

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025, e sui dati Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

Grafico 3 - Tasso (valori per 1.000) di mortalità perinatale per cittadinanza - Anni 2015-2022

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025, e sui dati Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

Grafico 4 - Tasso (valori per 1.000) di mortalità perinatale per cittadinanza e regione - Periodo 2019-2022

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025, e sui dati Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi evidenzia che sia i tassi di natimortalità sia quelli di mortalità perinatale sono costantemente più elevati tra le donne straniere rispetto alle italiane, in tutte le regioni e nelle ripartizioni. Nonostante un leggero miglioramento nel tempo in entrambe le popolazioni, il divario di cittadinanza persiste. Questa disuguaglianza riflette problemi strutturali nei percorsi assistenziali destinati alla popolazione straniera, soprattutto nel Mezzogiorno.

Il quadro emerso sottolinea l'urgenza di politiche sanitarie mirate e inclusive, che prevedano la mediazione linguistica e culturale, la continuità assistenziale e la presa in carico precoce delle gravidanze a rischio.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. 2025. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita. Anno 2023. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dell'evento-nascita.
- (2) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2025. Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/4216.
- (3) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2025. IstatData. Disponibile sul sito: <https://esploradati.istat.it/databrowser>.
- (4) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2025. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/197015.
- (5) World Health Organization - WHO. 2024. World Health Statistics 2024. Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Disponibile sul sito: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/74b12494-f213-4b5b-9533-18442147e1fb/content>.

Parti cesarei secondo la Classificazione di Robson, per cittadinanza

Dott.ssa Rosaria Boldrini, Dott. Fulvio Basili, Dott.ssa Miriam Di Cesare

La classificazione dei TC di Robson suddivide i casi in dodici gruppi mutuamente esclusivi in base alla diversa complessità assistenziale, valutata sulla base di alcune informazioni: parità, genere del parto, presentazione fetale, età gestazionale, modalità del travaglio e del parto, pregresso TC (Capitolo “Salute materno-infantile”).

Tabella 1 - Costruzione delle classi di Robson

<i>Classe 1</i>	Madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane), travaglio spontaneo.
<i>Classe 2a</i>	Madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane), travaglio indotto.
<i>Classe 2b</i>	Madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane), taglio cesareo prima del travaglio.
<i>Classe 3</i>	Madri multipare (senza precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane), travaglio spontaneo.
<i>Classe 4a</i>	Madri multipare (senza precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane), travaglio indotto.
<i>Classe 4b</i>	Madri multipare (senza precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane), taglio cesareo prima del travaglio.
<i>Classe 5</i>	Precedente parto cesareo, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale ≥ 37 settimane).
<i>Classe 6</i>	Madri nullipare, feto singolo, presentazione podalica.
<i>Classe 7</i>	Madri multipare (incluse le donne con precedente cesareo), feto singolo, presentazione podalica.
<i>Classe 8</i>	Gravidanze multiple (incluse le donne con precedente cesareo).
<i>Classe 9</i>	Feto singolo, presentazioni anomale (incluse le donne con precedente cesareo).
<i>Classe 10</i>	Parto pre-termine (età gestazionale ≤ 36 settimane), feto singolo, presentazione cefalica (incluse le donne con precedente cesareo).

L'OMS ha raccomandato l'adozione di tale classificazione quale standard globale per la valutazione, il monitoraggio e il confronto, sia longitudinale nel tempo sia trasversale tra i diversi punti di nascita, relativamente al ricorso al TC (1, 2). La classificazione si configura come uno strumento idoneo all'analisi comparativa dell'efficacia, dell'appropriatezza e della sicurezza dell'assistenza al parto.

Nella Tabella 2, per ogni classe sono riportati due indicatori: la distribuzione percentuale dei parti di ciascuna classe rispetto alla popolazione totale delle donne che hanno partorito nel 2023; il numero di TC rispetto alla totalità dei parti.

La distribuzione dei parti mostra alcune differenze marcate tra i due gruppi: per le italiane, la quota più elevata si osserva nella *Classe 1* (26,7%), che comprende le gravidanze fisiologiche a basso rischio in donne nullipare. Per le straniere, invece, è la *Classe 3* a presentare il valore più elevato (28,9%): tale classe si differenzia dalla prima solo nei casi di donne multipare anziché primipare. Questa diversità non sorprende, poiché è noto che le straniere presentano livelli di fecondità più elevati rispetto a quelli delle italiane.

Analoga considerazione si può estendere confrontando la *Classe 2a* e la *Classe 4a*, che differiscono solo per la presenza di donne nullipare o multipare: ne consegue che, per le italiane, la percentuale di parti classificati nella *Classe 2a* (16,5%) è superiore a quella delle donne straniere (12,1%).

Un'altra differenza degna di nota si rileva nella *Classe 5*, caratterizzata da parti con pregresso cesareo: la quota di parti di donne straniere supera quella delle donne italiane (15,1% vs 10,8%). Analoga situazione si presenta nella *Classe 10* (5,7% vs 4,4%) dove sono collocate le gravidanze pre-termine (età gestazionale ≤ 36 settimane). Questo conferma quanto già riscontrato nell'Indicatore “Salute del neonato”.

In generale, l'incidenza dei cesarei è più elevata tra le donne italiane rispetto a quelle straniere: per le prime, infatti, il 30,5% dei parti è effettuato con TC vs il 26,1% tra le straniere.

Questa situazione si ripete per ciascuna Classe di Robson, con una discrepanza maggiore (85,3% vs 73,0%) nella Classe 5, caratterizzata da un precedente parto con TC. Seguono la *Classe 8* (82,9% vs 75,4%), che si distingue per le gravidanze multiple, e la *Classe 9* (62,9% vs 56,5%), che riguarda le presentazioni anomale del neonato. Il maggiore ricorso al cesareo tra le donne italiane rispetto alle straniere in Italia non può essere attribuito a una sola causa, bensì a una serie di fattori che riflettono diversi approcci culturali al parto, condizioni cliniche diverse e percorsi di accesso al sistema sanitario differenziati.

Le donne italiane tendono ad avere figli più tardi rispetto alle donne straniere (Indicatore “Età al parto”), ed è noto che l'avanzamento dell'età è un fattore di rischio per le complicazioni durante il parto, il che può portare a un cesareo per motivi precauzionali. Anche il ricorso alle tecniche di PMA, più frequente tra le italiane, è associato a gravidanze considerate più a rischio, nonché a una quota più elevata di gravidanze multiple.

Le donne italiane presentano, in genere, un livello di istruzione più alto, il che può indurre a una medicalizzazione della gravidanza più frequente (più controlli e più interventi) con conseguente opzione per un parto cesareo anche solo per maggiore sicurezza. Di contro, le donne straniere, spesso con meno accesso alle informazioni mediche o con scarsa fiducia nel sistema sanitario, vivono la gravidanza in modo più naturale e con meno interventi.

Alcune donne italiane, influenzate anche dai contesti culturali e sanitari, possono preferire il cesareo per paura del dolore del parto naturale o per la percezione che il cesareo sia più controllabile o più sicuro. Le donne straniere, in particolare quelle dei Paesi in cui il cesareo è meno comune o meno accessibile, sono generalmente più inclini al parto naturale. Le donne italiane si rivolgono più spesso delle donne straniere alle strutture private accreditate, dove si osserva una tendenza (comunque in passato più radicata) a preferire il cesareo per ragioni medico-legali, organizzative o legate alla gestione dei tempi.

Tabella 2 - Parti (valori per 100) e incidenza (valori per 100) di Tagli Cesarei per Classe di Robson - Anno 2023

Classe di Robson	Italiane		Straniere	
	Parti	Incidenza Cesarei	Parti	Incidenza Cesarei
Classe 1	26,7	12,8	18,0	9,4
Classe 2a	16,5	24,8	12,1	23,2
Classe 2b	4,3	100,0	1,8	100,0
Classe 3	22,5	2,5	28,9	2,2
Classe 4a	7,1	6,1	12,0	6,0
Classe 4b	1,4	100,0	1,2	100,0
Classe 5	10,8	85,3	15,1	73,0
Classe 6	2,7	87,3	1,5	87,0
Classe 7	1,4	82,3	1,8	81,4
Classe 8	1,5	82,9	1,4	75,4
Classe 9	0,6	62,9	0,5	56,5
Classe 10	4,4	41,2	5,7	36,6
Totale	100,0	30,5	100,0	26,1

Fonte dei dati: Ministero della Salute. CeDAP. Anno 2025.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization - WHO. 2017. Robson Classification. Implementation Manual. Disponibile sul sito: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/64f40251-a3d5-470b-b72c-1f4b024c400c/content>.
- (2) Betran, A.P., M.R. Torloni, J.J. Zhang, and A.M. Gülmezoglu. 2016. "WHO Statement on Caesarean Section Rates". BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, Volume 123, N. 5: 667-670. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>.

PARTE SECONDA

Servizi Sanitari Regionali e qualità dei servizi

Assetto economico-finanziario

Il Capitolo dedicato all'assetto economico-finanziario si apre con un quadro della spesa sanitaria riferita al 2024 a livello nazionale, successivamente presenta, come di consueto, i tradizionali indicatori regionali fondamentali, ossia: 1. spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al PIL; 2. spesa sanitaria pubblica e privata pro capite; 3. avanzo o disavanzo sanitario pubblico pro capite. Ripropone, inoltre, sia la progressiva scomposizione per funzioni e sub-funzioni della spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL, sia l'entità ed evoluzione della spesa sanitaria pro capite privata. In aggiunta, si propone un *Box* che analizza congiuntamente l'andamento del finanziamento ordinario, della spesa sanitaria corrente e del PIL nel periodo 2014-2023.

I valori presentati fanno riferimento al 2023 per la spesa a livello regionale, ultimo dato disponibile con tale dettaglio territoriale al momento della stesura del Rapporto. Per quanto riguarda la spesa sanitaria privata, il dato regionale si riferisce al 2022.

Nel 2023, la spesa sanitaria pubblica pro capite nazionale è cresciuta dello 0,41% rispetto al 2022, raggiungendo i 2.216€, con un aumento medio annuo del 2,23% nel periodo 2013-2023. Per effetto dell'incremento del PIL, invece, il rapporto spesa pubblica/PIL è diminuito ulteriormente rispetto al 2022, attestandosi al 6,14%. La spesa sanitaria pubblica italiana resta, quindi, tra le più basse dei Paesi OCSE.

Il disavanzo sanitario nazionale 2023 si è aggravato rispetto al 2022, raggiungendo un livello di circa 1,85 miliardi di €, corrispondenti a 31€ pro capite. Disavanzi più elevati si erano registrati solo fino al 2012. Se si escludono le regioni a Statuto Speciale (tranne la Sicilia) e le PA, il disavanzo è pari a 833 milioni di €.

Dopo la flessione del 2020, continua la ripresa della spesa sanitaria privata, che aveva caratterizzato tutto il decennio precedente. Il dato 2022 è di 735€ pro capite, con un incremento del 5,76% rispetto al 2021 e un incremento medio annuo del 2,99% nel periodo 2012-2022. Di conseguenza, il rapporto tra spesa sanitaria privata e spesa sanitaria pubblica, che era pari a 0,30 nel 2011 e aveva raggiunto 0,34 nel 2019, per poi scendere nel 2020 a 0,29, si è riportato nel 2022 a 0,33.

Su base regionale, nel corso del 2023, la spesa sanitaria pubblica pro capite è leggermente aumentata in tutte le regioni, con crescita superiori all'1% solo in Basilicata (1,33%), Sardegna (1,08%), Molise (1,04%) e Calabria (1,02%).

Quanto al disavanzo, nel 2023 le regioni in equilibrio sono state soltanto 7: Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Campania e Sicilia. Al Centro-Nord, è contenuto il disavanzo dell'Umbria, mentre quelli di Liguria, Piemonte e Toscana eccedono ampiamente la media nazionale. Al Centro-Sud, è inferiore alla media nazionale il disavanzo della Puglia; ampiamente superiori alla media nazionale quelli di Calabria, Abruzzo e Basilicata; persistentemente molto elevato quello del Molise. Significativamente, per numerose regioni, comprese alcune di quelle in equilibrio, il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato LEA hanno nuovamente evidenziato la necessità di una riflessione in merito alla gestione strutturale del SSR, nel rispetto dell'equilibrio economico e in coerenza con le risorse disponibili.

Rispetto alla spesa sanitaria privata, il dato pro capite 2022 resta superiore alla media nazionale in tutte le regioni del Centro-Nord tranne Umbria e Marche; inferiore, invece, alla media nazionale in tutte le regioni del Centro-Sud e Isole.

Infine, l'analisi del rapporto regionale tra spesa pubblica e PIL conferma distanze interregionali molto ampie (da 4,49% per la Lombardia a 10,37% per la Calabria) e prevalentemente attribuibili al denominatore. Ribadisce, inoltre, la forte differenziazione interregionale nel *mix* tra produzione interna alle Aziende sanitarie pubbliche e ricorso a erogatori privati accreditati e convenzionati. In particolare, il peso della produzione esterna è particolarmente elevato (>40%) nel Lazio, in Lombardia e in Molise. L'analisi delle *performance* economico-finanziarie delle diverse regioni non indica quale debba essere il livello ottimale di tale *mix*; suggerisce, al contrario, che buone *performance* si possano conseguire con *mix* anche molto diversi. In alcuni contesti, però, emerge con chiarezza la necessità di programmare meglio le modalità di erogazione delle prestazioni al fine di non duplicare l'offerta, finanziando contemporaneamente un ampio sistema di strutture pubbliche e una gamma altrettanto ampia di strutture private.

In sintesi, prima della pandemia, il progressivo contenimento (2007-2014) e la successiva invarianza (2015-2019) dei disavanzi, in una situazione di sostanziale stabilità del finanziamento ordinario (+0,8% medio annuo dal 2012), avevano evidenziato la parsimonia del SSN. Malgrado l'invecchiamento della popolazione, la correlata diffusione di patologie croniche, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione prodotte dalla crisi finanziaria globale, la tradizionale dinamica espansiva della spesa era stata arginata e il SSN si

era allineato alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato. Ciò grazie all'introduzione e al rafforzamento delle regole nazionali di responsabilizzazione delle regioni sui propri equilibri economico-finanziari, nonché ai relativi sistemi di monitoraggio; alle specifiche misure di contenimento della spesa messe in atto a livello sia nazionale sia regionale, soprattutto nell'ambito dei Piani di Rientro e dei programmi operativi; alle ulteriori iniziative attuate dalle singole aziende. Nel contempo, però, la continua crescita della spesa sanitaria privata testimoniava un arretramento della copertura complessivamente garantita dal sistema pubblico. Inoltre, vi erano segnali che le politiche di contenimento della spesa, attuate a partire dal 2007, stessero esaurendo le proprie potenzialità.

Con l'emergenza sanitaria da COVID-19 si è conclusa la serie storica iniziata nel 2001 (con la riforma del titolo V della Costituzione) o nel 2006 (con il rafforzamento della responsabilizzazione regionale e il venir meno dell'aspettativa di ripiano dei disavanzi). I valori 2020 e 2021 non sono confrontabili con quelli degli anni precedenti perché fortemente influenzati dalla pandemia, in termini di costi, ma anche di finanziamento. I valori 2022 e 2023 indicano un progressivo aumento del disavanzo, tra l'altro combinato con una forte ripresa della spesa sanitaria privata. Il deterioramento dell'equilibrio economico-finanziario emerge anche dalle raccomandazioni formulate dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato LEA, che hanno richiamato numerose Regioni alla "gestione strutturale del Fondo Sanitario Regionale, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente", specificando, in alcuni casi, indicazioni ancora più incisive.

In parte, l'incremento del disavanzo è dovuto a circostanze eccezionali, quali il conflitto in Ucraina. Per altra parte, deriva dal consolidamento di alcuni costi maturati durante la pandemia. Esistono, però, anche importanti determinanti di carattere strutturale. Nei prossimi anni, dunque, la sfida sarà ricercare un nuovo equilibrio tra proventi e costi dei singoli SSR, nonché tra finanziamento del SSN e vincoli di finanza pubblica. A tal fine, sarà necessario trovare una combinazione, politicamente accettabile e tecnicamente efficace, tra molteplici leve di intervento: incremento del finanziamento, probabilmente a scapito di altre componenti della spesa pubblica; governo della domanda e contenimento dell'inappropriatezza; razionamento dell'offerta, anche tramite una definizione più esplicita ed efficace delle priorità; ridisegno della rete dei servizi, anche completando al meglio le riforme e gli investimenti delineati nel PNRR, nonché cogliendo le opportunità offerte dalla digitalizzazione; interventi puntuali di recupero dell'efficienza, specificamente in quei contesti aziendali che presentano ancora importanti margini di miglioramento.

La spesa sanitaria in Italia

Il nostro Paese, nel 2024, ha speso complessivamente per la sanità 185 miliardi di €¹, la componente finanziata dal settore pubblico² si attesta a 137 miliardi di € (74,2% del totale). Il resto della spesa è stata sostenuta dalle famiglie, 41 miliardi di € (22,3% del totale), dalle assicurazioni private, 4,7 miliardi di €, e dalle imprese nell'ambito degli accordi relativi al *welfare* aziendale, 929 milioni di €. Infine, una quota residuale di spesa sanitaria è stata sostenuta dai regimi di finanziamento volontari, 6,4 miliardi di €, e dalle Istituzioni senza scopo di lucro, 698 milioni di €.

La spesa pubblica nel 2024 ha impegnato circa 47,4 miliardi di € per l'assistenza ospedaliera in regime ordinario, 4,6 miliardi di € per l'assistenza in DH, 26,9 miliardi di € per l'assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione, 14,1 miliardi di € per la *Long Term Care* (LTC), 21,9 miliardi di € per la farmaceutica, 7,7 miliardi di € per la prevenzione e, infine, 12,7 miliardi di € per i servizi ausiliari³ (Tabella 1). L'assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione è la voce di spesa principale sostenuta dalle famiglie, che si attesta a 17,1 miliardi di €, 15,4 miliardi di € sono stati impegnati per l'acquisto di farmaci, 4,2 miliardi di € per l'assistenza LTC e 2,7 miliardi di € per l'acquisto di servizi ausiliari. Le assicurazioni sanitarie volontarie spendono 1,7 miliardi di € per l'assistenza ambulatoriale, una quota molto elevata della spesa, mentre 2,1 miliardi di € è impegnata per la *governance* e l'amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento.

La dinamica della spesa dal 2019 al 2024 è caratterizzata da una crescita nominale media annua del 3,8% per la spesa di competenza pubblica e 2,2% per la quota sostenuta dalle famiglie. In crescita la spesa intermediata dalle assicurazioni sanitarie volontarie, aumentata in media annua del 7,9%, mentre l'incremento della spesa sanitaria sostenuta dal *welfare* aziendale si è attestato al 2,9%, tutto concentrato sui servizi per la prevenzione delle malattie. Aumenti significativi si registrano per le altre forme di finanziamento che compongono il conto della sanità: la spesa sanitaria sostenuta dai regimi di finanziamento volontari ha avuto un incremento medio annuo del 7,3%, mentre quella in capo alle Istituzioni senza scopo di lucro del 9,7%.

Con riferimento alle componenti di spesa pubblica e privata delle famiglie, la spesa sanitaria pubblica, dal 2019 al 2020, periodo caratterizzato dalla pandemia, si è incrementata del 6,4% (PIL -7,4%), dal 2021 al 2023 è aumentata a un ritmo inferiore rispetto al PIL (1,4% vs 7,8%), mentre nel 2024 l'incremento è stato superiore: 5,0% vs il 2,7% del PIL (Grafico 1). La spesa sanitaria a carico delle famiglie, dal 2019 al 2020 è diminuita del 7,5%, nel 2021 ha fatto registrare una crescita molto elevata (+13,7%), tra il 2022 e il 2023 è cresciuta meno della ricchezza (2,7% vs il 7,2% del PIL), e nel 2024 si è addirittura ridotta del 2,5%.

Dal 2019 al 2024, nella componente di spesa pubblica, la funzione che ha registrato l'incremento maggiore si osserva per la voce "Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione", aumentata mediamente del 7,3%. Per quanto riguarda le famiglie, si registra un aumento del 4,9% della spesa per "Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata", mentre per la componente di spesa intermediata dalle assicurazioni private volontarie l'incremento maggiore, pari mediamente al 7,9%, si è registrato per la funzione "Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione".

¹Istat - IstatData - Sistema dei conti della sanità ed. Giugno 2025.

²Il finanziamento si compone della quota proveniente dalla pubblica amministrazione e dei finanziamenti provenienti da assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria e conti di risparmio medico obbligatori.

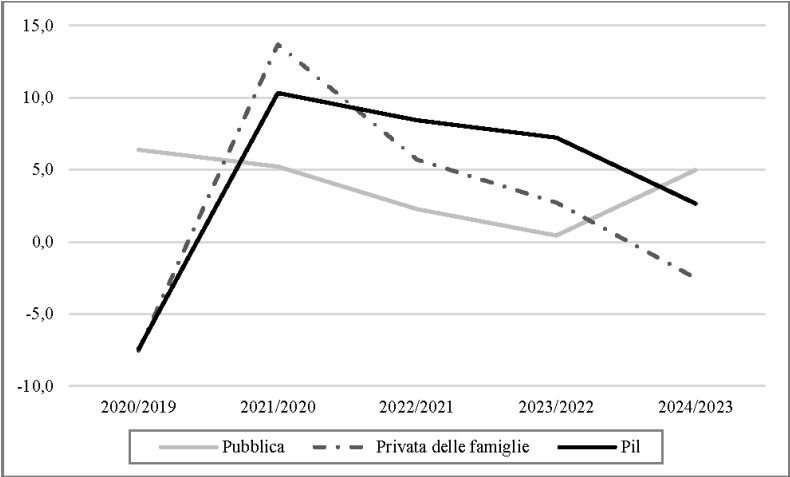
³Servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza, che il paziente consuma direttamente e che non fanno parte di un pacchetto di servizi di assistenza.

Tabella 1 - Spesa (valori in milioni di €) sanitaria per tipo di funzione di assistenza sanitaria e finanziamento - Anno 2024

Tipo di funzione assistenziale	Pubblica amministrazione e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria	Assicurazioni sanitarie volontarie	Imprese	Spesa diretta delle famiglie
Assistenza per cura e riabilitazione	79.617	1.871	0	18.941
di cui				
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	47.418	130	0	1.285
Assistenza ospedaliera in regime di DH per cura e riabilitazione	4.625	37	0	369
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	26.875	1.704	0	17.116
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	699	0	0	171
Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)	14.054	105	0	4.198
di cui				
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	6.694	105	0	3.626
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna di lunga durata	976	0	0	0
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	2.900	0	0	450
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	3.484	0	0	122
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	12.724	271	0	2.677
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	21.862	402	0	15.416
di cui				
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	20.969	0	0	11.456
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli(non specificati per funzione)	893	402	0	3.960
Servizi per la prevenzione delle malattie	7.694	0	929	67
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	1.505	2.085	0	0
Tutte le funzioni	137.456	4.734	929	41.299

Fonte dei dati: Istat - System of health accounts. Anno 2025.

Grafico 1 - Variazioni (valori per 100) annue della spesa sanitaria e del Prodotto Interno Lordo - Anni 2019-2024



Fonte dei dati: Istat - System of health accounts. Anno 2025.

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo

Significato. Nel presente Capitolo è presentato l'indicatore della spesa sanitaria pubblica corrente articolata per funzione e misurata in rapporto al valore del PIL.

L'intento è quello di fornire un indicatore che non esprima solo l'incidenza della spesa corrente pubblica nella sua totalità, ma che offra una lettura multidimensionale del fenomeno per trarre qualche indicazione ulteriore per la comprensione della dinamica della spesa nelle diverse realtà regionali oltre che nazionale. A tal fine l'indicatore non solo analizza tre funzioni e precisamente:

- spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali (comprendente la spesa per l'assistenza di medicina generale, l'assistenza farmaceutica, protesica, integrativa, riabilitativa, ospedaliera ed altre prestazioni non erogate direttamente dalle Aziende sanitarie);

- spesa sanitaria pubblica corrente per altre spese (relativa ai servizi amministrativi, e a voci assicurative, contributive e fiscali);

ma effettua una ulteriore articolazione della spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali, andando ad analizzare le sub-funzioni che la compongono. Nel dettaglio:

- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza farmaceutica;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico-generale;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico-specialistica;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per cure private;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica;
- spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per altre prestazioni.

Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione}}{\text{Prodotto Interno Lordo}} \times 100$$

Validità e limiti. L'ammontare della spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in relazione al PIL ha il pregio di essere uno degli indicatori che consente di indagare il diverso peso delle componenti della spesa sanitaria.

L'indicatore, inoltre, esprime la quota di risorse (proprie o trasferite) che la regione utilizza per le diverse funzioni individuate rispetto a quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento.

Si tratta di un indicatore grezzo e i suoi valori devono essere letti con accortezza per limiti insiti sia del numeratore sia del denominatore. Il numeratore, in particolare, indicando la spesa per funzione, non tiene conto di una serie di variabili importanti.

Specificatamente non palesa il differente livello di bisogno di assistenza sanitaria che la popolazione presenta nelle diverse realtà territoriali, data la sua diversa composizione socio-demografica, non rappresenta la quantità e tipologia di prestazioni effettivamente erogate in ciascuna funzione, né esprime la differenza nell'organizzazione sanitaria e nella pratica medica con la conseguenza che valori più alti non sono espressione di utilizzo appropriato ed efficiente delle risorse.

In merito al denominatore, occorre tenere presente che il PIL è il valore di mercato di tutti i beni e servizi prodotti all'interno di una realtà territoriale in un certo

intervallo di tempo (solitamente l'anno) e destinati ad usi finali. Come tale tiene conto solo delle transazioni in denaro e trascura tutte quelle a titolo gratuito, così come non include la quota di prodotto derivante da lavoro non regolarizzato e dall'economia "sommersa", con la conseguenza che il suo valore sarà sottostimato per quelle regioni in cui sono più diffusi tali fenomeni. Infine, nella lettura dell'indicatore, non va dimenticato che, per l'attuale sistema di finanziamento del sistema sanitario, una parte dei fondi destinati alla sanità non proviene direttamente dal gettito fiscale della regione e, quindi, correlato al reddito prodotto, ma da trasferimenti definiti in sede di accordo Stato-Regioni. Il valore che l'indicatore assume esprime, quindi, il carico che la regione sopporterebbe se si assumesse in toto l'onere del finanziamento.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli medi nazionali e, per il dato nazionale nella sua totalità e per il dato relativo ad alcune funzioni, laddove disponibile, quelli medi dei Paesi dell'OCSE.

Descrizione dei risultati

Nel 2023 la spesa sanitaria pubblica corrente si posiziona al 6,14% del PIL (Tabella 1). La tendenza tem-

porale 2016-2023 (Grafico 1) evidenzia che continua la leggera flessione della spesa sanitaria pubblica corrente e di tutte le sue componenti, rispetto al 2020, anno sino al quale era in crescita.

Il valore continua ad essere inferiore ai principali Paesi europei con sistemi di Sanità Pubblica, come ad esempio Finlandia e Regno Unito, i cui valori si attestano su 8,2 e 8,9, rispettivamente, e si mantiene al livello di alcuni Paesi dell'Est-Europa che stanno negli anni guadagnando terreno.

Nel 2023, a livello italiano, la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente si riduce e passa dal 4,50% del PIL nel 2020 al 3,80% e continua a giocare un ruolo predominante, giustificando il 62% circa della spesa totale.

Segue la spesa per prestazioni in convenzione (Grafico 2) che assorbe a livello nazionale il 2,0% del PIL ed è articolata nelle due seguenti componenti: spesa sanitaria pubblica per case di cura private (0,47% del PIL), spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per altre prestazioni (0,43% del PIL), spesa sanitaria pubblica per assistenza farmaceutica (0,36%), spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per assistenza medico generale (0,32% del PIL), che ne giustificano la maggior parte del valore. Un ruolo meno rilevante è ricoperto dalla spesa sanitaria pubblica per assistenza medico specialistica (0,25% del PIL) e dalla spesa sanitaria pubblica corrente per assistenza riabilitativa, integrativa e protesica (0,17% del PIL). Nel 2023, la composizione della spesa si mantiene inalterata rispetto al 2020, ed ogni componente mantiene la sua posizione relativa.

Il *range* fra le regioni continua a sussistere e si presen-

ta in linea con gli anni precedenti, con il valore più basso della spesa sanitaria corrente in rapporto al PIL registrato in Lombardia, nella PA di Bolzano e nella PA di Trento (rispettivamente, 4,49% e 4,67% e 5,01%) e con il valore più alto registrato in Calabria con 10,37% e Sicilia e Molise con 9,42% del PIL, rispettivamente.

Permane un netto gradiente Nord-Sud ed Isole con le regioni meridionali che si presentano con un valore sempre superiore alla media nazionale, di almeno 1 p.p.. A livello regionale la spesa sanitaria pubblica corrente per servizi forniti direttamente continua a giocare un ruolo predominante e l'incidenza di tale componente di spesa assorbe dal 55% al 76% circa della spesa totale.

La spesa per prestazioni in convenzione assorbe in ogni regione una percentuale che oscilla fra il 17-41% della spesa pubblica corrente. È sempre in Lombardia e Lazio, a cui si è aggiunto il Molise, che la spesa per prestazioni in convenzione assume un peso rilevante coprendo oltre il 40% della spesa sanitaria pubblica.

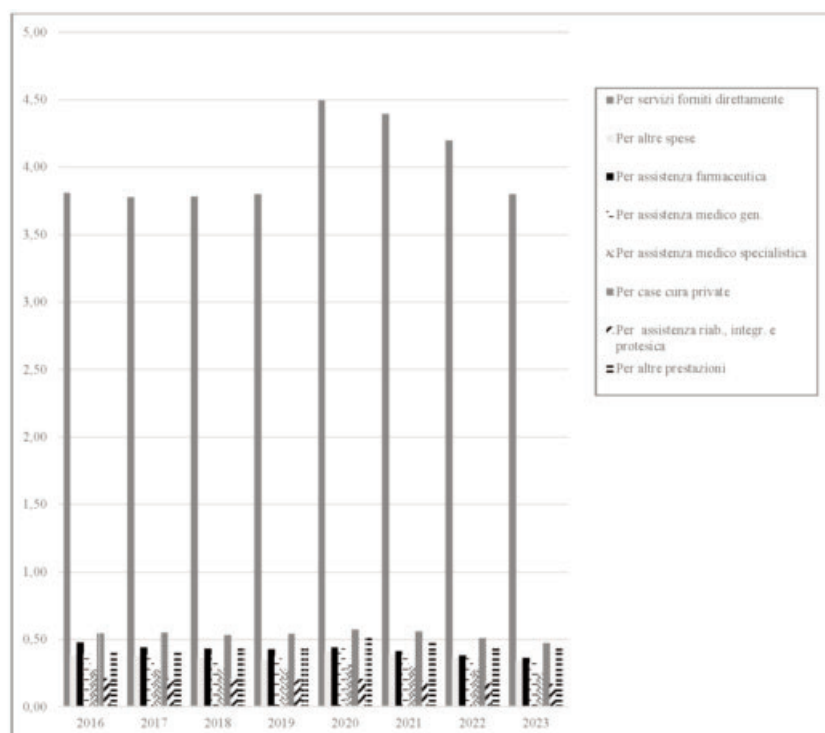
In 6 regioni (Lombardia, Lazio, Molise, Sicilia, Campania e Puglia) la spesa per prestazioni in convenzione giustifica una percentuale della spesa sanitaria pubblica maggiore della media nazionale, che si posiziona su 32,49%.

Come evidenzia il Grafico 3, nell'ambito della spesa in convenzione, la composizione è varia fra le regioni. Emerge come aspetto rilevante che è la spesa per case di cura private a presentarsi come voce più rilevante non solo a livello Italia, ma anche in regioni come Lombardia e Lazio e numerose regioni del Meridione (Molise, Campania, Puglia e Sicilia).

Tabella 1 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2023

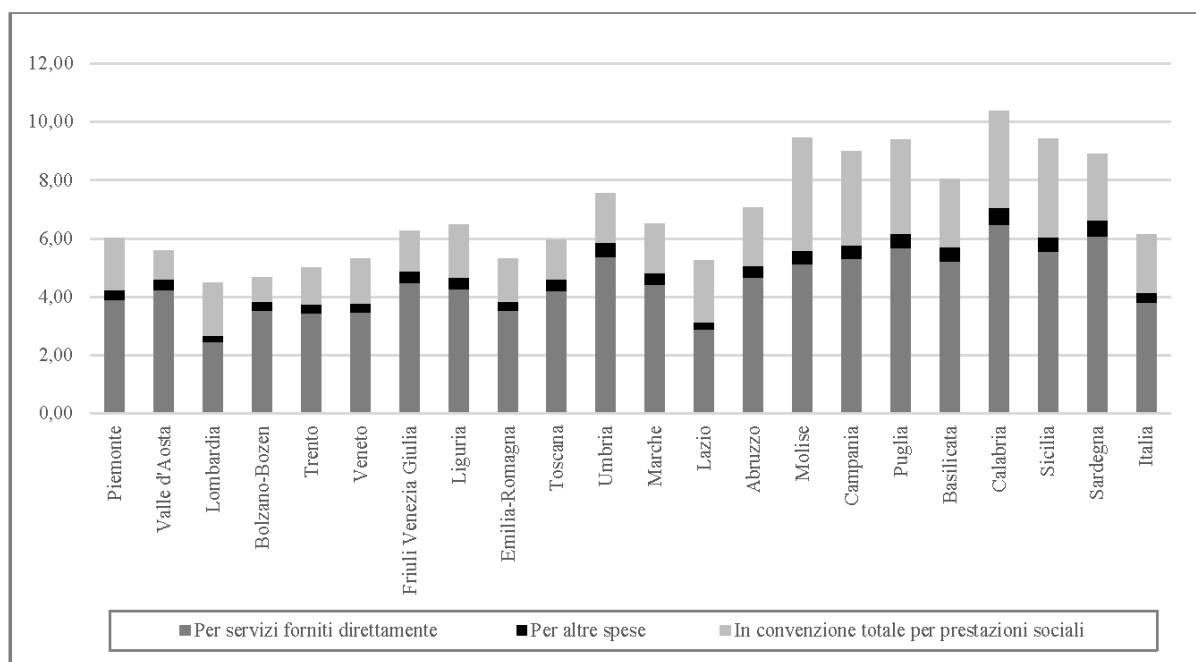
Regioni	Spesa sanitaria pubblica corrente totale	Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione			Spesa sanitaria pubblica corrente in convenzione per prestazioni sociali					
		Servizi forniti direttamente	Altre spese	In convenzione per prestazioni sociali	Assistenza farmaceutica	Assistenza medico generale	Assistenza medico specialista	Casi di cura private	Assistenza riabilitativa integrativa e protesica	Altre prestazioni
Piemonte	6,03	3,89	0,35	1,79	0,33	0,31	0,19	0,35	0,19	0,41
Valle d'Aosta	5,58	4,23	0,39	0,97	0,25	0,26	0,04	0,14	0,12	0,14
Lombardia	4,49	2,45	0,22	1,82	0,29	0,19	0,23	0,51	0,07	0,52
Bolzano-Bozen	4,67	3,53	0,32	0,83	0,13	0,21	0,05	0,13	0,12	0,18
Trento	5,01	3,42	0,31	1,28	0,27	0,25	0,13	0,29	0,07	0,27
Veneto	5,32	3,47	0,31	1,53	0,24	0,29	0,20	0,31	0,05	0,45
Friuli-Venezia Giulia	6,26	4,47	0,40	1,38	0,33	0,32	0,15	0,17	0,12	0,28
Liguria	6,47	4,27	0,39	1,81	0,31	0,28	0,22	0,41	0,24	0,35
Emilia-Romagna	5,30	3,53	0,32	1,45	0,25	0,28	0,13	0,32	0,05	0,42
Toscana	5,95	4,22	0,38	1,35	0,31	0,31	0,12	0,18	0,11	0,33
Umbria	7,56	5,38	0,49	1,69	0,41	0,38	0,13	0,17	0,13	0,48
Marche	6,50	4,42	0,40	1,68	0,41	0,33	0,13	0,25	0,23	0,33
Lazio	5,25	2,87	0,26	2,12	0,32	0,26	0,26	0,68	0,20	0,40
Abruzzo	7,06	4,65	0,42	1,99	0,47	0,39	0,13	0,36	0,29	0,35
Molise	9,42	5,14	0,46	3,83	0,52	0,57	0,54	1,37	0,36	0,48
Campania	8,98	5,30	0,48	3,20	0,57	0,51	0,66	0,75	0,40	0,31
Puglia	9,39	5,67	0,51	3,21	0,58	0,56	0,36	0,83	0,27	0,60
Basilicata	8,04	5,23	0,47	2,34	0,56	0,53	0,33	0,04	0,50	0,38
Calabria	10,37	6,48	0,59	3,30	0,70	0,64	0,37	0,67	0,46	0,45
Sicilia	9,42	5,55	0,50	3,37	0,54	0,54	0,50	0,79	0,40	0,60
Sardegna	8,88	6,09	0,55	2,24	0,56	0,43	0,33	0,32	0,26	0,33
Italia	6,14	3,80	0,34	2,00	0,36	0,32	0,25	0,47	0,17	0,43

Fonte dei dati: Health for-All Italia. Anno 2025.

Grafico 1 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente per singola funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo - Anni 2016-2023

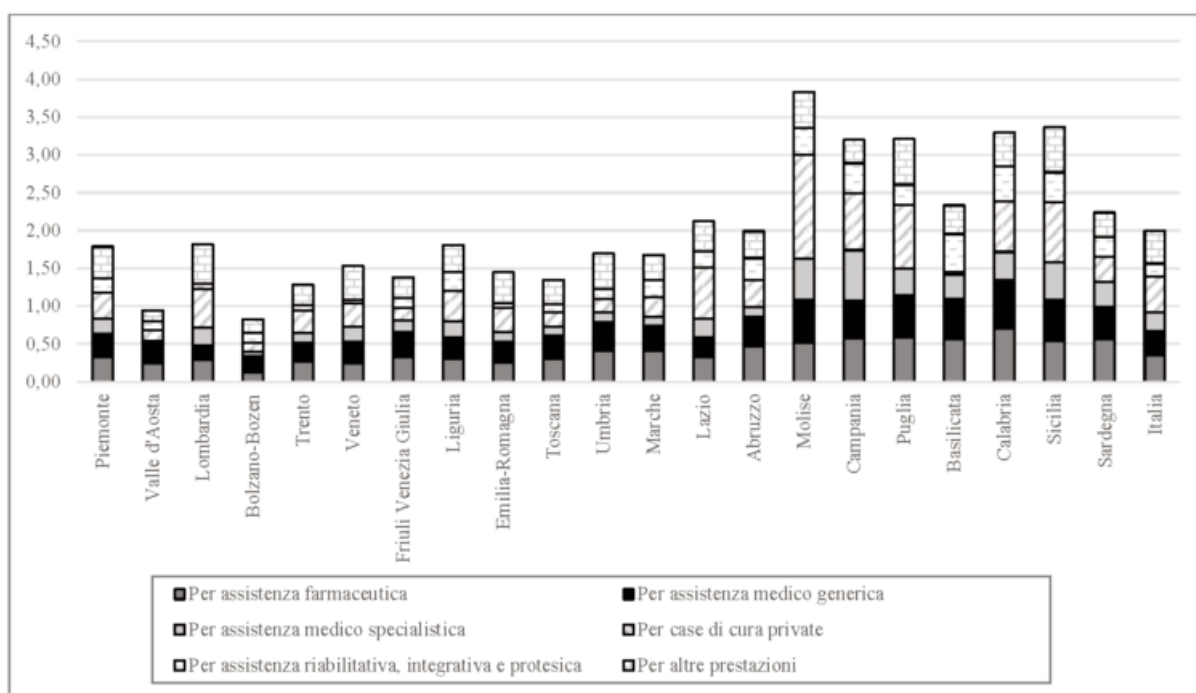
Fonte dei dati: Health for-All Italia. Anno 2025.

Grafico 2 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2023



Fonte dei dati: Health for-All Italia. Anno 2025.

Grafico 3 - Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente in convenzione per singola prestazione sociale in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2023



Fonte dei dati: Health for-All Italia. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

In sintesi, a livello nazionale nel 2023:

- il valore della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL registra una ulteriore leggera flessione rispetto al 2020;
- nella composizione della spesa un ruolo dominante è sempre giocato della spesa per servizi forniti direttamente;
- nella composizione della spesa, il ruolo giocato dalle singole funzioni si mantiene praticamente costante rispetto all'anno 2020;
- la percentuale contenuta di aumento della spesa sanitaria è destinata a diventare una riduzione, se si valuta la spesa in termini reali cioè al netto dell'inflazione che è stata superiore, e pari al 5,7% nel 2023.

A livello regionale:

- i valori della spesa sanitaria pubblica rispetto al PIL continuano ad essere differenti fra le regioni con un gradiente Nord-Sud ed Isole;
 - la composizione della spesa per funzione varia fra le regioni, ma tutte dedicano più risorse all'erogazione diretta di prestazioni;
 - nell'ambito della spesa sanitaria in convenzione, continua a giocare un ruolo la spesa per case di cura private con un peso importante in 6 regioni.
- Certamente a delineare questo quadro, concorrono numerosi fattori.

In termini prettamente finanziari, la leggera flessione della spesa rispetto al PIL è determinata dal maggior incremento del PIL rispetto all'incremento della spesa sanitaria: il PIL cresce, infatti, del 6,70% e la spesa del 0,23% nel 2023 rispetto al 2022.

Nel 2023, il contenuto incremento della spesa è imputabile a molteplici e concorrenti cause che giocano sia sul lato dell'offerta sia della domanda.

Dal lato dell'offerta, ha giocato un ruolo importante il costo delle risorse umane sia dipendenti, sia convenzionate. Infatti, vi è stato il mancato perfezionamento del rinnovo dei contratti del personale dirigente e convenzionato per il triennio 2019-2021, i cui oneri non sono stati imputati nel 2023 ma procrastinati al 2024, e una flessione dei prezzi dei beni energetici regola-

mentati ha contribuito al contenimento della spesa sanitaria. A tali cause si aggiungono le politiche di *governance* volte a regolamentare la dinamica della spesa dei prodotti farmaceutici che hanno puntato alla razionalizzazione dell'impiego dei farmaci da parte delle strutture pubbliche.

Sul fronte della domanda, l'incremento della spesa è certamente attribuibile alla ripresa dei consumi da parte dei cittadini dopo le restrizioni da COVID-19. La diversa velocità con cui cresce il valore al numeratore e al denominatore del rapporto spesa rispetto al PIL, se da un lato può essere sintomo di recupero di maggiore efficienza nella erogazione dei servizi, dall'altro può essere sintomo di una minor tutela da parte dei cittadini che non trovano garanzia dei LEA a cui hanno diritto. Solo una valutazione comparata di spesa e LEA effettivamente garantiti permetterebbe di valutare se vi è stata o non vi è stata una perdita di tutela dei cittadini. Le raccomandazioni prospettabili vertono sull'impegno delle regioni a re-allineare la spesa sanitaria alla garanzia dei LEA in modo da evitare, attraverso un efficiente uso delle risorse, una riduzione delle prestazioni da garantire. In particolare, le regioni dovrebbero attuare idonee politiche di risposta alla domanda di prestazioni non soddisfatta durante il periodo COVID-19, onde evitare ripercussioni negative sulla salute dei cittadini derivanti da un ritardo nelle diagnosi e trattamento delle patologie con conseguente aggravio sulla futura spesa sanitaria. Certamente, la riduzione della lista d'attesa che si è creata, non può prescindere dall'appropriatezza della domanda. Al fine di assolvere al ruolo di sistema sanitario pubblico, un'accurata analisi degli indicatori relativi ai LEA e agli esiti, può fornire indicazione sulla capacità delle regioni di salvaguardare efficacia ed efficienza.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Disponibile sul sito: www.istat.it/comunicato-stampa/prezzi-al-consumo-dicembre-2023-2.

(2) Ministero dell'Economia e delle Finanze- Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato- Monitoraggio spesa sanitaria anno 2025.

Spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria privata pro capite

Significato. In questo contesto sono presentati due importanti indicatori della spesa sanitaria: la spesa pubblica corrente e la spesa privata rispetto alla popolazione residente per l'intera nazione e in ciascuna singola regione.

La spesa sanitaria pubblica pro capite fornisce una misura dell'ammontare delle risorse monetarie utilizzate in media per ogni individuo di una data regione e, di conseguenza, dell'intera nazione, per far fronte all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria per un periodo di riferimento.

La spesa sanitaria privata pro capite esprime, invece,

l'onere sopportato direttamente da ciascun cittadino per il pagamento diretto delle prestazioni, del ticket e dei finanziamenti su base volontaristica.

I due indicatori sono analizzati singolarmente rispetto alla rispettiva serie storica.

Inoltre, viene effettuata, per lo stesso arco temporale disponibile, una lettura coincidente dei due indicatori che permette di cogliere non solo la dinamica dei loro valori assoluti, ma anche la presenza di una complementarità o compensazione di un tipo di spesa rispetto all'altro.

Spesa sanitaria pubblica pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria pubblica
Denominatore	Popolazione media residente

Spesa sanitaria privata pro capite

Numeratore	Spesa sanitaria privata
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore spesa sanitaria privata pro capite ha la validità di misurare le risorse finanziarie direttamente impiegate dal cittadino per prestazioni sanitarie di cui si è avvalso e ha un limite legato al fatto che non consente di valutare la composizione della spesa e, quindi, di evidenziare comportamenti diversi nelle regioni da analizzare con l'offerta in ciascuna di esse.

L'indicatore spesa sanitaria pubblica pro capite ha la validità di fornire una prima indicazione della quantità di risorse monetarie che il settore pubblico destina all'assistenza sanitaria dei residenti di ogni regione e di consentire una valutazione delle eventuali disparità tra le regioni. In tal senso, dovrebbe indicare le risorse impegnate mediamente sia per garantire i LEA, sia per gli altri servizi socio-sanitari che la regione ritiene di dover garantire alla popolazione locale. Non rappresenta, invece, i costi gravanti sulla popolazione della specifica regione, essendo parte della spesa coperta da entrate provenienti da altre regioni.

Tale indicatore presenta alcuni limiti. Il primo è la sua incapacità di tenere conto del differente livello di bisogno assistenziale tra le regioni, dovuto prevalentemente alla diversa composizione della popolazione per età, genere e quadro epidemiologico. A parità di spesa pro capite, regioni con molti giovani e, quindi, presumibilmente, con minori bisogni attesi, saranno avvantaggiate rispetto a regioni con molti anziani. Il secondo limite consiste nel fatto che non consente di

valutare l'impatto dei diversi livelli di efficienza ed appropriatezza regionale. A parità di spesa pro capite le regioni in grado di utilizzare in modo maggiormente appropriato le risorse saranno in grado di assicurare maggiori servizi con un maggiore contributo allo stato di salute della popolazione.

Infine, vi è un limite legato ad entrambi gli indicatori che esprimono la spesa pro capite al lordo della mobilità, cioè comprendono la spesa che la regione sostiene a fronte di prestazioni erogate per cittadini residenti in altre regioni o la spesa privata sostenuta da cittadini di altre regioni, e non conteggiano la spesa per prestazioni garantite ai propri cittadini da parte di regioni diverse o la spesa sostenuta privatamente dai cittadini in altre regioni. Per tale motivo, la spesa pro capite pubblica e privata potrebbe essere sotto o sovrastimata a seconda che la mobilità passiva sia superiore o inferiore alla mobilità attiva della regione in analisi.

Valore di riferimento/Benchmark. Non essendoci benchmark specifici, per i valori regionali sono ipotizzabili come valori di riferimento quelli medi nazionali e, per il dato nazionale, quelli medi dei Paesi dell'OCSE.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, la spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia presenta un incremento rispetto al 2022 pari allo

0,41%, posizionandosi a 2.216€. Di conseguenza, come da Tabella 1, il tasso medio composto annuo nel periodo 2013-2023 si posiziona sul valore di 2,23% annui.

A tale incremento contribuiscono tutte le regioni che evidenziano una crescita da +0,11% nella PA di Bolzano a +1,33% in Basilicata. Tali incrementi modificano i valori massimi e minimi della spesa fra le regioni, che delineano un *range* che va da 2.796€ nella PA di Bolzano a 2.084€ in Campania ed un minor *gap* pari a 712€ pro capite.

Per il 2022, la spesa pro capite privata (Tabella 2) a livello italiano, dopo il rallentamento registrato nel 2020, presenta una significativa crescita rispetto all'anno precedente, posizionandosi su valori superiori agli ultimi 10 anni.

La distribuzione regionale della rilevazione della spesa sanitaria, riportata nella Tabella 2, per l'anno 2022, mostra che la ripresa dei valori risulta sostanzialmente equidistribuita su tutto il territorio nazionale con percentuali di crescita che oscillano dal 3,85% in Valle d'Aosta al 6,57% nel Lazio rispetto all'anno precedente.

La posizione nella graduatoria della spesa privata pro capite delle regioni è relativamente costante nel tempo: le regioni del Nord che registravano tutte nel 2012 valori superiori alla media nazionale, si posizionano tutte, anche nel 2022, con valori al di sopra del valore medio nazionale. Analogamente, le regioni meridionali confermano i loro valori sotto la media nazionale anche nel 2022.

Nel periodo analizzato aumenta il *gap* fra le regioni, che passa da 570€ nel 2012 a 734€ nel 2022.

Se si effettua un confronto fra spesa sanitaria privata e pubblica pro capite per gli anni i cui dati sono disponibili (2013-2022), a livello nazionale, si osserva una leggera crescita: nel 2013 il rapporto tra spesa sanitaria privata e spesa sanitaria pubblica pro capite si attestava a 0,31 (vale a dire che la spesa privata era pari al 31% della spesa pubblica) per posizionarsi nel 2022 al 33% (Grafico 1). Tutte le regioni si presentano con un più alto valore del rapporto rispetto al 2013, senza alcuna eccezione.

Come illustra il Grafico 2, per tutte le regioni i due tassi hanno un andamento positivo nel tempo analizzato 2013-2022. Per tutte le regioni il tasso di crescita della spesa privata è maggiore del tasso di crescita della spesa pubblica.

Ciò che cambia è la percentuale di crescita tra le regioni, dove il tasso della spesa privata varia dal 2,63% nella PA di Trento a 3,91% nel Lazio, mentre la spesa pubblica cresce con tassi che variano da 1,41% del Molise a 2,87% del Veneto.

Non sembra esserci alcun fenomeno compensativo secondo cui le regioni che hanno una più contenuta crescita della spesa pubblica pro capite hanno un maggiore incremento della spesa privata. Le uniche regioni che presentano tale fenomeno potrebbero essere: Lazio, Friuli-Venezia Giulia e Sardegna. Nel 2022, ultimo dato disponibile, il rapporto della spesa pro capite privata rispetto alla spesa pubblica in Italia si presenta con valori superiori ai principali Paesi europei con sistema sanitario pubblico, per i quali il rapporto non supera il valore di 0,21.

Tabella 1 - Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite, variazione (valori per 100) e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2013-2023

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2022)	Tassi medi composti annui (2023-2013)
Piemonte	1.810	1.826	1.820	1.834	1.830	1.882	1.951	2.060	2.178	2.199	2.213	0,64	2,03
Valle d'Aosta	2.126	2.023	1.939	1.962	1.956	2.012	2.066	2.367	2.475	2.565	2.585	0,78	1,97
Lombardia	1.802	1.858	1.855	1.861	1.908	1.947	1.971	2.053	2.146	2.199	2.203	0,18	2,03
Bolzano-Bozen	2.233	2.155	2.195	2.200	2.263	2.304	2.270	2.580	2.826	2.793	2.796	0,11	2,27
Trento	1.934	1.934	1.850	1.868	1.904	1.942	1.953	2.157	2.214	2.322	2.326	0,17	1,86
Veneto	1.667	1.683	1.726	1.736	1.761	1.779	1.810	1.954	2.095	2.150	2.161	0,51	2,63
Friuli-Venezia Giulia	2.004	1.942	2.071	2.085	2.164	2.097	2.066	2.131	2.291	2.345	2.358	0,55	1,64
Liguria	1.957	2.004	1.983	1.995	2.011	2.059	2.094	2.201	2.356	2.427	2.441	0,58	2,23
Emilia-Romagna	1.815	1.833	1.840	1.850	1.877	1.946	1.950	2.175	2.210	2.292	2.298	0,26	2,39
Toscana	1.765	1.828	1.823	1.834	1.874	1.893	1.954	2.125	2.188	2.230	2.244	0,63	2,43
Umbria	1.809	1.809	1.832	1.840	1.885	1.948	1.961	2.091	2.219	2.288	2.309	0,92	2,47
Marche	1.723	1.750	1.760	1.777	1.803	1.846	1.888	1.998	2.108	2.144	2.159	0,70	2,28
Lazio	1.869	1.875	1.860	1.832	1.827	1.852	1.925	2.060	2.155	2.184	2.196	0,55	1,63
Abruzzo	1.704	1.757	1.765	1.778	1.820	1.859	1.909	2.012	2.069	2.173	2.190	0,78	2,54
Molise	2.197	2.118	2.041	2.055	2.039	2.079	2.309	2.316	2.476	2.493	2.519	1,04	1,38
Campania	1.635	1.676	1.694	1.695	1.715	1.744	1.790	1.901	2.042	2.067	2.084	0,82	2,46
Puglia	1.718	1.763	1.816	1.825	1.807	1.857	1.916	1.992	2.128	2.185	2.206	0,96	2,53
Basilicata	1.795	1.831	1.801	1.815	1.877	1.867	1.895	1.997	2.121	2.187	2.216	1,33	2,13
Calabria	1.678	1.713	1.718	1.715	1.708	1.788	1.848	1.909	1.974	2.160	2.182	1,02	2,66
Sicilia	1.691	1.716	1.717	1.715	1.751	1.832	1.885	2.011	2.151	2.137	2.157	0,94	2,46
Sardegna	1.961	1.989	1.983	1.988	1.942	1.981	2.046	2.121	2.340	2.312	2.337	1,08	1,77
Italia	1.777	1.807	1.815	1.819	1.841	1.881	1.925	2.046	2.157	2.207	2.216	0,41	2,23

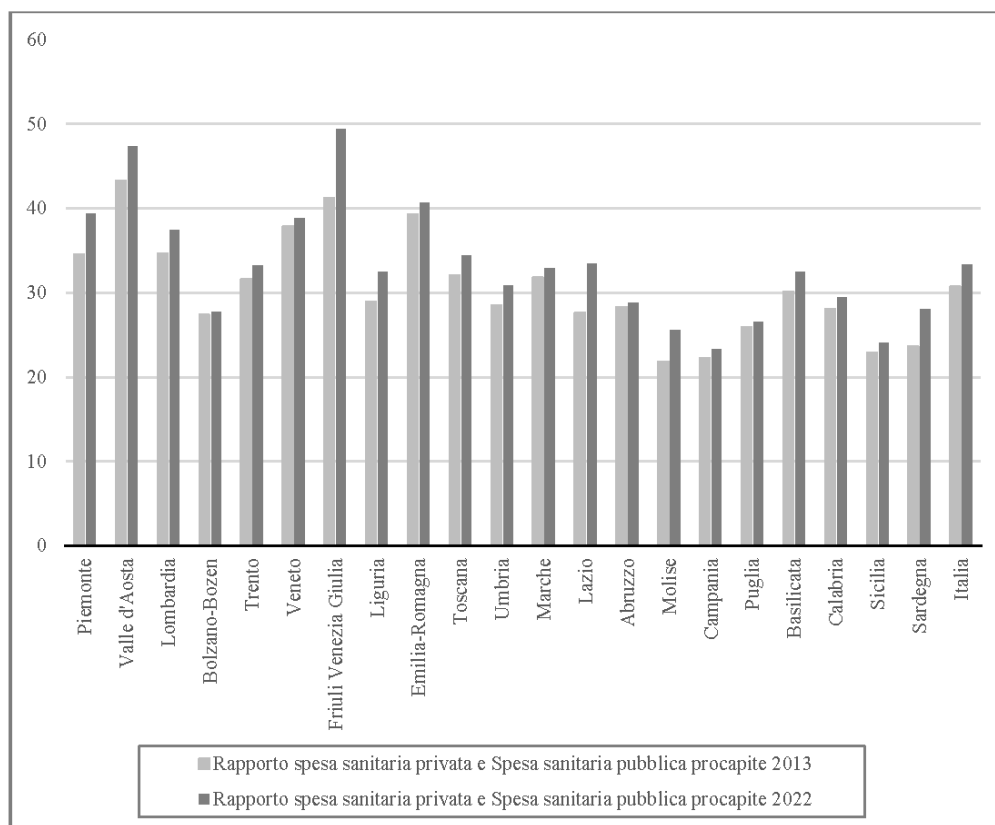
Fonte dei dati: Health for-All Italia. Anno 2025.

Tabella 2 - Spesa (valori in €) sanitaria privata pro capite e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2012-2022

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ % (2022-2021)	Tassi medi composti annui (2022-2012)
Piemonte	599	624	656	695	696	725	745	760	708	814	865	6,27	3,75
Valle d'Aosta	921	919	894	957	968	1.017	1.040	1.054	987	1.170	1.215	3,85	2,80
Lombardia	603	623	626	663	666	697	707	719	678	784	822	4,85	3,15
Bolzano-Bozen	645	611	628	664	660	678	685	684	637	733	774	5,59	1,84
Trento	618	611	624	661	658	678	688	690	642	735	772	5,03	2,25
Veneto	663	631	666	705	700	723	738	751	700	797	836	4,89	2,35
Friuli-Venezia Giulia	868	825	874	931	931	967	987	1.001	943	1.104	1.158	4,89	2,93
Liguria	556	567	604	638	630	650	670	686	643	741	787	6,21	3,54
Emilia-Romagna	710	712	725	767	769	801	812	821	769	890	933	4,83	2,76
Toscana	557	566	590	623	624	650	663	676	633	721	767	6,38	3,26
Umbria	531	516	528	554	550	571	585	601	571	667	706	5,85	2,89
Marche	553	548	552	573	568	585	595	609	575	668	705	5,54	2,46
Lazio	553	517	549	582	572	598	609	629	591	685	730	6,57	2,81
Abruzzo	499	482	486	508	506	526	541	551	514	596	627	5,20	2,32
Molise	460	479	474	494	494	523	537	550	522	600	638	6,33	3,33
Campania	351	364	371	392	391	410	415	427	406	457	481	5,25	3,20
Puglia	434	444	447	471	471	493	500	516	482	545	579	6,24	2,92
Basilicata	527	541	542	570	572	599	608	627	591	675	710	5,19	3,03
Calabria	487	471	487	513	511	535	544	567	536	607	635	4,61	2,70
Sicilia	403	387	399	419	411	424	434	452	432	484	514	6,20	2,46
Sardegna	490	464	487	519	516	536	547	568	543	618	649	5,02	2,86
Italia	547	545	562	595	592	617	629	644	606	695	735	5,76	2,99

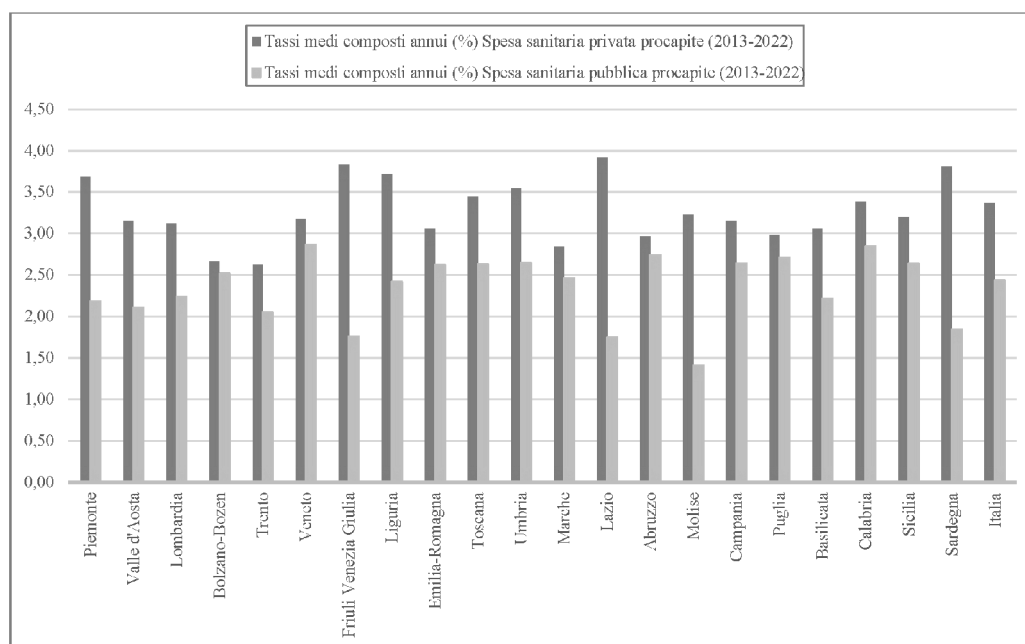
Fonte dei dati: Health for-All Italia. Anno 2025.

Grafico 1 - Rapporto (valori per 100) spesa sanitaria privata pro capite e spesa sanitaria pubblica pro capite per regione - Anni 2013, 2022



Fonte dei dati: Health for-All Italia. Anno 2025.

Grafico 2 - Tasso medio composto (valori per 100) spesa sanitaria privata pro capite e spesa sanitaria pubblica pro capite per regione - Anni 2013-2022



Fonte dei dati: Health for-All Italia. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Entrambi gli indicatori della spesa sanitaria privata e pubblica pro capite crescono nel periodo 2013-2022, sia a livello nazionale sia a livello di singole regioni. La spesa pubblica cresce meno velocemente della spesa privata. Ciò giustifica un incremento del rapporto spesa sanitaria privata e spesa sanitaria pubblica pro capite, tale per cui in alcune regioni, come il Friuli-Venezia Giulia e la Valle d'Aosta, la spesa sanitaria pro capite privata è pressoché pari al 50% di quella pubblica.

L'andamento della spesa privata cela una criticità legata alla crescente difficoltà di accesso alle cure pubbliche, aggravata dalle lunghe liste di attesa, sulla quale si può ipotizzare che abbia influito il razionamento delle risorse pubbliche destinate alla sanità, a fronte di una domanda crescente di prestazioni in larga parte indotta dall'invecchiamento della popolazione e dalla conseguente maggiore diffusione di patologie croniche. Una ulteriore criticità legata a tale incremento è ascrivibile ai consumi inappropriati di prestazioni sanitarie, indotti da una tendenza crescente alla medicalizzazione della società, da una domanda crescente da parte dei pazienti che non trova un sufficiente filtro da parte dei professionisti sanitari e dal ricorso alla medicina difensiva.

Raccomandazioni possono essere avanzate solo se si dispone di informazioni sulla spesa sanitaria privata pro capite, non solo complessiva, ma anche articolata nelle diverse funzioni di spesa, per farmaci, per assistenza ambulatoriale, per assistenza ospedaliera ed altro, e se si dispone di dati sulla mobilità che permet-

tano di individuare la spesa pro capite pubblica e privata dei cittadini residenti in ogni singola regione depurata dei *bias* determinati dal loro spostamento fra le regioni, oltre ad informazioni sulle caratteristiche socio-demografiche della popolazione che ricorre al pagamento diretto delle prestazioni e del loro livello di *literacy*. Solo in tal modo si possono fornire indicazioni utili e precise ai *policy maker*.

Inoltre, non può essere trascurato il fenomeno che può nascondersi dietro il diverso tasso di crescita della spesa privata e pubblica, che si traduce nella rinuncia a prestazioni sanitarie necessarie che non trovano soddisfazione, nei tempi necessari, nel settore pubblico e che non possono essere sostenute privatamente.

Certamente è raccomandabile perseguire nell'utilizzo di tali indicatori. Pare, infatti, utile continuare la loro analisi, nonostante i limiti intrinseci, per due ragioni sostanziali. La prima risiede nella loro portata informativa che permette di valutare l'ammontare di risorse che, da un lato, la regione e la nazione utilizza per la promozione e il mantenimento dello stato di salute della popolazione e, dall'altro, che il singolo cittadino destina all'acquisizione di prestazioni sanitarie in un sistema sanitario pubblico. La seconda è legata al fatto che si tratta di indicatori utilizzati nei diversi Paesi dell'OCSE e, come tale, la loro misurazione consente un confronto a livello internazionale.

Inoltre, continua ad essere raccomandabile l'analisi congiunta dei due indicatori, spesa privata e pubblica, che consente di evidenziare come cambia il contributo e il peso dei diversi attori nella spesa sanitaria e permette di mappare eventuali cambi di rotta del sistema

sanitario, con maggiore o minore orientamento alla spesa privata, e di individuare il ruolo, di compensazione o di integrazione, della spesa privata rispetto alla pubblica. Inoltre, in una logica di Sanità Pubblica, non deve essere sottovalutato, il valore del rapporto spesa privata e pubblica perché potrebbe essere un segnale di cambio di comportamento delle Istituzioni e dei cittadini, per i quali, l'organizzazione dei servizi pubblici non coerenti con i loro bisogni o un accesso difficoltoso al pubblico, rendono la sanità privata più attrattiva, o ancor peggio conducono alla rinuncia alle prestazioni. Non deve essere dimenticato, infatti, che secondo l'OMS, per garantire equità e accessibilità alle cure, la spesa *out-of-pocket* non dovrebbe supera-

re il 15% della spesa sanitaria totale. Queste ultime osservazioni suggeriscono una riflessione sul rischio di una privatizzazione della sanità, se non si supporta una crescita economica capace di garantire i finanziamenti necessari ad una inevitabile crescita della spesa sanitaria pubblica, imposta dal quadro epidemiologico della popolazione italiana, dalla sua dinamica demografica e dal veloce sviluppo tecnologico.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero dell'Economia e delle Finanze-Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato-Monitoraggio spesa sanitaria anno 2024.

(2) OECD. Disponibile sul sito:
<https://data-explorer.oecd.org>.

Avanzo/disavanzo sanitario pubblico pro capite

Significato. L'indicatore misura l'entità degli avanzi o disavanzi, in termini pro capite, dei SSR. Intende, quindi, riflettere la sostenibilità economico-finanziaria dei SSR stessi. La presenza generalizzata di disavanzi ampi e/o crescenti nel tempo segnala una strutturale divaricazione nel livello e/o nella dinamica di proventi e costi, quindi problemi di sostenibilità del sistema nel suo complesso. I medesimi fenomeni, circoscritti però ad alcune regioni, sono invece probabile sintomo di difficoltà gestionali. Una progressiva riduzione dei disavanzi e un correlato ampliamento del numero di regioni in equilibrio segnalano, d'altra parte, una ritrovata sostenibilità.

Metodologia.

Dal 2013, i risultati d'esercizio dei SSR vengono pubblicati dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS) in un Rapporto di "Monitoraggio della Spesa Sanitaria" giunto, nel 2024, all'undicesima edizione¹. La metodologia di determinazione dei disavanzi presenta alcune peculiarità, di seguito sintetizzate:

- 1. le "risorse aggiuntive da bilancio regionale" o "contributi da regione extra fondo per la copertura dei LEA" vengono sempre escluse dai proventi in quanto considerate "risorse aggiuntive regionali rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie, (conferita) per il raggiungimento dell'equilibrio economico" (MEF-RGS 2024, p. 87);
- 2. per le regioni a Statuto Speciale (Sicilia esclusa) e

le PA, che coprono interamente con proprie risorse la spesa sanitaria, il "finanziamento ordinario" viene determinato in modo figurativo, sulla base della metodologia adottata per assegnare il finanziamento alle regioni a Statuto Ordinario e con l'intento di rappresentare "le somme che tali autonomie devono obbligatoriamente conferire al proprio SSR per l'erogazione dei LEA". Ne risultano spesso disavanzi figurativi anche elevati, cui però non corrisponde "necessariamente un risultato di esercizio negativo del settore sanitario, in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota parametrata al livello di finanziamento inglobato nell'Intesa Stato-Regioni sul riparto del finanziamento del SSN può trovare copertura in corso d'anno mediante il conferimento di risorse proprie aggiuntive" (MEF-RGS 2024, p. 47);

3. eventuali utili conseguiti da singole aziende vengono esclusi dalla determinazione del risultato economico consolidato del SSR, a meno che tali utili vengano resi disponibili "per il ripiano delle perdite del SSR, previo specifico provvedimento regionale, con cui si rende noto agli Enti del SSR in utile l'eventuale volontà di disporre del risultato positivo d'esercizio in eccedenza destinandolo alla copertura delle perdite dell'intero SSR con l'indicazione del relativo importo" (MEF-RGS 2024, p. 87). La serie storica dei disavanzi calcolati con questa metodologia è stata ricostruita a ritroso fino al 2006.

Avanzo/disavanzo sanitario pubblico pro capite

Numeratore	Proventi-Costi
Denominatore	Popolazione media residente

Validità e limiti. L'indicatore fornisce un'informazione di prima approssimazione sulla *performance* economico-finanziaria dei SSR. Disavanzi elevati e/o con tassi di incremento superiori alla media nazionale segnalano specifiche difficoltà e, quindi, la necessità di intervenire sulla struttura e sul funzionamento del SSR per contenerne i costi, nonché di richiedere alla regione uno "sforzo fiscale" per incrementare, nel frattempo, le risorse disponibili.

I limiti dell'indicatore si possono classificare in tre gruppi.

Un primo gruppo di limiti deriva dalle peculiarità metodologiche sopra illustrate, che penalizzano la rappresentazione dell'equilibrio economico per: 1. le regioni a Statuto Speciale (Sicilia esclusa) e le PA; 2. le regioni che, per scelta e già in sede di programma-

zione, decidono di destinare al proprio SSR risorse aggiuntive da bilancio regionale al fine di migliorare quantità e qualità dell'assistenza, rispetto alle regioni che si trovano invece a dover coprire disavanzi inattesi e/o indesiderati; 3. le regioni che presentano aziende in utile.

Un secondo gruppo di limiti concerne la qualità dei dati. Non tutte le Aziende sanitarie pubbliche hanno sistemi contabili pienamente adeguati. L'attendibilità dei dati è ulteriormente penalizzata dalle frequenti operazioni di riassetto (scissioni, fusioni e scorpori) delle aziende. La disposizione del "decreto certificabilità" (DM n. 17 settembre 2012) che introduceva, "al termine dei percorsi attuativi della certificabilità, la revisione contabile del bilancio d'esercizio", affidata a "soggetti iscritti nel registro di cui all'art. 2 del D.

¹MEF-RGS (2024). Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 11. Roma.

Lgs. n. 39/2010, tenuto conto della loro indipendenza, dimensione organizzativa e idoneità tecnica, nonché degli ulteriori requisiti da definirsi con successivo decreto” e “condotta nel rispetto delle norme in materia di revisione legale dei conti e dei principi di revisione emanati da associazioni e ordini professionali” (art. 4), non è mai stata attuata. D'altra parte, i controlli effettuati dal Tavolo di verifica degli adempimenti e dal Comitato LEA sono diventati sempre più analitici e incisivi, come documentato nello stesso Rapporto di Monitoraggio della Spesa Sanitaria.

Un terzo gruppo di limiti riguarda la capacità dell'indicatore di riflettere i fenomeni sottostanti.

L'indicatore è direttamente influenzato dal sistema di finanziamento, quindi dalla congruità complessiva del finanziamento nazionale, nonché dalla validità dei criteri utilizzati in sede di riparto per cogliere le differenze nei bisogni assistenziali delle regioni. Per la sua natura aggregata, inoltre, l'indicatore non consente di risalire alle voci di provento o di costo maggiormente responsabili dell'eventuale disavanzo.

In ogni caso, va infine ricordato che l'equilibrio economico-finanziario è condizione necessaria, ma certo non sufficiente, per il buon funzionamento dei SSR: le *performance* dei SSR vanno misurate e valutate anche, e soprattutto, in termini di capacità di garantire i LEA e, in ultima analisi, di tutelare la salute.

Valore di riferimento/Benchmark. Come benchmark si può utilizzare l'equilibrio tra proventi e costi, ossia un risultato economico consolidato del SSR pari a 0. Negli ultimi anni, tale equilibrio è stato conseguito da numerose regioni. Un utile riferimento resta, comunque, il disavanzo medio nazionale. Alla luce della limitata significatività dei disavanzi calcolati per le regioni a Statuto Speciale (Sicilia esclusa) e le PA, può essere opportuno rideterminare il disavanzo medio nazionale escludendo tali regioni e province.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, il disavanzo sanitario nazionale ammonta a circa 1,85 miliardi di €. Si aggrava, quindi, il peggioramento già rilevato nel 2021 e nel 2022. Disavanzi più elevati si erano registrati solo fino al 2012. Se si escludono le regioni a Statuto Speciale (tranne la Sicilia) e le PA, il disavanzo è pari a 833 milioni di €. In termini pro capite (Tabella 1), il disavanzo medio nazionale 2023 è pari a 31€.

Nel confronto interregionale, spiccano come sempre gli elevati disavanzi pro capite delle regioni a Statuto Speciale e delle PA. Tali disavanzi, però, vanno considerati relativamente fisiologici, perché generalmente frutto di un'esplicita volontà di destinare al SSR un ammontare di risorse superiore rispetto alla quota parametrata al livello di finanziamento inglobato nell'Intesa Stato-Regioni sul riparto.

Passando ad analizzare le regioni a Statuto Ordinario

e la Sicilia, le regioni in equilibrio sono solo 7: Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Campania e Sicilia. Significativamente, 3 di queste (Lazio, Campania e Sicilia) sono quelle che in passato hanno rappresentato da sole una quota molto elevata del disavanzo nazionale. Per la Sicilia, tuttavia, il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e il Comitato LEA hanno evidenziato che l'equilibrio è stato conseguito grazie alla “contabilizzazione di poste straordinarie positive che i Tavoli hanno ritenuto di dover approfondire, chiedendo maggiori elementi informativi ed approfondimenti alla Regione e all'Advisor”. Di qui il rinnovato “invito alla Regione ad una attenta riflessione in merito alla gestione strutturale del Fondo Sanitario Regionale, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente” (MEF-RGS 2024, p. 113).

Al Centro-Nord, è contenuto il disavanzo dell'Umbria (4€), mentre i disavanzi di Liguria (50€), Piemonte (54€) e Toscana (69€) eccedono ampiamente la media nazionale. Rispetto ai valori definitivi del 2022, peggiorano visibilmente i risultati di Piemonte e Toscana. Al contrario, ritrova l'equilibrio economico l'Emilia-Romagna, pur con l'invito del Tavolo “al monitoraggio continuo dell'adeguato dimensionamento dei fondi rispetto allo stato dei rischi sussistenti, al fine di evitare accantonamenti effettuati in misura sommaria e in modo generico e successivi svincoli straordinari” (MEF-RGS 2024, p. 90). A Liguria, Piemonte e Toscana, invece, il Tavolo ha rinnovato un invito analogo a quello formulato per la Sicilia (MEF-RGS 2024, pp. 88, 89, 91).

Al Centro-Sud ed Isole, è inferiore alla media nazionale il disavanzo della Puglia (19€); ampiamente superiori alla media nazionale quelli di Calabria (69€), Abruzzo (75€) e Basilicata (94€); decisamente e persistentemente elevato quello del Molise (143€). Rispetto ai valori definitivi del 2022, migliorano visibilmente i risultati del Lazio, mentre peggiorano altrettanto visibilmente quelli della Calabria e soprattutto di Abruzzo e Basilicata. Rispetto alla Calabria, inoltre, Tavolo e Comitato LEA osservano “nuovamente il ritardo nell'utilizzo delle rilevanti risorse messe a disposizione dalle leggi nazionali per il potenziamento dei LEA e che sono tuttora accantonate” e sollecitano “il Commissario ad acta al corretto e completo utilizzo delle risorse a disposizione per l'erogazione delle prestazioni assistenziali” (MEF-RGS 2024, p. 97). Alla Puglia viene rinnovato un invito analogo a quello formulato per la Sicilia (MEF-RGS 2024, p. 112). Per l'Abruzzo, questo invito è accompagnato dal richiamo “ad un corretto presidio dei costi” (MEF-RGS 2024, p. 97); per la Basilicata, da un sollecito “ad un urgente recupero del controllo della gestione complessiva del proprio

SSR, controllo che allo stato e da tempo si dimostra insufficiente” nonché “ad una attentissima valutazione dell’andamento dei costi sanitari che devono, per garantire un equilibrio strutturale, essere coerenti con le fonti di finanziamento disponibili” (MEF-RGS 2024, p. 93). Quanto al Molise, “Tavolo e Comitato rilevano nuovamente con preoccupazione che la Regione Molise continua a registrare importanti disavanzi di gestione annuali, oltre a dover garantire la copertura di ingenti perdite pregresse, ciò, nonostante

i cospicui aiuti finanziari ricevuti dallo Stato e dalle altre Regioni, nonché gli incrementi di finanziamenti ricevuti negli ultimi anni. Richiedono alla struttura commissariale di approntare con urgenza tutte le misure necessarie a ricondurre la programmazione e la gestione del SSR in equilibrio strutturale, avviando un efficace percorso di efficientamento del SSR e di garanzia dell’erogazione dei LEA” (MEF-RGS 2024, p. 108).

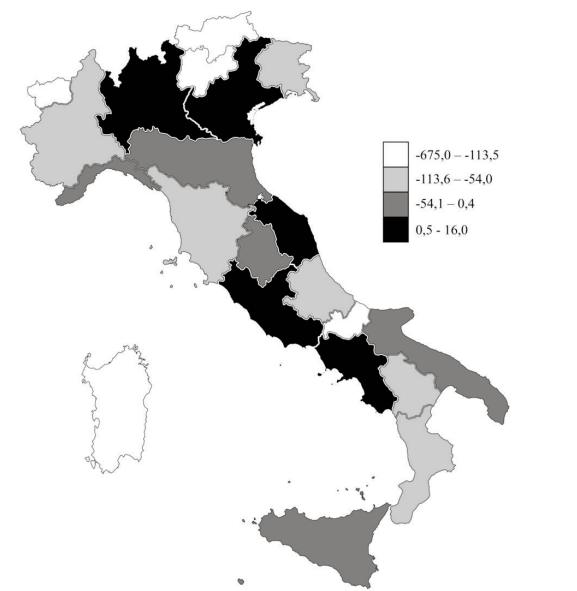
Tabella 1 - Avanzo/disavanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione - Anni 2006, 2022-2023

Regioni	2006	2022	2023
Piemonte	-77	5	-54
Valle d’Aosta -Vallé d’Aoste	-568	-315	-431
Lombardia	0	1	1
Bolzano-Bozen	-570	-614	-675
Trento	-286	-400	-517
Veneto	-31	1	1
Friuli-Venezia Giulia	-3	-102	-94
Liguria	-61	-43	-50
Emilia-Romagna	-69	-22	0
Toscana	-28	-20	-69
Umbria	-64	1	-4
Marche	-32	1	1
Lazio	-374	-23	16
Abruzzo	-153	-12	-75
Molise	-216	-134	-143
Campania	-131	1	1
Puglia	-52	-37	-19
Basilicata	5	-26	-94
Calabria	-28	-40	-69
Sicilia	-219	-8	0
Sardegna	-79	-89	-133
Italia	-103	-25	-31
Totale Regioni a Statuto Ordinario e Sicilia	-99	-15	-20

Nota: il segno negativo indica la presenza di disavanzi.

Fonte dei dati: MEF-RGS. Il monitoraggio della spesa sanitaria. Rapporto n. 7 e n. 11. Roma. Per i dati di popolazione: Popolazione residente al 1° gennaio, disponibile su demo.istat.it. Anno 2025.

Avanzo/disavanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione. Anno 2022



Raccomandazioni di Osservasalute

Le indicazioni di politica sanitaria riguardo ai deficit sono da ritenersi estremamente specifiche, perché correlate alla genesi dei *deficit* stessi (sottofinanziamento, sovracapacità e/o sovrapproduzione, inefficienza etc.). È, quindi, condivisibile la scelta di concordare Piani di Rientro e programmi operativi ritagliati sulle specificità e potenzialità delle singole regioni, mentre è inopportuno fermarsi alle medie nazionali.

Prima della pandemia, il progressivo contenimento (2007-2014) e la successiva invarianza (2015-2019) dei disavanzi, in una situazione di sostanziale stabilità del finanziamento ordinario (+0,8% medio annuo dal 2012), avevano evidenziato la parsimonia del SSN: malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-economica prodotte dalla crisi finanziaria globale iniziata nel 2008, la tradizionale dinamica espansiva della spesa era stata arginata e il SSN si era allineato alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato. Ciò grazie all'introduzione e al rafforzamento delle regole nazionali di responsabilizzazione delle regioni sui propri equilibri economico-finanziari, nonché ai relativi sistemi di monitoraggio; alle specifiche misure di contenimento della spesa messe in atto a livello sia nazionale sia regionale, soprattutto nell'ambito dei Piani di Rientro e dei programmi operativi; alle ulteriori iniziative attuate dalle singole aziende.

Con l'emergenza sanitaria da COVID-19 si è conclusa la serie storica iniziata nel 2001 (con la riforma del titolo V della Costituzione) o nel 2006 (con il rafforzamento della responsabilizzazione regionale e il venir meno dell'aspettativa di ripiano dei disavanzi). I valori 2020 e 2021 non sono confrontabili con quelli degli anni precedenti perché fortemente influenzati dalla pandemia, in termini di costi, ma anche di proventi. Tali valori, pertanto, sono difficilmente interpretabili: per esempio, nel 2020 e nel 2021, il disavanzo sanitario nazionale è stato contenuto, ma ciò anche grazie a un significativo incremento nel finanziamento del SSN. I valori 2022 e 2023 indicano, invece, un

significativo e progressivo incremento del disavanzo. Il deterioramento dell'equilibrio economico-finanziario emerge anche dalle raccomandazioni formulate in sede di monitoraggio dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato LEA, che hanno richiamato numerose Regioni alla "gestione strutturale del Fondo Sanitario Regionale, in condizioni di efficienza e appropriatezza nell'erogazione dei LEA, nel rispetto dell'equilibrio economico in coerenza con le risorse disponibili a legislazione vigente", specificando, in alcuni casi, indicazioni ancora più incisive. In parte, l'incremento del disavanzo è dovuto a nuove circostanze eccezionali che auspicabilmente si riveleranno temporanee, quali il conflitto in Ucraina. Per altra parte, deriva dal consolidamento di alcuni costi maturati durante la pandemia. Esistono, però, anche importanti determinanti di carattere strutturale. Da un lato, le difficoltà della finanza pubblica non lasciano intravedere margini per incrementi significativi del finanziamento. Dall'altro, gli incrementi di costo riflettono il persistente invecchiamento della popolazione nonché alcune scelte di medio-lungo periodo operate durante la pandemia (per esempio, maggiori costi per personale dipendente) a fronte di finanziamenti aggiuntivi da intendere come temporanei. La pandemia, inoltre, sembra avere fortemente indebolito l'attenzione alle compatibilità economiche e parzialmente delegittimato i sistemi aziendali di programmazione, controllo, valutazione e incentivazione dell'attività. Nei prossimi anni, la sfida sarà dunque ricercare un nuovo equilibrio tra proventi e costi dei singoli SSR, nonché tra finanziamento del SSN e vincoli di finanza pubblica. A tal fine, razionalizzazione e razionamento sarebbero presumibilmente insufficienti a contenere i costi senza indebolire ulteriormente quantità e qualità dei servizi. Sarà, quindi, necessario perseguire una più profonda ridefinizione delle logiche e delle modalità di organizzazione e funzionamento del servizio sanitario, anche completando al meglio le riforme e gli investimenti delineati nel PNRR.

Finanziamento e spesa del Servizio Sanitario Nazionale

Prof.ssa Maria Michela Gianino, Dott.ssa Tiziana Sabetta

Il finanziamento del SSN è la misura dell'ammontare delle risorse, a cui concorre lo Stato, destinate al servizio sanitario e costituisce la condizione essenziale per la concreta attuazione del diritto alla salute.

La spesa sanitaria rappresenta il valore delle risorse spese per l'erogazione delle prestazioni sanitarie direttamente dalle aziende pubbliche e dagli altri Enti pubblici e acquisite dagli operatori privati accreditati.

Come si evince dalla Tabella 1, in termini assoluti, la spesa sanitaria si presenta con valori superiori a quelli del finanziamento nel 2015 e a partire dal 2018. Da tale anno la differenza si presenta sempre con valori superiori a 1.000 milioni di € e punte massime nel biennio 2021-2022 superiori a 5.500 milioni di €. Tale maggiore divergenza, come sottolineato dal Monitoraggio della spesa sanitaria del Ministero dell'Economia e delle Finanze, è da attribuirsi a tre cause concorrenti: la maggiore spesa per l'attuazione del piano vaccinale anti COVID-19, l'impatto degli oneri legati al pagamento degli arretrati conseguente alla approvazione del contratto collettivo 2019-2020 del personale non dirigente e la possibilità di utilizzare le economie derivanti da finanziamento di anni precedenti.

A tale andamento intertemporale del saldo concorre il fatto che la percentuale di variazione del finanziamento e della spesa sanitaria non viaggiano su binari paralleli, con la crescita percentuale della spesa che è spesso superiore all'incremento percentuale del finanziamento, o pari ad esso (Grafico 1). Tale situazione si verifica nel 2015 con una variazione percentuale del finanziamento del -0,2% vs 6,6% della spesa sanitaria e continua negli anni dal 2018 al 2022: +0,7% vs 2,0% nel 2018; +0,9% vs 1,1% nel 2019; +5,3% vs 6,1% nel 2020; +1,2% vs +4,0% nel 2021; 3,2% vs 3,2% nel 2022. Inoltre, la diversa percentuale di crescita del finanziamento e della spesa sanitaria celano un secondo effetto, sul valore assoluto del loro saldo, legato al valore del finanziamento e della spesa rispetto a cui si calcola l'incremento. Paradossalmente, un'uguale percentuale di crescita del finanziamento e della spesa, come nel 2022, si traduce in un incremento del saldo negativo.

Tale dinamica intertemporale potrebbe significare un'insufficienza del finanziamento e del suo incremento, tenendo conto che:

- il suo ammontare non è sempre stato tale da compensare il tasso di inflazione, di fatto riducendo così la crescita reale;
- la popolazione decresce, ma sale l'incidenza della fascia anziana che consuma più prestazioni (secondo il Ministero della Salute gli anziani sopra i 65 anni consumano oltre 2 volte più delle altre classi 1-64 anni sia nelle prestazioni specialistiche sia ospedaliere);
- la popolazione invecchia e cambia la composizione del suo fabbisogno dei LEA, modificando la proporzione nei diversi livelli, spesso a favore di prestazioni con costo o prezzo maggiore;
- la tecnologia propone soluzioni avanzate ma onerose nel loro utilizzo.

Potrebbe anche significare, con un ruolo concorrente alle motivazioni sopra esposte, che la spesa sia elevata a causa delle modalità con cui sono gestite le Aziende sanitarie e con cui sono organizzate le strutture erogatrici di prestazioni che stentano a sostenere il contenimento dell'assistenza ospedaliera e il potenziamento dei *setting* assistenziali sul territorio. A ciò si aggiunge la considerazione che la spesa è cresciuta in modo controllato in virtù dei numerosi interventi normativi per il suo contenimento, in assenza dei quali si presenterebbe maggiore.

La lettura abbinata del Grafico 1 e del Grafico 2 evidenzia che la percentuale di crescita del finanziamento è inferiore rispetto alla percentuale di crescita del PIL e che la percentuale del finanziamento rispetto al PIL disegna una curva discendente (con l'esclusione del periodo interessato dal COVID-19 in cui il PIL registra un -7,5% e il finanziamento un +5,3%). Ciò significa che la quantità di risorse utilizzate per la sanità e quanto prodotto complessivamente nel periodo di riferimento non seguono la stessa dinamica, con la prima che cresce meno del secondo.

L'analisi congiunta, nel periodo 2014-2023, del finanziamento ordinario, spesa sanitaria corrente e PIL, fornisce informazioni utili per valutare la loro congruità e consente alcune conclusioni.

La prima è che il SSN avrebbe bisogno di una crescita del finanziamento capace di garantire un incremento reale anche oltre la semplice copertura del tasso di inflazione, considerando che, se da un lato la popolazione italiana è in calo e, quindi, con la stessa percentuale di PIL si dispone di più risorse per ogni abitante, dall'altro, sta attraversando una redistribuzione nelle diverse fasce di età; la maggiore presenza di popolazione anziana comporta un maggior consumo di prestazioni sanitarie che spesso sono prestazioni di costo maggiore. Inoltre, la nuova tecnologia è spesso onerosa nella sua adozione, non solo per il costo legato al suo impiego ma anche per la necessaria curva di apprendimento da parte degli operatori.

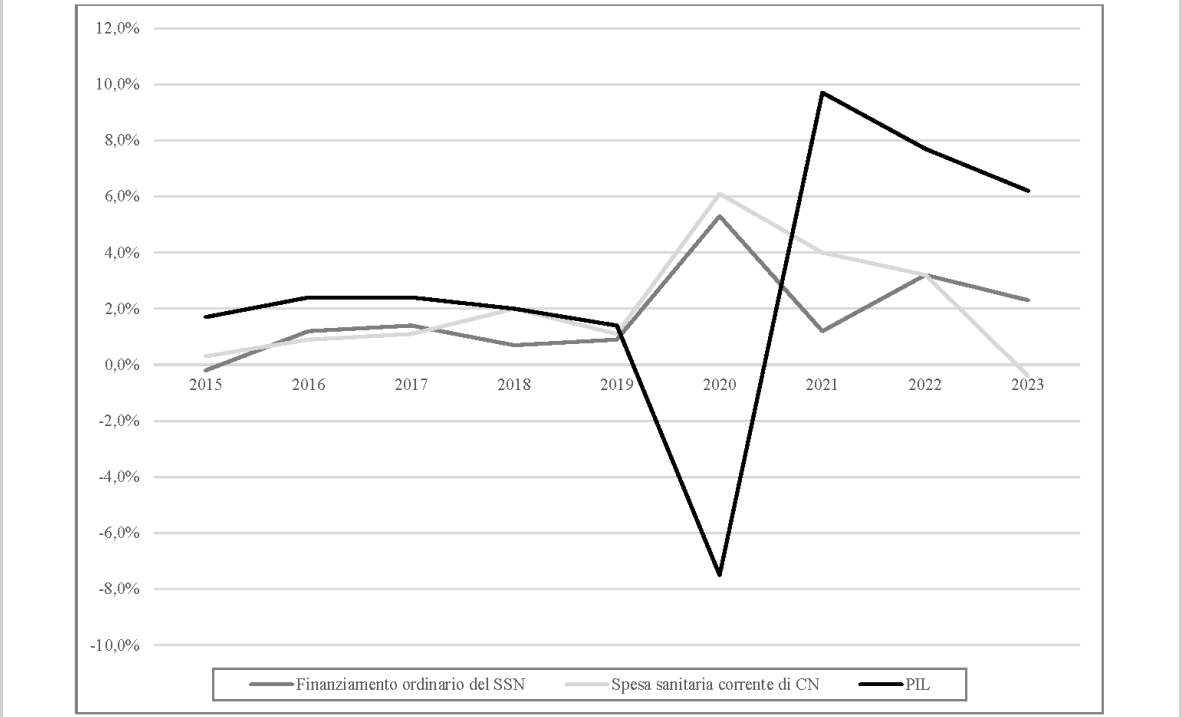
La seconda è relativa al fatto che questo maggior finanziamento dovrebbe accompagnarsi ad una buona gestione delle aziende ed Enti sanitari capace di recuperare tutte le economie presenti nelle modalità con cui vengono erogate le prestazioni.
Lo sforzo congiunto deve, infine, poter contare su una crescita del PIL che ne stia al passo, senza la quale è difficile reperire risorse adeguate.

Tabella 1 - Finanziamento ordinario del Servizio Sanitario Nazionale, spesa sanitaria corrente di contabilità nazionale e Prodotto Interno Lordo (valori assoluti in milioni di €) - Anni 2014-2023

Specifiche	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Finanziamento ordinario del SSN ^a	109.928	109.715	111.002	112.577	113.404	114.474	120.557	122.061	125.980	128.869
% del PIL	6,8	6,6	6,5	6,5	6,4	6,4	7,3	6,7	6,4	6,2
Variazione (%)		-0,2	1,2	1,4	0,7	0,9	5,3	1,2	3,2	2,3
Spesa sanitaria corrente di CN ^b	109.712	110.008	110.977	112.185	114.423	115.663	122.679	127.627	131.674	131.119
% del PIL	6,7	6,6	6,5	6,5	6,5	6,4	7,4	7,0	6,7	6,3
Variazione (%)		0,3	0,9	1,1	2,0	1,1	6,1	4,0	3,2	-0,4
Differenza Finanziamento ordinario del SSN e Spesa sanitaria corrente di CN	216	-293	25	392	-1.019	-1.189	-2.122	-5.566	-5.694	-2.250
PIL ai prezzi di mercato ^c	1.627.406	1.655.355	1.695.787	1.736.593	1.771.391	1.796.649	1.661.240	1.821.935	1.962.846	2.085.376
Variazione (%)		1,7	2,4	2,4	2,0	1,4	-7,5	9,7	7,7	6,2

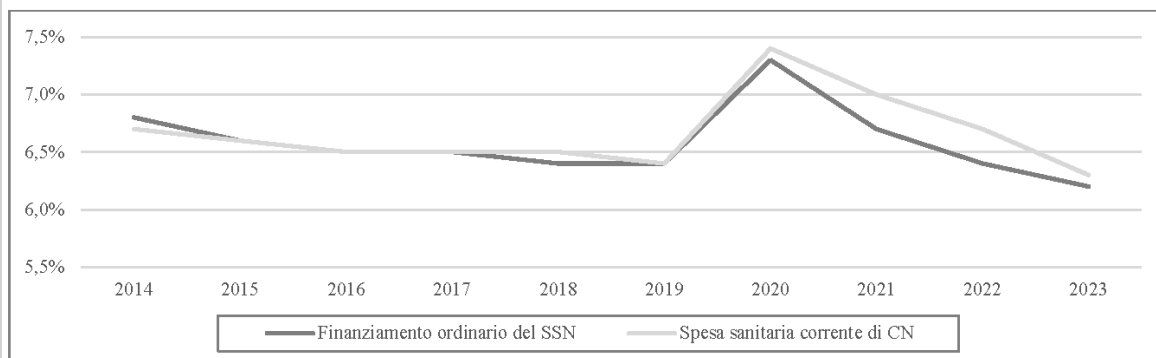
Fonte dei dati: ^aDisposizioni normative e relative intese tra lo Stato e le Regioni. ^bIstat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2024. Disponibile sul sito: www.dati.istat.it. ^cIstat, Conti e aggregati economici nazionali annuali con valutazione a prezzi correnti, Marzo 2024. Disponibile sul sito: www.dati.istat.it. Anno 2025.

Grafico 1 - Variazione (valori per 100) del Finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, spesa sanitaria corrente di contabilità nazionale e Prodotto Interno Lordo



Fonte dei dati: ^aDisposizioni normative e relative intese tra lo Stato e le Regioni. ^bIstat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2024. Disponibile sul sito: www.dati.istat.it. ^cIstat, Conti e aggregati economici nazionali annuali con valutazione a prezzi correnti, Marzo 2024. Disponibile sul sito: www.dati.istat.it. Anno 2025.

Grafico 2 - Finanziamento ordinario del Servizio Sanitario Nazionale e Spesa sanitaria corrente di contabilità nazionale (valori per 100) rispetto al Prodotto Interno Lordo - Anni 2014-2023



Fonte dei dati: ^aDisposizioni normative e relative intese tra lo Stato e le Regioni. ^bIstat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2024. Disponibile sul sito: www.dati.istat.it. ^cIstat, Conti e aggregati economici nazionali annuali con valutazione a prezzi correnti, Marzo 2024. Disponibile sul sito: www.dati.istat.it. Anno 2025.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ragioneria Generale dello Stato- Ministero dell'Economia e delle Finanze. Rapporto n. 11 Il Monitoraggio della spesa sanitaria. 2024.
- (2) Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano Atto Rep. 228 28 Nov. 2024.
- (3) Spatola S. Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale. Corti supreme e salute 2023; 3:1-48.

Assetto istituzionale-organizzativo

Il Rapporto Osservasalute ogni anno analizza e monitora l'impatto sullo stato di salute della popolazione dei principali determinanti organizzativi e gestionali che caratterizzano i diversi SSR.

In questi anni il Capitolo è stato dedicato ad aspetti rilevanti dei modelli organizzativi delle Aziende sanitarie e delle Istituzioni del SSN, quali la forza lavoro e le competenze, le tecnologie sanitarie, le soluzioni di *Information e Communication Technology*, i processi e le procedure.

In particolare, in continuità con le precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, il Capitolo focalizza la sua attenzione su uno degli elementi cardine del SSN: le risorse umane e il lavoro. Nello specifico, in riferimento al personale dipendente del SSN, si rappresentano sia gli aspetti di natura economica, quali la spesa pro capite (grezza e pesata) per il personale dipendente, sia importanti aspetti di natura programmatica, quali la demografia del personale e il tasso di compensazione del *turnover*.

Il Capitolo è, inoltre, arricchito da un *Box* sul parco macchine e digitalizzazione del SSN e suo riassetto, così come definito dal PNRR.

Spesa per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. In tale voce è ricompreso il costo del personale delle Aziende sanitarie, degli IRCCS pubblici e dei Policlinici Universitari pubblici appartenente ai ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo, nonché il costo relativo alla corresponsione dell'in-

dennità per il personale universitario.

L'obiettivo dell'indicatore è mostrare la quota di spesa allocata per il personale rispetto al totale della spesa sanitaria pubblica.

Percentuale della spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale sul totale della spesa sanitaria

Numeratore	Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale
Denominatore	Spesa sanitaria

x 100

Spesa pro capite per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Spesa per personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale
Denominatore	Popolazione media residente (assoluta e ponderata)

Validità e limiti. La fonte principale per l'analisi della spesa sanitaria del SSN deriva dai dati che ogni Azienda sanitaria è tenuta ad inviare al Ministero della Salute. L'analisi è stata svolta prendendo in considerazione sia la popolazione bacino di utenza del SSN sia la popolazione pesata per tener conto del bisogno potenziale di assistenza. La prima popolazione è costituita dai residenti del territorio di riferimento; la seconda è costituita dalla popolazione di riferimento ponderata per la struttura per età. I pesi impiegati per la ponderazione sono quelli utilizzati, attualmente, per la procedura di riparto tra le regioni del fabbisogno sanitario nazionale. L'indicatore non tiene conto del personale convenzionato con il SSN e dell'attività intramoenia. Inoltre, non viene fatta alcuna distinzione tra le varie professionalità ricomprese nel personale dipendente del SSN. Infine, la sua dinamica temporale è influenzata dalla crescente esternalizzazione dei servizi prima svolti da personale interno alle aziende.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono indicazioni specifiche sulla spesa per personale dipendente del SSN. Pertanto, come valore di riferimento viene preso il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

L'incidenza della spesa per personale dipendente del SSN sulla spesa sanitaria totale si è ridotta di 0,4 p.p. tra il 2019-2022, passando dal 30,3% al 29,9%; si conferma, quindi, la tendenza già osservata a partire dal 2010 (1).

Il contenimento della spesa più elevato si è registrato in Calabria, Umbria, Sardegna, Basilicata e Valle d'Aosta (rispettivamente, -3,8, -2,9, -2,8, -2,7 e -2,0 p.p.); solo una di queste regioni (la Calabria) è sottoposta al Piano di Rientro. In altre 4 regioni di questo gruppo (sono sot-

toposte alla disciplina dei Piani di Rientro 7 regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia), invece, i valori registrati nel quadriennio di riferimento sono superiori al decremento nazionale (Campania, Lazio, Molise, Abruzzo e Puglia). In Sicilia il dato risulta a pari merito con il decremento nazionale mentre per la Calabria si registra un valore inferiore al decremento nazionale. In generale, solo in 5 regioni si registra un aumento della spesa (Campania, Lazio, Molise, Abruzzo e Puglia). Per le altre 16 regioni, quindi, si registra un calo della spesa (Tabella 1).

L'analisi dei dati relativi alla spesa per il personale rapportata alla popolazione residente, nel periodo 2019-2022, mostra un aumento dell'11,3%, passando da un valore di 593,2€ ad un valore di 660,0€ (Tabella 2); si conferma, così, la tendenza osservata nel quadriennio precedente (1).

L'aumento della spesa osservata a livello nazionale si riflette in tutte le regioni e PA. Il dato viene confermato anche nel caso di popolazione pesata.

I dati disaggregati relativi all'anno 2022 ci consentono, inoltre, di verificare come esista (e persista) una profonda differenza a livello regionale nei valori di spesa pro capite grezza: la spesa più alta, pari a 1.369,7€ (709,7€ in più rispetto al dato nazionale), si registra nella PA di Bolzano, seguita dai 1.057,3€ (397,3€ in più rispetto al dato nazionale) della Valle d'Aosta, mentre la regione con una spesa pro capite minore è il Lazio che registra un valore di 539,6€ pro capite (120,4€ in meno rispetto al dato nazionale). Più in generale, rispetto al dato nazionale di 660,0€, al Nord si registra un dato medio di 863,0€, al Centro un dato di 709,5€ mentre al Mezzogiorno si registra un dato di 646,3€.

Il dato sulla spesa pro capite pesata, ossia ponderata rispetto alla distribuzione demografica della popola-

zione assistita, rende più omogeneo il dato di spesa. Tuttavia, non sembrano esserci grosse differenze con l'analisi precedente e, difatti, le regioni con una spesa per personale maggiore rimangono, comunque, la PA

di Bolzano, la Valle d'Aosta e la PA di Trento, tutte regioni a Statuto Speciale, mentre le regioni con minore spesa pro capite sono Lazio, Campania e Lombardia.

Tabella 1 - Spesa (valori per 100) per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale sul totale della spesa sanitaria e variazione (valori in punti percentuali) per regione - Anni 2019-2022

Regioni	2019	2020	2021	2022	Δ (2022-2019)
Piemonte	33,4	33,1	32,3	32,9	-0,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	44,1	43,3	41,4	42,1	-2,0
Lombardia	25,6	25,1	24,9	25,0	-0,6
Bolzano-Bozen	49,4	47,6	48,8	48,7	-0,7
Trento	36,8	36,8	35,2	36,7	-0,1
Veneto	29,8	28,8	28,5	29,0	-0,8
Friuli-Venezia Giulia	37,9	37,7	36,8	36,8	-1,1
Liguria	34,1	33,0	32,2	33,2	-0,9
Emilia-Romagna	33,9	32,6	33,7	33,7	-0,2
Toscana	35,1	34,3	34,6	34,1	-1,0
Umbria	37,0	35,7	34,2	34,1	-2,9
Marche	35,7	35,1	34,1	34,0	-1,7
Lazio	24,9	24,9	25,2	25,7	0,8
Abruzzo	31,0	30,9	31,2	31,3	0,3
Molise	23,3	24,7	24,0	24,0	0,7
Campania	25,9	25,9	26,2	26,9	1,0
Puglia	28,0	27,9	28,4	28,3	0,3
Basilicata	35,2	34,2	33,1	32,5	-2,7
Calabria	32,0	31,0	31,7	28,2	-3,8
Sicilia	30,9	30,2	29,6	30,5	-0,4
Sardegna	36,7	36,4	35,0	33,9	-2,8
Italia	30,3	29,8	29,7	29,9	-0,4

Fonte dei dati: Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 11, dicembre 2024. Anno 2025.

Tabella 2 - Spesa (pesata e grezza - valori pro capite in €) per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2019-2022

Regioni	2019		2020		2021		2022		Δ % (2022-2019)	
	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza	Spesa pesata	Spesa grezza
Piemonte	658,4	626,0	686,5	653,9	704,1	707,9	723,7	692,7	9,9	10,7
Valle d'Aosta	920,0	897,5	1.002,1	977,0	1.004,1	1.010,2	1.057,3	1.076,5	14,9	19,9
Lombardia	513,4	515,1	528,9	531,8	532,9	533,8	554,6	578,4	8,0	12,3
Bolzano-Bozen	1.190,2	1.270,8	1.265,2	1.354,6	1.368,8	1.366,6	1.369,7	1.446,1	15,1	13,8
Trento	820,1	833,6	871,8	886,9	861,4	861,4	939,9	966,9	14,6	16,0
Veneto	578,3	574,4	605,3	601,1	621,9	623,8	650,7	660,9	12,5	15,1
Friuli-Venezia Giulia	803,5	754,3	820,2	770,9	836,2	839,1	872,6	869,4	8,6	15,3
Liguria	722,3	650,7	725,0	655,7	736,3	741,7	799,2	769,9	10,7	18,3
Emilia-Romagna	701,6	686,2	735,9	722,1	763,8	765,0	799,3	789,0	13,9	15,0
Toscana	711,8	678,7	752,2	718,5	772,4	775,9	780,4	774,7	9,6	14,1
Umbria	727,3	694,7	743,9	711,1	745,2	750,3	779,9	770,6	7,2	10,9
Marche	679,3	656,7	700,0	677,1	710,2	714,2	738,0	733,7	8,6	11,7
Lazio	464,6	471,2	497,4	504,1	521,1	522,4	539,6	562,6	16,1	19,4
Abruzzo	591,8	581,4	611,1	599,7	645,5	649,2	670,5	686,0	13,3	18,0
Molise	568,8	551,9	565,4	546,3	577,7	584,7	594,3	592,8	4,5	7,4
Campania	469,4	511,2	495,9	538,4	524,5	527,6	551,5	575,7	17,5	12,6
Puglia	525,8	537,2	543,9	554,0	585,3	588,5	604,7	607,1	15,0	13,0
Basilicata	662,2	660,6	678,7	675,8	679,8	686,3	700,8	701,3	5,8	6,2
Calabria	591,3	610,0	593,6	610,3	608,4	613,7	619,2	637,5	4,7	4,5
Sicilia	579,1	602,6	591,3	613,8	612,1	616,2	630,6	651,7	8,9	8,1
Sardegna	746,4	726,7	761,5	737,5	792,9	798,3	798,5	818,1	7,0	12,6
Italia	593,2	593,2	616,5	616,5	636,7	639,4	660,0	672,0	11,3	13,3

Fonte dei dati: Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n. 11, dicembre 2024. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel 2022, la spesa per il personale ammontava a 38,9 miliardi di €, il 29,9% della spesa sanitaria totale; nel corso degli anni l'incidenza della spesa dei redditi da lavoro dipendente sulla corrispondente spesa complessiva del Conto Economico è stata contraddistinta da una tendenziale diminuzione, passando dal 32,1% del 2013 al 29,9% del 2022. La diminuzione della spesa è, sostanzialmente, il risultato delle politiche di blocco del *turnover* attuate dalle regioni sotto Piano di Rientro e dalle misure di contenimento della spesa per il personale, comunque, portate avanti autonomamen-

te dalle altre regioni. Poiché il personale rappresenta la risorsa cardine del sistema sanitario, considerato la tendenza della spesa nonché le forti disparità regionali nei livelli di spesa pro capite, si ritiene opportuno monitorare attentamente il dato sulla spesa, da leggere congiuntamente a quello sul tasso di compensazione del *turnover* e alla struttura per età del personale.

Riferimenti bibliografici

(1) Rapporto Osservasalute 2021, Capitolo "Assetto istituzionale-organizzativo".

Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. Nel 2022, i dipendenti del SSN sono 681.845 di cui il 57,4% è costituito da personale medico e infermieristico. Al fine di poter programmare con anticipo il fabbisogno di personale occorre considerare la struttura per età del personale dipendente. L'obiettivo dell'indicatore qui presentato è quello di

rappresentare la struttura demografica del personale dipendente del SSN su un arco di tempo quadriennale (2019-2022). L'analisi è stata effettuata anche suddividendo la popolazione di riferimento per genere (in quanto l'età di pensionamento è diversa).

Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

$$\text{Numeratore} \quad \text{Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età} \\ \text{Denominatore} \quad \text{Dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale} \quad \times 100$$

Validità e limiti. I dati sono relativi al quadriennio 2019-2022 e sono quelli acquisiti dalle strutture con il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Non è stata fatta una distinzione in base alla qualifica del personale.

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono indicazioni specifiche sulla struttura per età del personale dipendente del SSN, pertanto, come valore di riferimento viene preso il dato nazionale.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2022, il personale dipendente del SSN è composto prevalentemente da persone di età compresa tra i 50-59 anni (37,9%). Inoltre, i dati mostrano come sia più bassa la quota di personale di età ≥ 60 anni (15,9%) rispetto a quella di età < 40 anni (23,1%). A livello regionale, su questo ultimo aspetto, si registra un marcato divario Nord-Sud ed Isole: nel Nord la percentuale di personale di età < 39 anni è pari al 26,0%, mentre nel Sud e nelle Isole è del 19,1% (Centro 21,4%); al contrario, nel Nord la componente di personale di età ≥ 50 anni è del 50,7%, mentre nel Sud e nelle Isole è del 59,5% (Centro 54,3%) (Grafico 1). L'analisi per genere, invece, mostra che, nel 2022, le donne rappresentano il 69,0% del personale dipendente, mentre gli uomini il 31,0%. In particolare, per quanto riguarda il personale di età < 60 anni, le donne sono più numerose degli uomini in tutte le fasce di età considerate (0-29, 30-39, 40-49 e 50-59 anni) mentre si osserva il dato inverso nell'ultima fascia di età ≥ 60 anni. A livello regionale, questa ultima statistica è confermata in tutte le regioni, tranne che per Campania, Puglia e Calabria dove dai dati risultano maggiori gli uomini di età ≥ 60 anni.

Al di là del divario Nord-Sud ed Isole, che risulta ancora più evidente nel caso degli uomini, i dati mostrano come, in via generale, nel SSN la percentuale di donne di età < 30 anni (6,3%) sia maggiore di quella degli uomini (4,4%) della medesima classe di

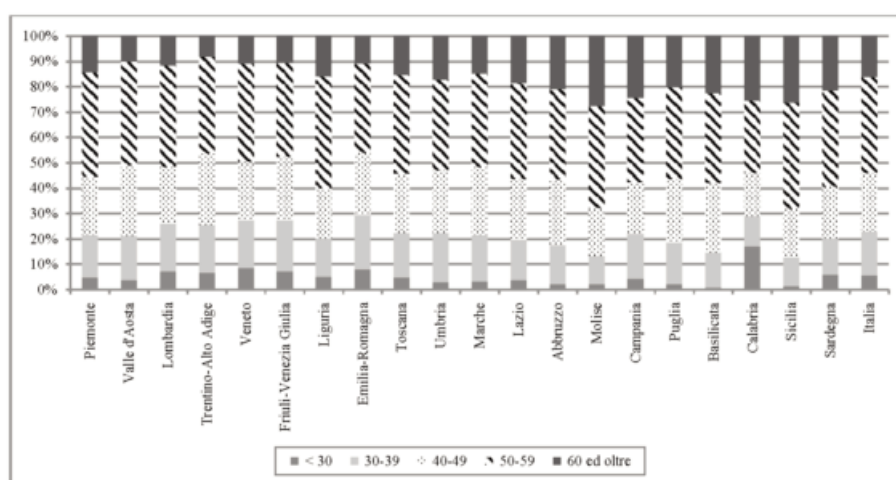
età (Grafico 2, Grafico 3). Inoltre, il personale dipendente del SSN di genere femminile risulta essere, in media, più giovane di quello maschile; a livello nazionale, le donne di età < 40 anni sono il 23,7% del totale delle donne dipendenti del SSN (25,8% per il Nord, 21,9% per il Centro e 20,6% per il Meridione). Questa percentuale diviene il 21,8% se si guarda ai dipendenti di genere maschile (26,7% per il Nord, 20,1% per il Centro e 16,9% per il Meridione). Come trend, nel periodo tra il 2019-2022 (Grafico 4) a livello nazionale, a fronte di una diminuzione di 0,2 p.p. del personale nella fascia di età 60 anni ed oltre e di un aumento di 2,0 p.p. nella fascia di età < 30 anni, si è registrato un decremento di 3,9 p.p. nella fascia di età 40-49 anni. Nella classe di età 30-39, invece, si registra un incremento di 4,6 p.p. mentre nella classe 50-59 anni si registra un decremento di 2,5 p.p. Analizzando la situazione per macroaree geografiche, con riferimento alla variazione tra il 2019-2022 nelle classi < 30 anni e 60 anni ed oltre, emerge come le regioni del Meridione presentino un differenziale tra queste due variazioni maggiore rispetto a quello nazionale (il differenziale tra le due variazioni nelle classi considerate è di 3,1 p.p. derivante da -1,6 p.p. nella classe di età 60 anni e 1,5 p.p. nella classe di età 0-29 anni). Anche nelle regioni del Nord si evidenzia una variazione positiva del personale di età < 30 anni insieme all'aumento del personale di età ≥ 60 anni (rispettivamente, 2,2 p.p. e 0,7 p.p.). Per le regioni del Centro si evidenzia una variazione positiva di personale di età < 30 anni (2,3 p.p.), mentre per il personale di età ≥ 60 anni si registra un valore pari a -0,6 p.p.. Prendendo in esame, invece, la struttura per classe di età del solo personale medico del SSN (nel 2022 il personale medico rappresenta il 15,8% del totale personale del SSN, rispetto al 2019 quando i medici erano il 17,3%), a livello nazionale i medici di età 50-59 anni sono il 25,3% (nel 2019 erano il 30,7%), mentre quelli di età 40-49 anni sono il 28,1% (nel 2019 erano il 25,4%). Nella fascia di età 50 anni ed oltre si è registrato, invece, sia a livello nazionale (Grafico 5) sia nelle macroaree

geografiche, l'unico decremento nel periodo 2019-2022 (-8,9 p.p. a livello nazionale, -6,9 p.p. al Nord, -10,0 p.p. al Centro e -10,8 p.p. nel Mezzogiorno).

Esaminando la struttura per classe di età del solo personale infermieristico (Grafico 6) del SSN (nel 2022 il personale infermieristico rappresenta il 41,6% del totale personale del SSN, rispetto al 2019 quando gli infermieri erano il 41,3%), a livello nazionale gli infermieri nella fascia di età 40-49 anni sono il 22,3% del totale degli infermieri dipendenti del SSN (nel 2019 erano il 31,6%). In questa fascia di età, quindi,

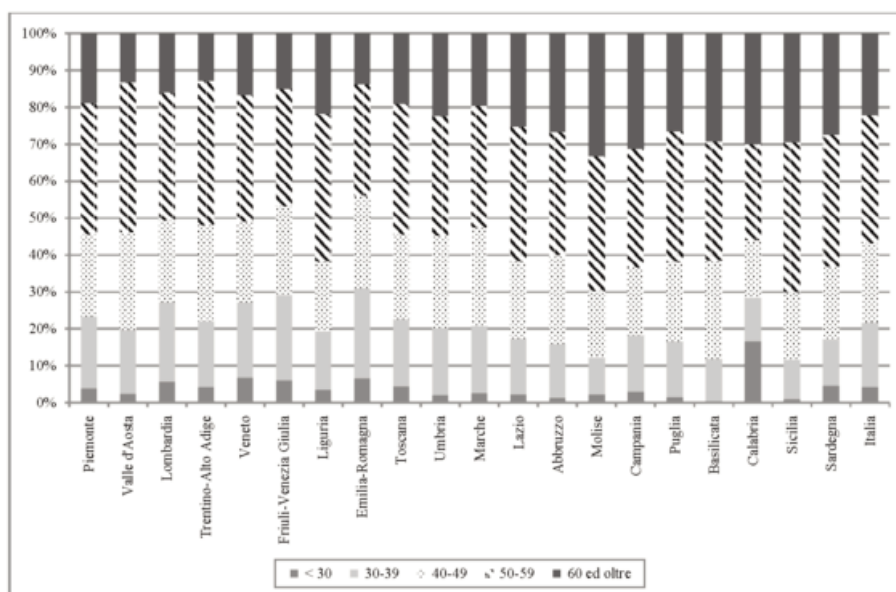
si evidenzia una diminuzione di unità. Gli infermieri compresi, invece, nelle fasce di età 50-59 e 30-39 anni sono, rispettivamente, il 40,7% e il 19,3% del totale (nel 2019 erano il 39,1% e il 15,3%). I dati rappresentati nel Grafico 6 confermano che il calo più significativo di unità si è verificato, sia a livello nazionale sia nelle macroaree geografiche (in ordine decrescente, Nord, Centro e Mezzogiorno), nella fascia di età 40-49 anni (-9,3 p.p.). Al contrario, vi è stato un aumento di personale infermieristico in tutte le altre fasce di età.

Grafico 1 - Personale (valori per 100) dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e regione - Anno 2022



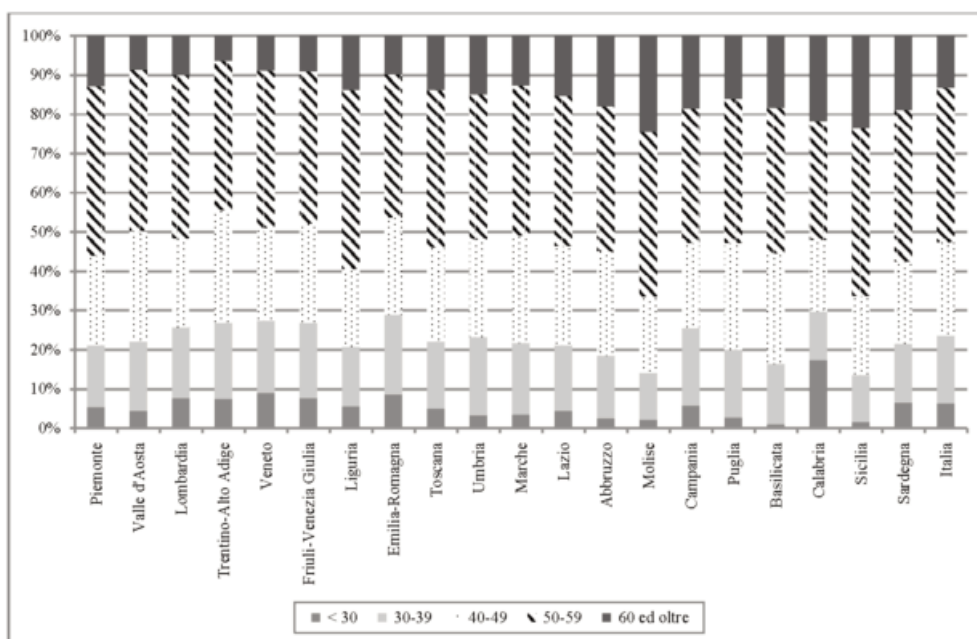
Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2025.

Grafico 2 - Personale (valori per 100) dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e regione. Maschi - Anno 2022



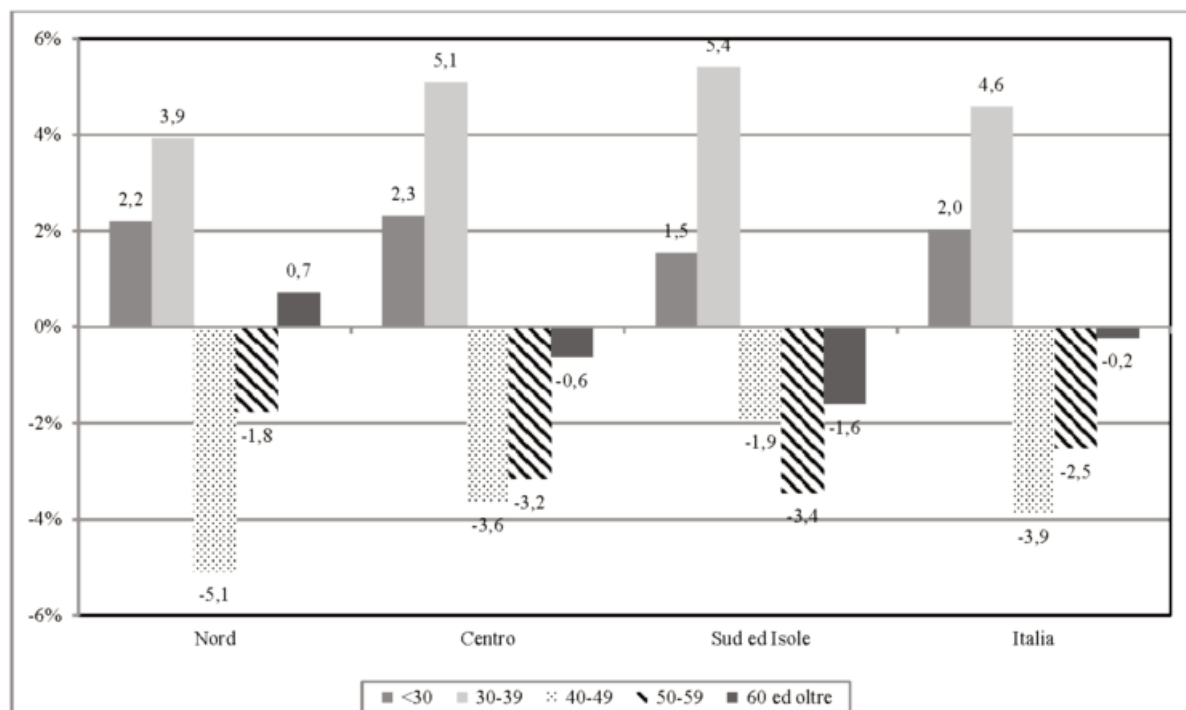
Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2025.

Grafico 3 - Personale (valori per 100) dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e regione. Femmine - Anno 2022



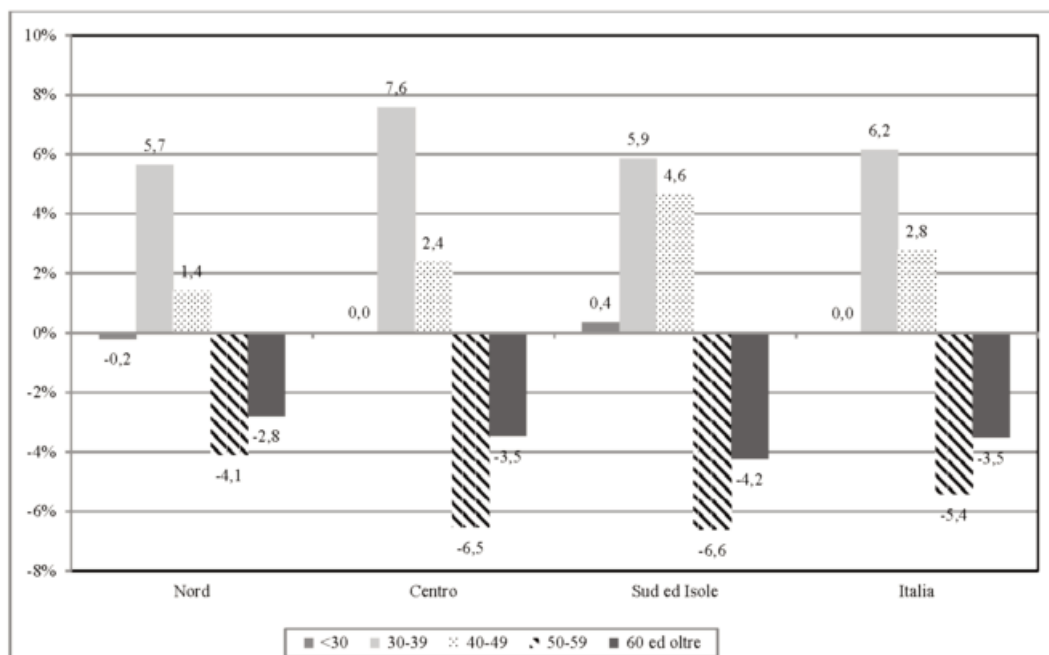
Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2025.

Grafico 4 - Distribuzione (variazione - valori in punti percentuali) del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e macroarea - Anni 2019-2022



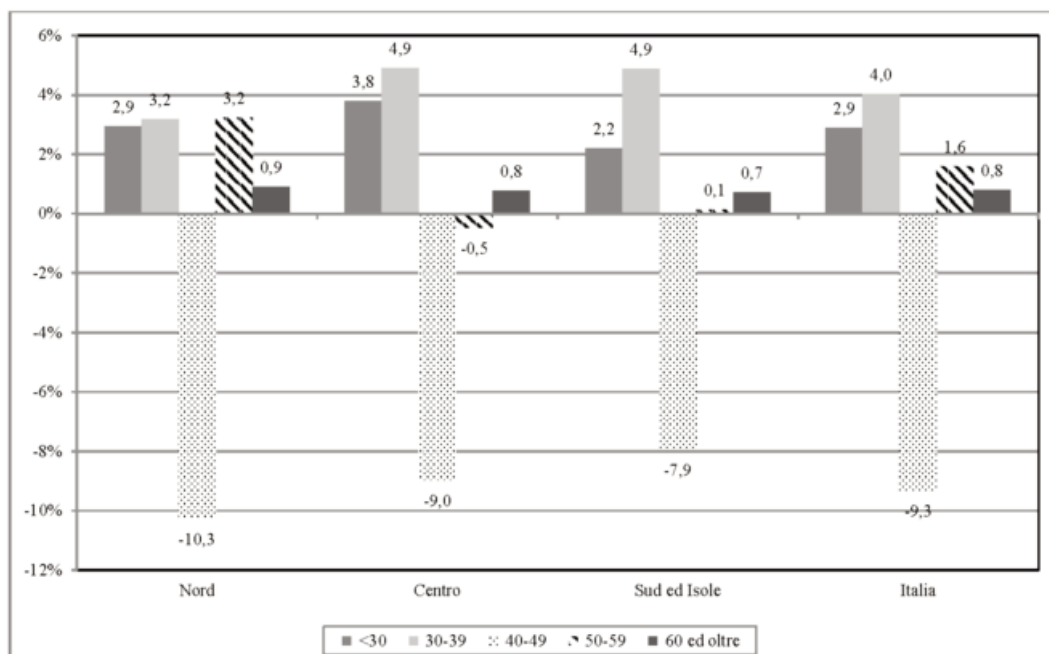
Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2025.

Grafico 5 - Distribuzione (variazione - valori in punti percentuali) del personale medico del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e macroarea - Anni 2019-2022



Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2025.

Grafico 6 - Distribuzione (variazione - valori in punti percentuali) del personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale per classe di età e macroarea - Anni 2019-2022



Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Così come rinvenuto in più punti dell'analisi elaborata, tra i tanti aspetti inerenti al personale del SSN, il blocco del *turnover* per le regioni in Piano di Rientro rimane una criticità importante visti i vincoli insiti in questa misura. Le azioni previste dai Piani di Rientro, infatti, si concretizzano in interventi con effetti sulla riduzione della spesa e interventi complementari a corredo. Tra gli interventi con effetti sulla riduzione della spesa, le azioni previste riguardano, tra le altre, la macroarea del personale. Una delle misure comunemente adottate nei Piani di Rientro, ad esempio, è il limite di spesa per il personale del SSR stimato in

base alla spesa sostenuta nell'anno precedente allo stesso piano, ridotta di una percentuale calcolata in fase di programmazione. Se a questa misura si aggiungono le norme in materia pensionistica e le leggi regionali con le quali il legislatore in molti casi ha provveduto ad una riduzione della dotazione organica del SSR, il risultato è quello evidenziato in questo studio di forte disallineamento tra regioni in Piano di Rientro e no.

Riferimenti bibliografici

(1) Patto per la Salute 2014-2016.

Compensazione del turnover

Significato. Il tasso di compensazione del *turnover* è un indicatore di flusso il cui calcolo è fondamentale in fase di programmazione del personale; serve a dare la dimensione del volume di entrate e di uscite che l'organizzazione ha dovuto gestire nel corso del periodo preso in considerazione. In particolare, vengono esaminati i dati storici sul personale per giungere a considerazioni sul fabbisogno futuro. Tuttavia, poiché un

certo numero di assunzioni (che tecnicamente nel Conto Annuale viene chiamato "Entrati nel periodo") è legato in realtà a stabilizzazioni del personale con contratto a tempo determinato o di lavoratori socialmente utili; al fine di tenere conto di questo possibile fattore di confondimento, l'indicatore viene presentato al netto degli entrati nel periodo a seguito di stabilizzazioni.

Tasso di compensazione del turnover

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Entrati nel periodo} - \text{Stabilizzati nel periodo (anno di riferimento)}}{\text{Usciti nel periodo (anno di riferimento)}} \times 100$$

Validità e limiti. I dati sono relativi al quadriennio 2019-2022 e sono quelli acquisiti dalle strutture con il Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001¹. In particolare, l'aggregato "Entrati nel periodo" comprende: i nominati da concorso, gli stabilizzati da contratto a tempo determinato o da lavoro socialmente utile, le assunzioni per chiamata diretta o numerica (categorie protette), i passaggi da altra amministrazione e altre cause. L'aggregato "Usciti nel periodo", invece, comprende: il collocamento a riposo per limiti di età, le dimissioni (con diritto a pensione), i passaggi per esternalizzazioni, i passaggi ad altre amministrazioni, la risoluzione del rapporto di lavoro (40 anni contribuzione), i licenziamenti e altre cause. Non è stata fatta, inoltre, una distinzione in base alla qualifica del personale.

Valore di riferimento/Benchmark. Se il tasso di compensazione è maggiore di 100, significa che vi è stato un ampliamento dell'organico, mentre se è minore di 100 l'organico ha subito una contrazione.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, i dati presentati in tabella mostrano come il tasso di compensazione del *turnover*, al netto delle procedure di stabilizzazione, sia nel 2022 superiore a 100, evidenziando una conferma della tendenza osservata dal 2018. Dopo gli anni di contrazione fino al 2017, quindi, l'organico del SSN ha subito un ampliamento.

Analizzando il dato del 2022, anno nel quale si registra un tasso di compensazione del *turnover* nazionale del 113,3%, è possibile notare una conferma della tendenza riscontrata nelle annualità precedenti, anche se meno marcata rispetto al picco riscontrato nel 2020 di 122,8%. Si ricorda che il trend storico nel periodo pre-

cedente era marcatamente sotto la soglia di 100, arrivando a segnare nel 2008 un tasso del 97,2%, oppure del 78,2% nel 2011, del 68,9% nel 2012, dell'85,6% nel 2013 e dell'80,5% nel 2014; guardando il quadriennio successivo, abbiamo nel 2015 un tasso del 76,3%, nel 2016 del 97,2%, nel 2017 del 97,7% e nel 2018 c'è la prima inversione di tendenza con un tasso del 103,6% (dati non presenti in tabella).

A livello regionale, invece, si riscontrano 7 regioni con tasso di compensazione del *turnover* minore al 100%, in particolare in Valle d'Aosta si registra il valore più basso, pari al 65,5%, seguita da Basilicata (81,1%) e Umbria (88,9%). Nelle altre 13 regioni, invece, si riscontra un aumento che di fatto va a formare il dato nazionale sopramenzionato: si va dal 183,1% della Campania, passando dal 156,2% della Liguria e arrivando al 100,6% delle Marche. Nel 2021, invece, si riscontravano 11 regioni con tasso di compensazione del *turnover* maggiore al 100% (Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Puglia), mentre negli anni 2019 e 2018 le regioni che presentavano un valore ≥ 100 erano, rispettivamente, 10 nell'anno 2019 (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Molise e Sardegna) e 9 nell'anno 2018 (Piemonte, Lombardia, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Umbria, Puglia e Sicilia).

Nel 2022 si riscontra, inoltre, un divario Nord-Sud ed Isole meno marcato rispetto agli anni precedenti: le regioni del Nord fanno segnare un tasso di compensazione pari al 115,8%, mentre quelle del Centro un tasso del 111,9% e quelle del Meridione un tasso pari al 111,2%. Per completare la serie storica, si evidenzia

¹Gli Autori desiderano ringraziare l'Ispettorato Generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico e, in particolare, l'Ufficio III per aver fornito i dati regionali.

che anche nel 2018 il divario è stato molto più marcato: il Nord ha registrato un valore del 99,8%, il Centro del 97,7%, mentre il Meridione del 93,5%, con un divario Nord-Sud ed Isole di 6,3 p.p.. Nel 2018 il divario Nord-Sud ed Isole è stato ugualmente marcato: le regioni del Nord fanno segnare un tasso di compensazione pari al 105,9%, mentre quelle del Centro

un tasso del 92,9% e quelle del Meridione un tasso pari al 105,7%. Per concludere, nel 2019 si è riscontrato un tasso di compensazione pari al 114,8% per le regioni del Nord, mentre per quelle del Centro un tasso del 95,6% e per quelle del Meridione un tasso pari all'86,5%.

Tabella 1 - Tasso (valori per 100) di compensazione del turnover al netto delle procedure di stabilizzazione per regione - Anni 2019-2022

Regioni	2019	2020	2021	2022
Piemonte	107,1	90,7	80,2	120,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	103,3	186,4	39,2	65,5
Lombardia	111,6	106,4	117,7	109,3
Trentino-Alto Adige*	153,0	99,0	108,7	103,9
Veneto	103,4	144,0	134,2	105,6
Friuli-Venezia Giulia	97,5	102,6	95,3	125,9
Liguria	93,9	81,0	87,6	156,2
Emilia-Romagna	148,8	165,3	131,8	121,2
Toscana	84,7	212,7	114,3	98,0
Umbria	73,2	148,1	129,4	88,9
Marche	104,4	82,5	131,6	100,6
Lazio	105,3	181,1	136,2	134,6
Abruzzo	89,9	90,0	100,3	139,3
Molise	150,4	91,8	25,4	139,8
Campania	94,7	140,9	129,8	183,1
Puglia	86,7	138,2	119,6	99,5
Basilicata	60,7	75,2	65,4	81,1
Calabria	75,9	90,9	96,8	94,5
Sicilia	70,0	101,8	83,3	124,7
Sardegna	114,7	56,7	47,4	92,8
Italia	102,2	122,8	111,5	113,3

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Alla luce della forte inversione di tendenza osservata dal 2018, rispetto agli anni precedenti, si raccomanda il monitoraggio di questo indicatore nei prossimi anni. Il trend osservato è stato certamente influenzato da quanto accaduto nell'anno 2020 e 2021 per effetto della pandemia da SARS-CoV-2. L'assunzione di personale, infatti, dovrebbe innestarsi in una tendenza

probabilmente crescente anche dopo il 2022. Tale analisi dovrà essere integrata per considerare anche le variazioni qualitative (ad esempio, variazione e distribuzione delle qualifiche professionali nel tempo) per meglio comprendere se all'effetto quantitativo si stia associando anche un adeguamento delle competenze rispetto all'evoluzione dello scenario demografico ed epidemiologico del SSN.

Personale medico e infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. L'indicatore mostra l'evoluzione tra il 2019-2022 del personale sia medico e odontoiatrico che infermieristico del SSN per 1.000 abitanti. Questo dato, da leggere unitamente all'indicatore sia sulla struttura per età del personale dipendente che sul tasso di compensazione del *turnover*, rappresenta uno

dei pilastri della programmazione sanitaria a livello nazionale e regionale poiché, congiuntamente ad altri indicatori di tipo economico-organizzativo quali, ad esempio, il numero di posti letto per 100 abitanti o il tasso di rotazione dei posti letto, incide in maniera diretta sull'offerta sanitaria.

Tasso di personale medico e odontoiatrico del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Personale medico e odontoiatrico del Servizio Sanitario Nazionale	
Denominatore	Popolazione media residente (assoluta e ponderata)	$\times 1.000$

Tasso di personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Personale infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale	
Denominatore	Popolazione media residente (assoluta e ponderata)	$\times 1.000$

Validità e limiti. Per la costruzione dell'indicatore sono stati utilizzati i dati acquisiti dalle strutture con il Conto Annuale della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. L'analisi è stata svolta sia prendendo in considerazione la popolazione bacino di utenza del SSN che la popolazione pesata, per tener conto del bisogno potenziale di assistenza. La prima popolazione di riferimento è costituita dai residenti del territorio di riferimento; la seconda è costituita dalla popolazione di riferimento ponderata per la struttura per età. I pesi impiegati per la ponderazione sono quelli utilizzati attualmente per la procedura di riparto tra le regioni del fabbisogno sanitario nazionale.

Valore di riferimento/Benchmark. Poiché sia per il personale medico e odontoiatrico che per quello infermieristico non esiste un benchmark specifico a livello europeo, è stato preso in considerazione il valore nazionale.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, nel 2022 il numero di medici e odontoiatri del SSN è stato di 107.777 unità (Tabella 1), registrando una diminuzione del 3,9% rispetto al 2019, anno in cui le unità erano 112.146. Anche in precedenza si era evidenziata una flessione costante tra il 2013-2016 (-2,9%, passando dalle 108.271 unità del 2013 alle 105.093 unità del 2016), mentre dal 2017 si era registrata una crescita del numero dei medici, arrivando a toccare 105.557 unità nel 2017 e 111.652 unità nel 2018 (dati non presenti in tabella). Il medesimo trend si riscontra, seppur in maniera meno accentuata, se si rapporta il numero di medici e odontoiatri del SSN alla popolazione; infatti, in questo

caso, la diminuzione del numero di unità è del 2,6% rispetto al 2019 (Tabella 2).

Per quanto riguarda il tasso di medici e odontoiatri del SSN per 1.000 abitanti, in quasi tutte le regioni e PA si riscontra la tendenza negativa registrata a livello nazionale, anche se con un certo divario tra Nord e Meridione. In particolare, in tutte le regioni del Centro (ad eccezione di Toscana e Lazio) e del Meridione la riduzione del tasso di medici e odontoiatri per 1.000 abitanti risulta più marcata (7,2%) e in via generale con valori superiori al dato nazionale (ad eccezione del Molise). Inoltre, dal confronto tra il tasso grezzo ed il tasso pesato, emerge come, aggiustando il tasso di medici e odontoiatri per 1.000 abitanti per l'età della popolazione, la riduzione del numero di unità sia stata tendenzialmente più marcata sia nelle regioni del Meridione sia in quelle del Nord.

Per quanto riguarda il personale infermieristico (Tabella 3), in questo caso si riscontra a livello nazionale un aumento (5,8%) del numero di unità, che passano da 268.273 nel 2019 a 283.928 nel 2022. In questo caso, i trend regionali sono quasi del tutto omogenei rispetto al dato nazionale: solo in 2 regioni il dato è contrario a quello nazionale (Basilicata e Sicilia).

Per quanto riguarda, invece, il tasso di infermieri del SSN per 1.000 abitanti (Tabella 4), anche in questo caso si riscontra un divario Nord-Sud ed Isole marcato, con il dato di quest'ultimo formato anche questa volta dalle uniche 2 regioni con trend negativo (Basilicata e Sicilia). Inoltre, dal confronto tra il tasso grezzo e il tasso pesato emerge come, aggiustando il tasso di infermieri per 1.000 abitanti per l'età della popolazione, il numero di unità rimanga sostanzialmente invariato nelle regioni meridionali rispetto a quelle del Nord.

Tabella 1 - Personale (valori assoluti) medico e odontoiatrico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2019-2022

Regioni	2019	2020	2021	2022	Δ % (2022-2019)
Piemonte	8.866	8.350	8.149	8.020	-9,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	343	325	301	295	-14,0
Lombardia	15.550	15.036	15.063	14.984	-3,6
Trentino-Alto Adige*	2.150	2.089	2.114	2.081	-3,2
Veneto	8.191	7.889	7.847	7.864	-4,0
Friuli-Venezia Giulia	2.727	2.667	2.653	2.664	-2,3
Liguria	3.595	3.514	3.444	3.384	-5,9
Emilia-Romagna	9.327	9.274	9.429	9.472	1,6
Toscana	8.433	8.531	8.832	8.731	3,5
Umbria	2.105	1.994	1.978	1.968	-6,5
Marche	3.132	3.033	3.075	3.046	-2,7
Lazio	8.452	8.563	8.891	8.948	5,9
Abruzzo	2.859	2.713	2.722	2.705	-5,4
Molise	555	476	439	423	-23,8
Campania	9.961	9.371	9.326	9.178	-7,9
Puglia	6.884	6.548	6.634	6.535	-5,1
Basilicata	1.209	1.059	1.034	995	-17,7
Calabria	3.872	3.048	3.526	3.407	-12,0
Sicilia	9.434	8.943	8.948	9.057	-4,0
Sardegna	4.501	4.037	3.848	4.020	-10,7
Italia	112.146	107.460	108.253	107.777	-3,9

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2025.

Tabella 2 - Tasso (grezzo e pesato per 1.000) di medici e odontoiatri del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2019-2022

Regioni	2019		2020		2021		2022		Δ % (2022-2019)	
	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati
Piemonte	2,0	1,9	1,9	1,8	1,9	1,8	1,9	1,8	-8,0	-7,4
Valle d'Aosta	2,7	2,6	2,6	2,5	2,4	2,3	2,4	2,3	-12,4	-12,3
Lombardia	1,5	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	-3,0	-2,3
Trentino-Alto Adige*	2,0	2,1	1,9	2,0	2,0	2,0	1,9	2,0	-3,2	-2,5
Veneto	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	-3,3	-3,2
Friuli-Venezia Giulia	2,2	2,1	2,2	2,1	2,2	2,1	2,2	2,1	-1,0	-0,3
Liguria	2,3	2,1	2,3	2,1	2,3	2,0	2,2	2,0	-4,4	-3,1
Emilia-Romagna	2,1	2,0	2,1	2,0	2,1	2,1	2,1	2,1	2,3	3,4
Toscana	2,3	2,1	2,3	2,2	2,4	2,3	2,4	2,3	4,6	5,2
Umbria	2,4	2,3	2,3	2,2	2,3	2,2	2,3	2,2	-4,9	-4,8
Marche	2,0	2,0	2,0	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	-0,6	-0,4
Lazio	1,4	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	6,9	6,6
Abruzzo	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	-3,6	-3,8
Molise	1,8	1,7	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	-20,7	-21,5
Campania	1,7	1,9	1,6	1,8	1,6	1,8	1,6	1,8	-6,0	-6,9
Puglia	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	-3,8	-4,7
Basilicata	2,1	2,1	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	-15,1	-15,8
Calabria	2,0	2,0	1,6	1,7	1,9	1,9	1,8	1,9	-9,3	-10,4
Sicilia	1,9	2,0	1,8	1,9	1,8	1,9	1,9	1,9	-2,5	-3,3
Sardegna	2,7	2,7	2,5	2,4	2,4	2,3	2,5	2,4	-8,7	-10,3
Italia	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	-2,6	-2,6

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Istat, popolazione residente al 1° gennaio di ciascun anno di riferimento. Anno 2025.

Tabella 3 - Personale (valori assoluti) infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2019-2022

Regioni	2019	2020	2021	2022	Δ % (2022-2019)
Piemonte	22.116	22.408	21.882	22.165	0,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	669	710	678	676	1,0
Lombardia	39.161	39.597	41.112	40.687	3,9
Trentino-Alto Adige*	6.582	6.506	6.516	6.654	1,1
Veneto	24.911	26.073	27.138	26.990	8,3
Friuli-Venezia Giulia	7.716	8.279	8.215	8.044	4,3
Liguria	10.110	10.075	9.791	10.320	2,1
Emilia-Romagna	26.548	28.075	29.302	29.857	12,5
Toscana	21.094	23.039	22.542	22.689	7,6
Umbria	4.683	4.915	5.240	5.264	12,4
Marche	8.230	8.076	8.509	8.465	2,9
Lazio	19.798	22.430	22.716	23.000	16,2
Abruzzo	5.776	5.769	5.816	6.027	4,3
Molise	1.346	1.402	1.328	1.376	2,2
Campania	17.637	18.610	18.997	20.187	14,5
Puglia	15.757	15.749	15.659	15.837	0,5
Basilicata	2.867	2.764	2.742	2.787	-2,8
Calabria	7.071	5.969	7.030	7.175	1,5
Sicilia	17.779	17.509	17.029	17.277	-2,8
Sardegna	8.422	8.127	7.594	8.451	0,3
Italia	268.273	276.082	279.836	283.928	5,8

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Anno 2025.

Tabella 4 - Tasso (grezzo e pesato per 1.000) di infermieri del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2019-2022

Regioni	2019		2020		2021		2022		Δ % (2022-2019)	
	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati	Tassi grezzi	Tassi pesati
Piemonte	5,1	4,8	5,2	5,0	5,1	4,8	5,2	5,0	1,9	2,6
Valle d'Aosta	5,3	5,2	5,7	5,5	5,4	5,3	5,5	5,4	2,9	3,1
Lombardia	3,9	3,9	3,9	4,0	4,1	4,1	4,1	4,1	4,6	5,3
Trentino-Alto Adige*	6,2	6,4	6,0	6,3	6,0	6,3	6,2	6,5	1,1	1,8
Veneto	5,1	5,0	5,3	5,3	5,6	5,5	5,6	5,5	9,2	9,2
Friuli-Venezia Giulia	6,3	5,9	6,9	6,5	6,8	6,4	6,7	6,4	5,6	6,4
Liguria	6,5	5,8	6,6	6,0	6,4	5,8	6,8	6,2	3,7	5,1
Emilia-Romagna	6,0	5,8	6,3	6,2	6,6	6,4	6,7	6,7	13,3	14,5
Toscana	5,6	5,4	6,2	6,0	6,1	5,8	6,2	5,9	8,7	9,3
Umbria	5,3	5,1	5,6	5,4	6,0	5,8	6,1	5,9	14,4	14,4
Marche	5,4	5,2	5,3	5,2	5,6	5,4	5,7	5,5	5,1	5,4
Lazio	3,4	3,4	3,9	3,9	3,9	4,0	4,0	4,1	17,4	17,0
Abruzzo	4,4	4,3	4,5	4,4	4,5	4,4	4,7	4,6	6,4	6,1
Molise	4,4	4,2	4,7	4,5	4,4	4,3	4,7	4,5	6,3	5,3
Campania	3,0	3,3	3,3	3,5	3,3	3,6	3,6	3,9	16,8	15,6
Puglia	3,9	4,0	4,0	4,1	4,0	4,0	4,0	4,1	1,9	0,9
Basilicata	5,1	5,0	5,0	5,0	5,0	4,9	5,1	5,1	0,3	-0,6
Calabria	3,6	3,7	3,2	3,2	3,7	3,8	3,9	3,9	4,6	3,4
Sicilia	3,5	3,7	3,6	3,7	3,5	3,6	3,6	3,7	-1,3	-2,1
Sardegna	5,1	5,0	5,0	4,9	4,7	4,6	5,3	5,1	2,5	0,7
Italia	4,4	4,4	4,6	4,6	4,7	4,7	4,8	4,8	7,2	7,2

*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Elaborazione dei dati acquisiti con il Conto annuale dalle strutture della Ragioneria Generale dello Stato in applicazione del Titolo V del D. Lgs. n. 165/2001. Istat, popolazione residente al 1° gennaio di ciascun anno di riferimento. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

I dati sul personale medico e odontoiatrico e del personale infermieristico del SSN mostrano un progressivo aumento nel 2022 rispetto alla riduzione del numero di unità tra il 2014-2016 (dato sul quale incide l'aumento degli infermieri rispetto alla diminuzione dei medici). Si raccomanda, pertanto, il monitoraggio di

questo indicatore nei prossimi anni, anche perché, se il trend fosse confermato, risulterebbe sempre più difficile colmare la carenza di personale medico per far fronte all'evoluzione dei bisogni dovuta all'invecchiamento della popolazione e alla diffusione di condizioni di cronicità associate alla disabilità.

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: parco macchine e digitalizzazione

Prof. Americo Cicchetti, Ing. Alessandra Fiore, Ing. Lorenzo Leogrande, Dott. Angelo Tattoli

Il PNRR rappresenta la risposta italiana alla drammatica pandemia, che ha colpito il nostro Paese così come il resto del globo, e si articola in 6 Missioni e 16 Componenti. La Missione 6, denominata “Salute”, rappresenta un’opportunità unica per rendere più efficace il nostro SSN e comprende interventi che mirano a potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale delle strutture del nostro SSN, a livello centrale e regionale. L’obiettivo è quello di garantire un’evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure, valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale e, allo stesso tempo, garantendo una maggiore capacità di *governance* e programmazione sanitaria, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni (1, 2).

La Missione Salute ha lo scopo di: 1. adeguare il nostro SSN a un mutato contesto demografico ed epidemiologico; 2. garantire uguaglianza nel soddisfacimento dei bisogni di salute, indipendentemente dal genere e dalle condizioni socio-economiche; 3. rendere la rete dell’assistenza primaria territoriale in grado di rispondere al fabbisogno di salute lasciato scoperto dalla razionalizzazione della rete ospedaliera; 4. rendere capillare l’offerta di salute sul territorio, in termini di prevenzione e cura, eliminando le disparità geografiche, in particolare tra Nord e Sud ed Isole; 5. sfruttare appieno le opportunità di miglioramento dell’offerta di salute derivanti dall’impiego dell’innovazione tecnologica, dall’avanzamento della ricerca in campo medico e dalla valorizzazione del personale del SSN (3).

Alla luce delle analisi dei tecnici del Ministero della Salute, sono due le componenti considerate prioritarie per gli interventi, ovvero la Componente 1 (M6C1), che prevede lo sviluppo delle Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale, e la Componente 2 (M6C2), che persegue l’innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del SSN.

Gli interventi presenti nella M6C1 intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell’assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. Quelli relativi alla M6C2, includono misure che consentiranno il rinnovamento e l’ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico e una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei LEA attraverso più efficaci sistemi informativi (1, 4).

Le finalità degli obiettivi della M6C2 sono correlati all’ammodernamento degli *asset* tecnologici in dotazione presso le strutture sanitarie e alla digitalizzazione dei processi clinico-assistenziali ospedalieri al fine di consentire una ridefinizione dei percorsi clinico assistenziali a garanzia di un miglioramento della qualità delle prestazioni erogate dal SSN. Inoltre, il potenziamento delle attrezzature di alta tecnologia e l’adozione di soluzioni digitali avanzate in sanità supporta il processo di valorizzazione professionale degli operatori sanitari, sostenendo occasioni di interrelazione tra il sistema di ricerca biomedica e le imprese presenti sul territorio nazionale e internazionale (1).

Il totale delle risorse economiche messe a disposizione per la M6C2, cui è destinata una quota di investimenti pari a 8,63 miliardi di € dal PNRR e 2,39 miliardi dal Piano Complementare, sono state suddivise tra due investimenti principali: 1,26 miliardi di € sono destinati a formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico, mentre 7,36 miliardi di € sono destinati all’aggiornamento tecnologico e digitale (4) (Tabella 1).

Una delle sfide più ambiziose del PNRR consiste nell’ammodernamento tecnologico degli Ospedali in modo da valorizzare e innovare gli *asset* tecnologici e digitali attualmente in uso. L’obsolescenza del parco macchine ospedaliero rappresenta una criticità strutturale le cui ripercussioni intercettano anche la qualità della cura, il rischio clinico e la sicurezza di pazienti e operatori.

Per stabilire l’obsolescenza tecnologica di un’apparecchiatura elettromedicale si considerano, in primo luogo, l’età anagrafica e, in secondo luogo, l’età funzionale, che viene attribuita seguendo specifici criteri di riferimento nazionale ed internazionale. L’adeguatezza tecnologico-digitale dell’apparecchiatura considera diversi aspetti, quali la destinazione d’uso, l’abilità nell’esecuzione di esami in modo rapido, la qualità di dati e immagini (accuratezza diagnostica), il *comfort* e la sicurezza di pazienti e operatori. Viene considerata obsoleta un’apparecchiatura che determina un aumento del rischio per il paziente e per l’operatore in termini di non sicurezza nell’esecuzione e di mancata compatibilità e integrazione con i nuovi sistemi introdotti nel parco tecnologico ospedaliero. Inoltre, ulteriori aspetti da considerare per la definizione di un piano di sostituzione del parco tecnologico e digitale di una struttura sanitaria sono l’interoperabilità con le altre apparecchiature installate e l’economicità legata all’equilibrio tra i costi produttivi e i costi di gestione (1).

Secondo i dati pubblicati da Agenas, aggiornati a maggio 2024, le apparecchiature rilevate dal flusso “Grandi Apparecchiature” sono 8.228; il 51% risulta allocato in strutture pubbliche, il 44% in strutture private accreditate e il 6% in strutture private non accreditate. Le apparecchiature che presentano una maggiore numerosità rispetto alla popolazione sono le TAC (37,3 per milioni di abitanti), i mammografi (35,2 per milioni di abitanti) e le RMN (32,9 per milioni di abitanti). A livello europeo, l’Italia presenta un numero di TAC e RMN per milione di abitanti paragonabile a quello della Germania (36,5 TAC e 35,2 RMN per milioni di abitanti) e superiore a quello di altri Paesi quali Spagna (21,4 TAC e 20,3 RMN per milioni di abitanti) e Francia (19,5 TAC e 17 RMN per milioni di abitanti). Il 34% delle grandi apparecchiature ha un’età ≤ 5 anni, il 29% tra 5-10 anni, il 37% più di 10 anni (5).

Per quanto riguarda l’obsolescenza per tipologia di apparecchiature installate nelle strutture dell’SSN, si riscontra che quasi l’80% dei sistemi TAC (meno di 16 *slice*) è stato installato da più di 10 anni, la percentuale scende al 17% per quelli con più di 256 *slice*. Per quanto riguarda i mammografi installati da oltre 10 anni, per quelli convenzionali si riscontra una percentuale pari al 77%, mentre per quelli digitali la percentuale è molto più bassa e pari al 18%. Infine, per le RMN, la percentuale di tecnologie installate da più di 10 anni è pari al 42% per i tomografi a magnete chiuso con intensità di campo ≥ 2 T e al 29% per quelli a magnete chiuso con intensità di campo compreso tra 2-4 Tesla (5).

Per il sub-investimento relativo alle Grandi apparecchiature sanitarie, la rimodulazione del PNRR (approvata dal Consiglio dell’UE in data 8 dicembre 2023) ha previsto il differimento della scadenza del *target* finale europeo, concernente la sostituzione di almeno 3.100 grandi apparecchiature sanitarie (di cui 900 ecografi), da dicembre 2024 a giugno 2026, principalmente a causa dell’aumento dei prezzi, dei ritardi nell’approvvigionamento delle materie prime e delle necessità organizzative dei soggetti attuatori. Con la rimodulazione è stata, inoltre, chiarita la possibilità di acquistare nuove apparecchiature tecnologicamente più avanzate rispetto a quelle inizialmente indicate, nonché la possibilità del riuso delle apparecchiature sostituite ancora funzionali, anche al fine di potenziare l’offerta delle prestazioni e ridurre le liste d’attesa (4).

Il numero e le tipologie di apparecchiature da sostituire sono: 340 TAC con 128 sezioni, 190 RMN a 1,5 T, 81 Acceleratori lineari, 937 Sistemi a raggi X fissi, 193 Angiografia, 82 Gamma camere, 53 Gamma camere /TC, 34 PET-TAC, 295 Mammografi, 928 Ultrasuoni.

Per quanto riguarda il raggiungimento del *target*, secondo i dati pubblicati dalla Corte dei conti, delle 3.223 apparecchiature previste, al 31 gennaio 2025 ne risultavano ordinati 3.126 (97%), consegnati 2.578 (80%) e collaudati 2.482 (77%). Il *target*, riferito al collaudo delle apparecchiature e previsto per il 2025 è, quindi, prossimo al completamento.

In un quadro così complesso, il livello macro e il livello meso del nostro SSN devono definire delle azioni congiunte che garantiscano una programmazione degli investimenti, atta ad assicurare l’adozione di un’innovazione tecnologica e digitale di ultima generazione per gli Ospedali, e che al contempo tengano conto dei fabbisogni delle singole strutture e della distribuzione epidemiologica del fabbisogno di salute della popolazione. Rimangono aperte due questioni fondamentali: l’obsolescenza di un’apparecchiatura comporta automaticamente la necessità di una sua sostituzione? E quando un’apparecchiatura può essere definita obsoleta? È evidente, infatti, che un piano di sostituzione basato solo sull’età anagrafica dell’apparecchiatura, senza prevedere quale uso se ne faccia, in termini di quali e quante prestazioni, sia a forte rischio di inappropriatazza. L’obiettivo da porre è condividere criteri che individuino quale complessità tecnologica sia davvero necessaria per produrre una determinata prestazione e quante prestazioni rendano appropriata l’utilizzo di una grande apparecchiatura.

Tabella 1 - Investimento, importo (valori in miliardi di €) e data di avvio e chiusura degli investimenti della Componente 2 della Missione Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Anno 2021

Investimento	Importo	Data di avvio	Data di chiusura
Ammodernamento tecnologico degli Ospedali	4,052	30/06/2021	30/06/2026
Rafforzamento dell’infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l’elaborazione, l’analisi dei dati e la simulazione	1,673	31/12/2021	31/12/2026
Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del Sistema Sanitario Nazionale	0,738	31/12/2021	31/12/2026
Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del Sistema Sanitario Nazionale	0,524	31/12/2021	31/12/2025
Salute, ambiente e clima	0,500	01/10/2021	30/06/2026
Iniziative di ricerca per tecnologie e percorsi innovativi in ambito sanitario e assistenziale	0,500	01/01/2022	30/06/2026
Ecosistema innovativo della salute	0,437	01/01/2026	30/06/2026

Fonte dei dati: Elaborazione su dati PNRR. Anno 2025.

Riferimenti bibliografici

- (1) PNRR Missione salute: una missione possibile? A cura di Americo Cicchetti e Federica Morandi. 2022. ISBN 9788892178069.
- (2) Cicchetti A, Fiore A, Rumi F, Gazzillo S, Di Brino E, Basile M, Marchetti M, Mennini FS. HTA e investimenti. PRO-CESSI. ORGANIZZAZIONE. ESITI. Working paper HPF 2021.
- (3) Ammodernamento tecnologico degli ospedali. Disponibile sul sito: www.italiadomani.gov.it/it/Interventi/investimenti/ammodernamento-tecnologico-degli-ospedali.html.
- (4) Piano Nazionale Di Ripresa E Resilienza. Disponibile sul sito: www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf.
- (5) Report AGENAS: Le grandi apparecchiature sanitarie in Italia - Anno 2024. Disponibile sul sito: www.agenas.gov.it/images/2024/primo-piano/apparecchiature/news_grandi_apparecchiature.pdf.

Assistenza territoriale

L'Assistenza Territoriale è riferibile al concetto di assistenza primaria integrata e orientata alla comunità (1, 2). In questo periodo, il nostro Paese sta attraversando rilevanti trasformazioni in questo ambito, in linea con l'emanazione del DM n. 77 del 2022 (3). Il Decreto ha introdotto un modello organizzativo fortemente innovativo per la realtà territoriale italiana, allineandosi con gli orientamenti europei e internazionali (EU Commission, WHO) volti al rafforzamento dell'Assistenza Territoriale.

Nel recepimento di questi indirizzi da parte del DM n. 77/2022, viene esplicitata la rilevanza dell'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari a livello distrettuale per la salute di individui e popolazioni afferenti a quel livello locale.

Per facilitare tale prospettiva di integrazione, il legislatore ha proposto come modello organizzativo la Casa della Comunità (CdC). Questa scelta risponde contestualmente a diverse esigenze, tra cui la mappatura dei bisogni in un'area geopoliticamente definita, la proattività di iniziativa con azioni volte a rispondere precocemente ai bisogni emergenti, raggiungendo gli assistiti attraverso molteplici modalità, di contatto diretto o mediato digitalmente, la garanzia di continuità dell'assistenza, la proporzionalità degli interventi in relazione al bisogno e la partecipazione attiva di cittadini e risorse comunitarie nella tutela e promozione della salute.

La CdC viene definita come "il luogo fisico e organizzativo dell'assistenza di prossimità, con funzioni di: presa in carico individuale e di comunità, coordinamento delle cure, erogazione integrata di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie".

Le CdC rappresentano, quindi, il luogo elettivo per effettuare proattivamente la presa in carico, secondo modalità di medicina d'iniziativa, verso un bacino d'utenza predefinito. La presa in carico viene intesa come un processo atto a garantire accesso, valutazione integrata dei bisogni socio-sanitari e continuità dell'assistenza per singoli individui o gruppi di popolazione (soggetti con condizioni croniche, fragili e/o non autosufficienti) che si caratterizza per prestazioni di natura preventiva, diagnostica, terapeutica, riabilitativa, palliativa, di educazione alla salute, *coaching*, *counselling* e monitoraggio. All'interno della CdC viene, quindi, pianificata ed erogata assistenza multidisciplinare integrata (a livello funzionale e normativo tra livelli istituzionali, professionisti e tecnologie) da parte di *équipe* composte da MMG/PLS, infermieri, specialisti, professionisti sanitari alleati e in stretto collegamento e coordinamento con gli assistenti sociali (integrazione tra sistema sociale e sanitario). Inoltre, esse costituiscono anche il luogo in cui viene fornita una prima risposta sanitaria sul territorio per situazioni di minore criticità e bassa complessità.

La presa in carico (2) è, quindi, un processo sistemico, proattivo, multidisciplinare, orientato alla continuità e caratterizzato da elementi essenziali quali: valutazione anticipata dei bisogni di salute, prima che emergano come urgenze incontrollate; costruzione di *équipe* multiprofessionali a geometria variabile, che realizzino interventi anche asincroni e da luoghi diversi; sviluppo di piani di salute individuali (Piano Assistenziale Individualizzato, Progetto di Salute) e programmi comunitari, rispondenti ai bisogni rilevati secondo criteri di appropriatezza; monitoraggio continuo del soddisfacimento dei bisogni (definizione di una metrica opportuna) e della risposta ai piani/programmi; pianificazione e attuazione di azioni correttive tempestive.

Pertanto, si identificano due principali *target* della presa in carico: individui, coinvolti in progetti di salute personalizzati, orientati a ridurre la frequenza degli episodi di riacutizzazione, le complicanze più gravi e i conseguenti ricoveri inappropriati; popolazioni, intercettate tramite analisi dati e record linkage, con interventi di prevenzione primaria, secondaria, terziaria e sorveglianza attiva.

Il modello organizzativo della CdC può rendere operativo l'approccio di *Community-Oriented Primary Care* (4), integrando Sanità Pubblica e assistenza primaria e declinandosi attraverso: la presa in carico dell'intera comunità di riferimento (governo della domanda: stratificazione della popolazione in base ai bisogni clinico-assistenziali, modelli predittivi di rischio/assorbimento di risorse sanitarie, definizione delle priorità e pianificazione di programmi che integrano promozione, prevenzione e cura destinati a sottogruppi di popolazione); le forme di partecipazione degli *stakeholder* locali in tutte le fasi del processo di produzione di salute (prioritizzazione, progettazione, produzione e valutazione degli esiti); il *targeting* delle popolazioni fragili e *hard-to-reach* (a garanzia di equità e accessibilità dei servizi).

La CdC, quindi, più che essere interpretata meramente come "edificio" sede di ambulatorio, andrebbe bensì vista come un sottosistema integrato e aperto dell'Assistenza Primaria che agisce con identità logistica per un network integrato di servizi; una cabina di regia per la presa in carico sia individuale sia comunitaria, in particolare per bisogni ad alta integrazione socio-sanitaria; e punto di integrazione tra attori istituzionali pubblici e pri-

vati, attività produttive, Enti del Terzo Settore, Associazioni di volontariato e della società civile, in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle risorse esistenti all'interno della comunità stessa (co-progettazione, co-produzione, co-erogazione e co-valutazione) (2).

Il *target* stabilito dal PNRR (M6C1 sub-componente 1 - Case della Comunità e presa in carico della persona) da raggiungere entro il 2026 è l'attivazione di 1.350 Case della Comunità su tutto il territorio nazionale, con l'implementazione dei modelli organizzativi e il soddisfacimento degli standard previsti dal DM n. 77/2022 (*target*: 1 CdC *Hub* ogni 40.000-50.000 abitanti, presenza minima di personale: medico H24, 7 giorni su 7 ; 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità; 1 assistente sociale; specialisti ambulatoriali in base ai bisogni locali).

In molte regioni si stanno verificando dei ritardi nell'attivazione delle CdC (5), legati ad una difficoltà di coinvolgimento del personale, in quanto i modelli di governance, contrattuali e retributivi risultano essere ancora poco definiti, così come le opportunità di rete tra CdC *Hub* e vari *spoke* (Aggregazioni Funzionali Territoriali di MMG/PLS, farmacie territoriali etc) sono ancora in via di sviluppo culturale e tecnico.

In conclusione, la presa in carico rappresenta l'essenza dell'Assistenza Primaria moderna personalizzata, comunitaria, anticipatoria e sostenibile. Per realizzarla è necessario che si consolidino alcuni processi fondamentali: cambiamento di paradigma organizzativo (*leadership*, *governance* e strumenti contrattuali adeguati); evoluzione culturale e formativa (formazione strutturata su collaborazione multiprofessionale, competenze manageriali, *problem solving*, comunicazione efficace e uso di tecnologie); innovazione digitale (telemedicina, fascicoli sanitari integrati, interoperabilità delle banche di dati sanitari, sociali e ambientali); reti di cura interdipendenti e coinvolgimento della comunità (co-programmazione con *stakeholder* locali, *targeting* di popolazioni fragili e *hard-to-reach*, *empowerment* e alfabetizzazione sanitaria).

Come di consueto, nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità dell'Assistenza territoriale, il Rapporto Osservasalute presenta di seguito l'applicazione di indicatori "core" al fine di misurare e monitorare i bisogni di salute della popolazione, nonché l'appropriatezza e gli esiti dei processi assistenziali.

Riferimenti bibliografici

- (1) Damiani G, Arcaro P, Michelazzo MB. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2021, Assistenza territoriale, 2021.
- (2) Damiani G, Santoli G, Arcaro P. Le implicazioni manageriali del decreto ministeriale (DM) n. 77/2022. Le opportunità in Sanità Pubblica del modello concettuale introdotto dal Community-Oriented Integrated Care (COIC) a trent'anni dalla aziendalizzazione del SSN. Cap. 3. 2023 (e-book).
- (3) Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n.77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
- (4) Gofin J, Gofin R, Stimpson JP. Community-oriented primary care (COPC) and the affordable care act: an opportunity to meet the demands of an evolving health care system. J Prim Care Community Health. 2015.
- (5) Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas). Report Nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM n. 77/22 - II semestre 2024, 2024.

Assistenza Domiciliare Integrata

Significato. La crescente longevità della popolazione italiana, se da un lato rappresenta certamente un rilevante esito del servizio sanitario pubblico che ha reso disponibili, universalmente, i progressi dell'innovazione scientifica e tecnologica, in particolare nel campo dell'assistenza del paziente acuto e della prevenzione, dall'altro si accompagna ad un progressivo incremento dell'incidenza e della prevalenza di patologie cronico-degenerative. Nel 2023, la speranza di vita alla nascita si attesta a 83 anni, registrando una crescita di 0,4 anni rispetto all'anno precedente, età comunque inferiore ai valori registrati nel 2019. La speranza di vita a 65 anni aumenta rispetto al 2022 a 20,9 anni, attestandosi ad un valore di poco inferiore rispetto al 2019. Nel 2023, il numero complessivo di decessi per tutte le cause è pari a 660 mila unità, in diminuzione di circa 54.000 (-7,6%) rispetto al 2022. I livelli tornano ad attestarsi su valori prossimi a quelli del 2019, dopo un triennio significativamente influenzato dalla pandemia di COVID-19 (1, 2).

Al 1° gennaio 2024 la popolazione, secondo i primi dati provvisori, conta 58 milioni 989 mila unità, 7.000 in meno rispetto all'anno precedente; tale calo presenta, tuttavia, un'intensità minore rispetto a quello osservato dal 2020. La percentuale degli ultra 75enni rispetto all'intera popolazione è in ulteriore incremento rappresentando il 24,3% dei residenti (1). Prosegue il trend di crescita del processo di invecchiamento della popolazione, favorendo un ulteriore aumento dello squilibrio demografico: al 1° gennaio 2024 l'indice di vecchiaia è pari a 199,8 ultra 75enni per 100 giovani al di sotto dei 15 anni, in ulteriore crescita rispetto l'anno precedente (193,1) (1-3).

La percentuale di residenti affetti da almeno una patologia cronica risulta stabile e nel 2023 si attesta al 40,5%. Le patologie cronico-degenerative affliggono, con un lieve incremento rispetto al 2022, il 51,6% della popolazione di età tra i 55-59 anni affermandosi all'85,1% tra le persone ultra 75enni. Il 20,8% della popolazione risulta essere affetto da due o più patologie croniche, dato in lieve diminuzione rispetto al 2022, con differenze di genere marcate negli *over 55* con una frequenza maggiore per il genere femminile ad eccezione delle malattie cardiache e della bronchite cronica (4). Tra gli ultra 75enni la multi-morbilità mostra un trend in lieve diminuzione attestandosi al 64,3%, in particolare a svantaggio del genere femminile (56,4% tra gli uomini e 69,7% tra le donne) (4). Sono circa 4,6 milioni gli anziani in Italia con moderate o gravi difficoltà nelle attività di cura della persona o nelle attività della vita domestica che dichiarano di aver bisogno di aiuto per svolgere tali attività, e tra questi sono oltre 2 milioni gli individui di 65 anni ed oltre (il 33,7%) che non si sentono adeguatamente

aiutati pur avendo livelli di autonomia compromessa; le donne esprimono un maggior bisogno di aiuto (76,2% a fronte di 65,3% degli uomini), e riferiscono più spesso bisogni di assistenza non soddisfatti (35,5% vs 29,9%) (5). Il quadro che si delinea è quello di una popolazione anziana che deve sostenere un peso elevato in termini di salute e in termini economici, a causa della lunga durata delle malattie cronico-degenerative, della diminuzione della qualità della vita e dei costi per l'assistenza sanitaria (6).

Al fine di garantire un'assistenza appropriata ai pazienti non autosufficienti o in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, sono necessari percorsi assistenziali consistenti in un insieme organizzato di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita (art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017). Secondo la definizione del Ministero della Salute, l'ADI consiste in un insieme integrato di trattamenti sanitari e socio-sanitari, erogati al domicilio della persona non autosufficiente o in condizioni di fragilità (7). L'ADI assicura, infatti, l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (medica, infermieristica e riabilitativa) e socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti e cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate nell'ambito del Distretto, come previsto sia dalla normativa nazionale, inclusi gli Accordi Collettivi Nazionali per la Medicina Generale che hanno dato forte impulso alle cure a domicilio, sia dagli atti approvati dalle Regioni in materia di assistenza socio-sanitaria.

L'ADI si rivolge ai pazienti che necessitano maggiormente di continuità delle cure, come i pazienti post-acuti dimessi dall'Ospedale che, ove non adeguatamente assistiti a domicilio, potrebbero incorrere a breve in una reiterazione del ricovero ospedaliero ed ai pazienti cronici stabilizzati sul territorio, con elevati bisogni assistenziali a rischio di riacutizzazione, per i quali il percorso di cura richiede una forte integrazione tra diverse figure professionali. In questa prospettiva, l'assistenza a domicilio, particolarmente per le forme di cronicità, si presenta come valida alternativa per contrastare il fenomeno dei ricoveri ospedalieri inappropriati e come forma assistenziale da preferire per i vantaggi in termini di qualità di vita del paziente, a cui vanno aggiunti anche benefici economici rispetto a forme di ricovero anche di carattere extraospedaliero. In relazione al bisogno clinico, funzionale e sociale del paziente si possono individuare interventi di ADI con livelli crescenti di intensità e complessità assistenziale. Le cure domiciliari integrate sono coadiuvate da prestazioni di aiuto personale e assistenza tutela-

re alla persona, generalmente erogate dai servizi sociali del Comune di residenza dell'assistito. A prescindere dalle forme dell'ADI, la responsabilità clinica è del MMG o del PLS che ha in carico il paziente, mentre l'*équipe* multidisciplinare, che ha sede organizzativa nel Distretto sanitario di residenza del paziente, è costituita, a seconda dei casi, da un infermiere professionale, un fisioterapista, un assistente sociale, un operatore socio-assistenziale e da medici specialisti che possono essere di supporto per miglio-

rare la presa in carico del paziente, concorrendo alla valutazione multidimensionale del bisogno clinico e alla definizione del "Progetto di Assistenza Individuale" (PAI) socio-sanitario integrato.

L'ADI costituisce, pertanto, un servizio in grado di garantire un'adeguata continuità ai bisogni di salute, anche complessi, delle persone non autosufficienti, ai fini della gestione della cronicità e della prevenzione delle possibili ulteriori complicanze che possono determinare o peggiorare la disabilità.

Tasso di assistiti di età 65 anni ed oltre in Assistenza Domiciliare Integrata

Numeratore	Assistiti di età 65 anni ed oltre che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata*	
Denominatore	Popolazione media residente di età 65 anni ed oltre	x 100

Tasso di assistiti di età 75 anni ed oltre in Assistenza Domiciliare Integrata

Numeratore	Assistiti di età 75 anni ed oltre che hanno iniziato il trattamento di Assistenza Domiciliare Integrata*	
Denominatore	Popolazione media residente di età 75 anni ed oltre	x 100

*Sono considerati gli assistiti relativi a prese in carico erogate nell'anno di riferimento. Per "prese in carico erogate" si intendono quelle per le quali la Regione/PA ha inviato i dati relativi al tracciato 1 e tracciato 2 (relativo ad accessi). Le prese in carico con Coefficiente di Intensità Assistenziale base e Giornate di Cura 0 sono escluse.

Validità e limiti. I dati per la costruzione degli indicatori sono stati ricavati dal Sistema Informativo Assistenza Domiciliare (SIAD) istituito con DM del 17 dicembre 2008 e s. m. nell'ambito del NSIS. Con il DM della Salute n. 262/2016 è stato adottato il "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio Sanitario Nazionale" con l'obiettivo di costruire una base dati integrata a livello nazionale, incentrata sul paziente, dalla quale rilevare informazioni in merito agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori afferenti al SSN anche nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

Per il calcolo degli indicatori sono stati considerati gli assistiti di età ≥ 65 anni relativi a "Prese In Carico erogate" (PIC erogate) nell'anno di riferimento. Per "PIC erogate" si è inteso quelle per le quali ciascuna Regione/PA ha inviato i dati relativi al tracciato 1 e al tracciato 2 (relativo agli accessi). Le prese in carico con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base e Giorni di Cura (GdC) uguali a 0 sono state escluse. Per ciascuna PIC viene calcolato il CIA come rapporto tra le Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e i GdC. Le GEA corrispondono al numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno 1 accesso a domicilio da parte di un qualunque operatore dall'apertura dell'evento, mentre per GdC si intende il numero di giorni trascorsi tra la data del primo e dell'ultimo accesso all'evento. Nel caso di mancata registrazione di accessi domiciliari, il GdC risulta pari a 0, configurando prese in carico con CIA nullo. Sono escluse anche le

PIC con CIA base ovvero con valori 0,13, corrispondente a meno di 4 accessi domiciliari al mese.

L'indicatore proposto "Tasso di assistiti di età 65 anni ed oltre in Assistenza Domiciliare Integrata", per le modalità di calcolo sopra riportate si differenzia pertanto significativamente dall'indicatore con cui si effettua il monitoraggio del raggiungimento dell'obiettivo relativo all'assistenza domiciliare previsto dal DM n. 77/2022, che prende in considerazione le PIC per tutte le classi di CIA (8).

L'attuazione del "Regolamento recante procedure per l'interconnessione a livello nazionale dei sistemi informativi su base individuale del Servizio Sanitario Nazionale", a regime a partire dall'anno 2018, ha comportato l'adeguamento dei sistemi informativi regionali alla trasmissione di dati interconnettibili al NSIS del Ministero della Salute.

Per mantenere la profondità storica del patrimonio informativo acquisito fino all'introduzione del già menzionato Regolamento, si è ritenuto necessario rendere interconnettibili anche i dati già trasmessi al NSIS prima della pubblicazione del Regolamento. A tale fine, è stata effettuata un'attività di "recupero" dei codici assistito "old" attraverso l'associazione di questi ultimi con i codici univoci generati secondo le regole indicate dal Ministero della Salute. Tale attività di recupero e più in generale la generazione per ogni assistito di un codice univoco a livello nazionale, definito dal Ministero della Salute, ha consentito l'effettiva distinzione dei soggetti assistiti a livello nazionale. Si è resa possibile una generale bonifica del dato tra-

smesso al NSIS con l'eliminazione delle possibili duplicazioni di codici assistito. Pertanto, si è reso necessario rielaborare i dati relativi al periodo tra il 2014 e il 2018.

Le informazioni rilevate dal Sistema sono le seguenti: caratteristiche anagrafiche dell'assistito, valutazione ovvero rivalutazione socio-sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali, dati inerenti alle fasi di erogazione, sospensione della presa in carico e dimissione dell'assistito. All'interno del mandato conferito dalla Commissione nazionale LEA era prevista "la caratterizzazione dei profili di cura domiciliari" quali standard qualificanti le attività di cure domiciliari per livelli differenziati in funzione di:

- Complessità (Valore GEA) in funzione del case mix e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel PAI;

- Durata media (GdC in relazione alle fasi temporali intensiva, estensiva e di lungo-assistenza e delle fasce orarie di operatività dei servizi erogatori di cure domiciliari);

- Natura del bisogno definita attraverso l'individuazione di un CIA dato dal rapporto tra le GEA (numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso da un operatore) e le GdC (numero di giorni trascorsi dalla Data primo accesso alla Data di ultimo accesso, al netto dei periodi di sospensione).

Il debito informativo delle Regioni e PA nei confronti del SIAD risulta non pienamente omogeneo; conseguentemente ne deriva che sul territorio nazionale persistono aree con diverso grado di garanzia della completezza delle informazioni previste. Va segnalato, peraltro, che a partire dall'anno 2023 il sistema SIAD è evoluto per consentire la rilevazione delle cure palliative ed ha esteso l'ambito di rilevazione anche alle "cure domiciliari di livello base", costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità medica, infermieristica e/o riabilitativa come previsto dall'art. 22 del DPCM del 12 gennaio 2017, di cui si potrà tenere conto nelle prossime edizioni del Rapporto Osservasalute.

Gli indicatori ad oggi calcolabili sono quelli di attività, con ridotta possibilità di effettuare un'esaustiva riflessione sulla qualità dell'ADI erogata dalle ASL e sulla tipologia dei casi trattati in ragione della difficoltà collegata alla valutazione dell'*outcome* finale. La mancanza di un sistema di classificazione omogeneo e condiviso a livello nazionale per la valutazione dei bisogni assistenziali, oltre alla presenza di diverse modalità organizzative e assistenziali sviluppate nelle diverse Regioni e PA (formulazione, erogazione, gestione e remunerazione del PAI) comporta una sensibile limitazione nella validità di un confronto inter-

regionale. A partire dall'anno 2018, a causa della interconnessione delle banche dati, non è stato possibile calcolare l'indicatore delle precedenti Edizioni "Tasso di assistiti in Assistenza Domiciliare Integrata".

Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di un valore di riferimento legislativo e di omogeneità nei modelli organizzativi, gli indicatori analizzati possono essere considerati in riferimento al valore medio delle regioni/PA che presentano valori superiori al dato nazionale.

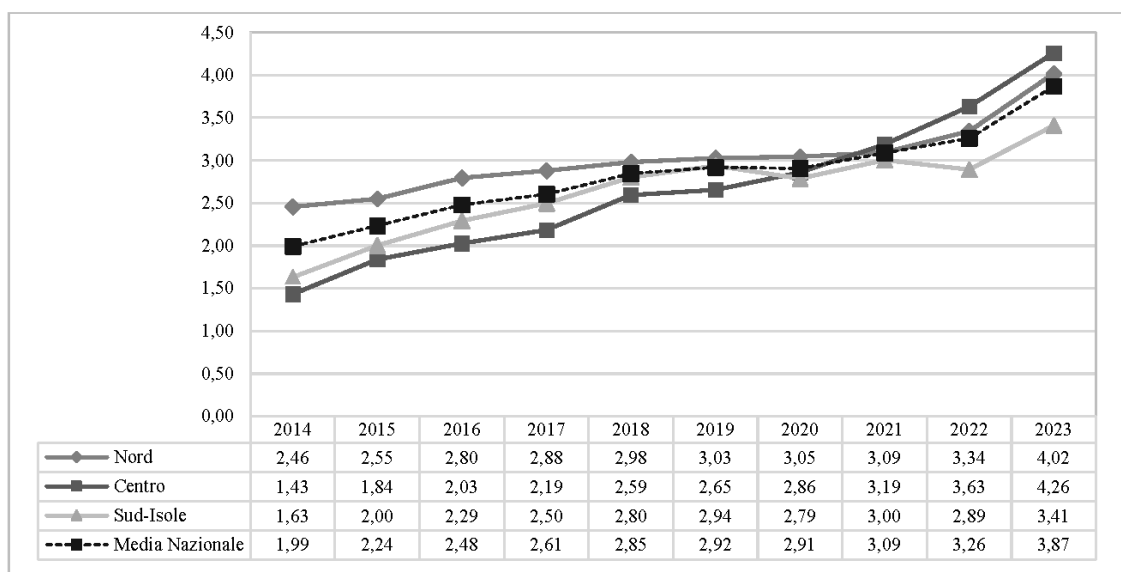
Descrizione dei risultati

In Italia, per l'anno 2023, si contano 549.020 cittadini con età ≥ 65 anni che sono inseriti in ADI, corrispondente al 3,87% della popolazione ultra 65enne media residente. Il numero degli assistiti trattati in ADI con età ≥ 65 anni mostra un netto incremento rispetto l'anno precedente pari al 19,6%, mostrando una continuità dell'andamento in crescita registrato nel 2022.

L'accorpamento per macroaree dei dati relativi al tasso di assistiti ultra 75enni in ADI mostra un andamento disomogeneo tra le ripartizioni geografiche, confermando nel 2023 il progressivo ampliamento delle differenze territoriali già rilevato nel 2022. In particolare, si osserva un incremento più marcato nelle regioni del Nord (+20,3%) e del Centro (+17,2%), a fronte di una crescita più contenuta per il Sud ed Isole (+17,8%), che consolida il cambio di tendenza avviato nell'anno precedente (Grafico 1). A livello regionale si scorgono invece importanti disomogeneità: si registra, infatti, un tasso minimo dell'1,65% in Calabria, di cui si segnala il ripristino della disponibilità dei dati del Sistema SIAD; si evidenzia il valore più elevato per il Molise che raggiunge un valore di 7,23% nel 2023; seguono l'Abruzzo (5,75%), la Basilicata (4,93%) e la Toscana (4,68%) (Tabella 1).

Se si analizza un *target* di età più elevato, nello specifico gli ultra 75enni, si registra un tasso di assistiti in ADI pari al 6,37% in incremento rispetto al 5,32% dell'anno 2022. Analizzando l'accorpamento per macroaree si evidenzia un trend in crescita per il Nord e il Centro e una flessione per il Sud ed Isole in rapporto alla disponibilità del dato per tutte le regioni e PA. Si registra il tasso più elevato al Centro con 5,87% ultra 75enni assistiti in ADI e inferiore nell'aggregazione Sud ed Isole con il 4,81%. L'analisi a livello regionale mostra una distribuzione per le singole regioni in linea con quella del precedente indicatore. La Calabria presenta il valore inferiore di ricorso all'ADI (2,83%), mentre il Molise il valore maggiore con 11,91% ultra 75enni inseriti in ADI (Tabella 1).

Grafico 1 - Tasso (valori per 100) di assistiti di età 65 anni ed oltre trattati in Assistenza Domiciliare Integrata per macroarea - Anni 2014-2023



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale Della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2025.

Tabella 1 - Assistiti (valori assoluti), popolazione media residente (valori assoluti) e tasso (valori per 100) di assistiti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata di età 65 anni ed oltre e 75 anni ed oltre per regione - Anno 2023

Regioni	Assistiti 65+	Popolazione 65+	Tassi di assistiti 65+	Assistiti 75+	Popolazione 75+	Tassi di assistiti 75+
Piemonte	43.588	1.121.870	3,89	37.884	592.634	6,39
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	983	30.725	3,20	774	15.646	4,95
Lombardia	86.565	2.326.530	3,72	73.823	1.213.684	6,08
Bolzano-Bozen	3.553	108.307	3,28	3.093	56.839	5,44
Trento	4.894	126.166	3,88	4.029	64.155	6,28
Veneto	51.920	1.168.563	4,44	44.324	606.511	7,31
Friuli-Venezia Giulia	13.921	321.370	4,33	11.652	173.548	6,71
Liguria	17.298	435.304	3,97	14.743	241.698	6,10
Emilia-Romagna	47.753	1.086.649	4,39	41.094	579.326	7,09
Toscana	44.940	959.361	4,68	38.562	517.527	7,45
Umbria	10.532	229.077	4,60	8.996	122.647	7,33
Marche	16.237	384.637	4,22	14.016	203.485	6,89
Lazio	51.436	1.320.956	3,89	44.527	673.864	6,61
Abruzzo	18.511	321.715	5,75	15.384	162.397	9,47
Molise	5.557	76.879	7,23	4.592	38.545	11,91
Campania	39.870	1.149.394	3,47	31.701	535.065	5,92
Puglia	22.837	930.437	2,45	18.776	460.742	4,08
Basilicata	6.589	133.711	4,93	5.508	65.325	8,43
Calabria	7.195	435.253	1,65	5.907	208.762	2,83
Sicilia	46.034	1.100.270	4,18	36.469	531.202	6,87
Sardegna	8.807	414.123	2,13	7.226	204.003	3,54
Italia	549.020	14.181.297	3,87	463.080	7.267.605	6,37

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica. Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi dei dati, rispetto alle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, evidenzia per l'anno 2023 una crescita a livello nazionale dell'attività dell'ADI sottesa dall'implementazione progressiva dei modelli organizzativi sanitari delle cure primarie sostenuta da

diverse velocità di sviluppo; viene confermato l'andamento del 2022 consolidando il superamento del rallentamento registrato nel 2021.

Tale andamento è in linea con gli obiettivi posti alle Regioni/PA per la diminuzione del tasso di ospedalizzazione attraverso l'erogazione di forme assistenziali

alternative al ricovero ospedaliero, anche alla luce di quanto previsto dal D. Lgs. n. 135/2012, la cosiddetta *spending review* della sanità (tasso di ospedalizzazione complessivo pari a 160 per 1.000, durata media di degenza per i ricoveri ordinari <7 giorni, tasso occupazione dei posti letto di almeno il 90%).

Dall'analisi dei dati relativi al tasso di assistiti in ADI nel 2023, accorpati per macroaree, emerge che in 3 regioni e PA si osserva un andamento disomogeneo rispetto all'anno precedente. Questo è riconducibile agli effetti dell'epidemia di COVID-19 sulla struttura demografica, alla diversa incidenza del virus nei territori e alle risposte eterogenee dei servizi sanitari regionali. Tuttavia, nel complesso, la forbice tra le macroaree si amplia ulteriormente, in ragione di un incremento più marcato nelle regioni del Nord e del Centro, nonostante il tasso di assistiti torni a crescere anche nel Sud ed Isole, dopo il cambio di tendenza osservato nel 2022. Grazie alla disponibilità dei flussi SIAD per Calabria e Sardegna a partire dal 2022, il 2023 rappresenta il primo anno pienamente confrontabile, mettendo in evidenza una divergenza rispetto all'andamento storico dell'aggregazione Sud ed Isole osservato fino al 2021.

Sebbene l'applicazione del flusso SIAD sintetizzi modelli organizzativi distinti ed evidenzi le difficoltà di una completa valutazione delle differenze rilevate, con il consolidamento di tale flusso e la disponibilità del dato nel 2022 per tutte le regioni e PA si ha progressivamente a disposizione una possibilità di analizzare le diverse fasi del percorso e la caratterizzazione di profili di cura domiciliari. La completezza del flusso SIAD, promossa dall'introduzione degli indicatori distrettuali del Nuovo Sistema di Garanzia, consentirà così di valutare l'intensità e la complessità dell'assi-

stenza erogata e la natura del bisogno coerentemente a quanto definito dai LEA anche in presenza di modelli organizzativi eterogenei, in considerazione anche del loro ridisegno in risposta all'evento epidemico COVID-19 nei diversi contesti regionali. Infine, con l'applicazione di quanto previsto dal DM n. 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", e lo sviluppo di forme di telemedicina e teleassistenza, è prevedibile che l'ADI possa trovare nel prossimo futuro una ulteriore progressione nella capacità della presa in carico dei pazienti favorendo maggiormente l'integrazione delle diverse figure professionali coinvolte nel processo di cura.

Riferimenti bibliografici

- 1) Istat. Tavole statistiche - Indicatori demografici. Disponibile sul sito: <https://demo.istat.it/tavole/?t=indicatori&l=it>. Ultimo accesso in data 06 marzo 2024.
- 2) Istat. Rapporto Annuale 2023 - L'Italia tra eredità del passato e investimenti per il futuro, Capitolo 1. L'evoluzione recente della sopravvivenza pag. 34.
- 3) Istat. Rapporto Annuale 2023 - L'Italia tra eredità del passato e investimenti per il futuro, Capitolo 1. 1.2.1 L'inverno demografico viene da lontano pag. 31.
- 4) Istat. Annuario Statistico Italiano 2023, Capitolo 4. Sanità e salute. Condizioni di salute, Malattie croniche pag. 170.
- 5) Istat. Rapporto Statistico Italiano 2022, Capitolo 3. Famiglie, stranieri e nuovi cittadini. pag. 171.
- 6) Cittadinanzattiva - XX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità - La cura che (ancora) non c'è.
- 7) Ministero della Salute. Cure Domiciliari. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4706&area=Lea&menu=socioSanitaria. Ultimo accesso in data 07 marzo 2024.
- 8) Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

Posti letto residenziali di tipo socio-sanitario per persone con disabilità e anziani

Significato. Le strutture residenziali di tipo socio-sanitario forniscono assistenza e cure mediche di lungo periodo a persone in condizione di non autosufficienza o con elevata necessità di tutela sanitaria. I servizi erogati includono sia prestazioni prettamente sanitarie (cure mediche e infermieristiche, trattamenti riabilitativi e somministrazioni di terapie) con diversi livelli d'intensità, sia prestazioni a carattere sociale come, ad esempio, i servizi di cura alla persona (aiuti per il movimento, per l'alimentazione e per l'igiene personale).

La loro attività occupa un ruolo rilevante nell'ambito del processo di integrazione tra assistenza sanitaria e

assistenza sociale.

L'indicatore proposto permette di confrontare l'entità dell'offerta di residenzialità destinata agli anziani e alle persone con disabilità; i dati sono stati rilevati con l'indagine dell'Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

Le strutture considerate sono quelle caratterizzate da una significativa componente sanitaria (presenza di almeno una figura che svolge attività di tipo socio-sanitario oltre al MMG) che forniscono, in prevalenza, ospitalità ad anziani, a persone con disabilità e/o con patologie psichiatriche.

Tasso di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Posti letto per target di utenza}}{\text{Popolazione media residente per la stessa fascia di età}} \times 10.000$$

Rapporto tra posti letto e beneficiari di prestazioni per la disabilità

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Posti letto per target di utenza}}{\text{Beneficiari di prestazioni per la disabilità per la stessa fascia di età}} \times 10.000$$

Validità e limiti. Il primo indicatore è stato costruito per due diversi target d'utenza: anziani non autosufficienti (persone di età >65 anni non autosufficienti), e persone con disabilità (persone di età <65 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale e/o con patologie psichiatriche); l'assegnazione dei posti letto al target di utenza è stata effettuata sulla base delle prevalenze di assistiti dichiarate dalle strutture censite, pertanto non si esclude che i posti letto possano essere utilizzati anche per altre tipologie di utenti.

I dati sulla base dei quali è stato costruito l'indicatore sono stati ponderati per tenere conto del numero di strutture che non hanno risposto alla rilevazione, circa il 21% dell'universo di riferimento. Al fine di valutare l'effetto sulla precisione dell'indicatore delle mancate risposte è stato calcolato il coefficiente di variazione percentuale, che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale.

Il secondo indicatore è stato costruito rapportando i posti letto di ciascun target d'utenza prevalente (anziani non autosufficienti e persone con disabilità) ai "beneficiari di pensioni per persone con disabilità" stimati dall'Istat attraverso i dati provenienti dal Casellario centrale dei pensionati, nel quale l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale raccoglie i principali dati sulle prestazioni pensionistiche erogate da tutti gli Enti previdenziali italiani, sia pubblici sia privati. L'obiettivo è quello di rapportare l'offerta residenzia-

le ad una misura che meglio rappresenti la dimensione del bisogno di assistenza residenziale.

È importante sottolineare che il numero di beneficiari di pensioni per persone con disabilità, pur rappresentando una sovrastima della domanda di servizi residenziali, fornisce una dimensione che, rispetto alla popolazione complessiva, ricalca più adeguatamente sul territorio la distribuzione della domanda potenziale di assistenza residenziale.

Per avere una stima più accurata della domanda complessiva di residenzialità, sarebbe opportuno conoscere anche l'entità del bisogno assistenziale e la presenza di servizi alternativi di tipo domiciliare.

Eventuali variazioni in serie storica possono derivare da alcuni cambiamenti che hanno riguardato i criteri di classificazione dei target d'utenza adottati a partire dall'anno 2014.

Valore di riferimento/Benchmark. Risulta difficoltoso individuare un valore di riferimento, poiché il rapporto ideale tra posti letto residenziali e popolazione dipende dall'offerta di forme di assistenza alternative e dall'orientamento delle singole regioni.

Descrizione dei risultati

In Italia, i posti letto destinati ad accogliere anziani e persone con disabilità sono, complessivamente, 328.334, pari a 55,7 ogni 10.000 abitanti. La parte più

ampia dell'offerta è destinata ad accogliere anziani non autosufficienti (189,7 per 10.000), quote residuali sono, invece, rivolte ad utenti con disabilità (13,3 per 10.000). L'analisi territoriale evidenzia forti divari tra le ripartizioni, con un'offerta che si concentra soprattutto nelle regioni del Nord e si riduce sensibilmente nelle altre aree del Paese. I più alti livelli di offerta complessiva si registrano nella PA di Trento con 106 posti letto ogni 10.000 abitanti, mentre la più bassa dotazione di posti letto si riscontra nelle regioni meridionali con livelli minimi in Campania (10,8 per 10.000).

Per quanto riguarda gli anziani, il tasso più elevato si registra nella PA di Bolzano (446 posti letto ogni

10.000 abitanti), mentre l'offerta più bassa si rileva in Campania dove il livello dei tassi scende a 23,8 per 10.000. La quota di posti letto dedicati alle persone con disabilità raggiunge i livelli massimi in Liguria e in Valle d'Aosta (rispettivamente, 26,5 e 28,8 ogni 10.000 abitanti), mentre i valori minimi si registrano ancora una volta in Campania, con un tasso di 7,4 per 10.000 (Tabella 1).

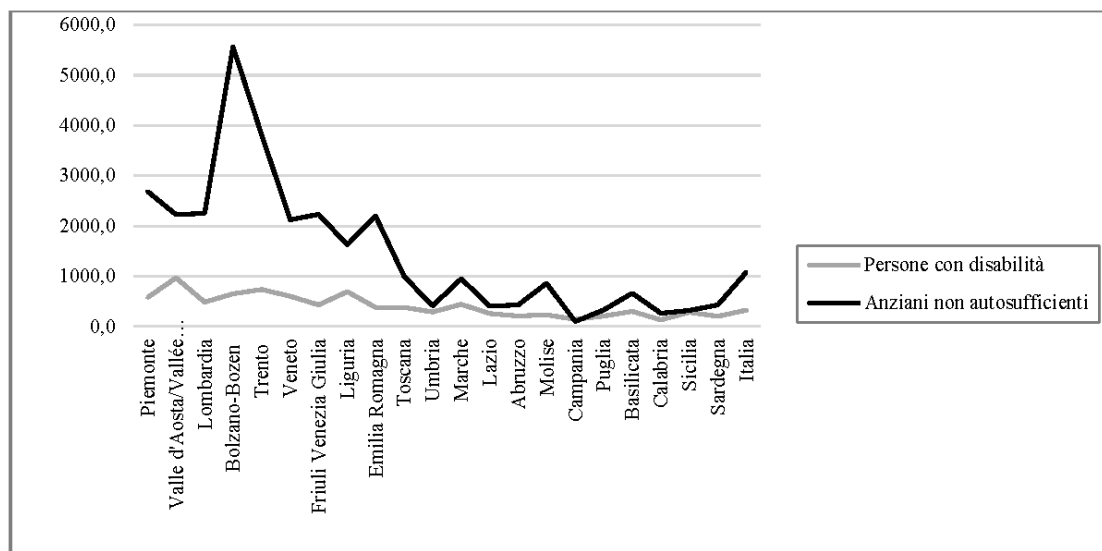
Se consideriamo il secondo indicatore, si osserva un aumento del gradiente Nord-Sud e Isole per entrambi i *target* d'utenza. L'offerta dei servizi residenziali è infatti molto più bassa nel Sud e nelle Isole, dove tuttavia la quota di percettori di pensioni risulta essere maggiore (Grafico 1).

Tabella 1 - Tasso (valori per 10.000) di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti nelle strutture socio-sanitarie e Coefficiente di Variazione (valori per 100) per regione - Anno 2022

Regioni	Persone con disabilità	Anziani non autosufficienti	Totale	Coefficiente di Δ %
Piemonte	17,0	320,5	97,1	0,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	28,8	305,0	97,7	0,0
Lombardia	13,2	291,9	78,2	1,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>14,3</i>	<i>446,0</i>	<i>101,8</i>	<i>0,0</i>
<i>Trento</i>	<i>17,3</i>	<i>399,2</i>	<i>106,0</i>	<i>0,0</i>
Veneto	16,4	288,2	81,9	1,1
Friuli-Venezia Giulia	12,6	320,1	95,3	0,9
Liguria	26,5	238,5	87,7	3,4
Emilia-Romagna	11,9	314,4	86,0	0,4
Toscana	12,0	151,8	48,6	1,6
Umbria	16,7	110,0	41,6	0,5
Marche	18,7	194,0	64,1	2,0
Lazio	11,5	77,6	26,8	1,8
Abruzzo	9,9	87,3	29,5	0,0
Molise	11,1	168,0	52,6	3,4
Campania	7,4	23,8	10,8	5,1
Puglia	12,6	81,9	29,1	3,0
Basilicata	16,3	145,9	48,5	0,7
Calabria	9,3	71,1	23,9	4,5
Sicilia	14,4	67,1	26,5	2,9
Sardegna	12,1	98,7	34,8	2,4
Italia	13,3	189,7	55,7	0,3

Fonte dei dati: Istat. "Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari". Anno 2025.

Grafico 1 - Tasso (valori per 10.000 beneficiari di pensioni per persone con disabilità) di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti nelle strutture socio-sanitarie per regione - Anno 2022



Fonte dei dati: Istat. Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. 31 dicembre 2022. Inps: Casellario centrale dei pensionati. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'attività delle strutture residenziali si inquadra nell'ambito dell'assistenza integrata di tipo sociale e sanitaria prevista dalla Legge n. 328/2000, che rappresenta una risposta mirata ai bisogni di particolari gruppi di popolazione, come le persone con disabilità e gli anziani. È una tipologia di assistenza di lungo periodo che rappresenta una efficace alternativa ad una ospedalizzazione impropria e una soluzione palliativa alla mancanza di una rete di aiuti, formali e informali, che permetta di fornire al paziente un'assistenza più prossima ai suoi bisogni, come l'assistenza domiciliare.

È auspicabile, per l'immediato futuro, che si riducano i divari territoriali evidenziati dagli indicatori di offerta e attività e, nel medio-lungo termine, che si superi anche questa tipologia di assistenza residenziale a

favore di forme di intervento che permettano al paziente di rimanere nel suo abituale ambito di vita. Infatti, spesso molti utenti ospiti di queste strutture finiscono per essere vittime di un confinamento dalla società civile, perdendo qualsiasi possibilità di integrazione e di partecipazione sociale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat, I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, Anno 2022. Disponibile sul sito: www.istat.it/wp-content/uploads/2025/02/Report-Presidi-2022.pdf.
- (2) Istat, Rapporto SDGs 2023. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia. Disponibile sul sito: www.istat.it/storage/rapporti-tematici/sdgs/2023/Rapporto-SDGs-2023.pdf.
- (3) Istat, Gli indicatori del BES 2021. Disponibile sul sito: www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-bes-2023-il-benessere-equo-e-sostenibile-in-italia.

Ospiti anziani e con disabilità nei presidi residenziali

Significato. Nel nostro Paese la quota di anziani e di persone con disabilità continua ad aumentare come conseguenza dell'ormai consolidato processo d'invecchiamento che coinvolge tutti i Paesi occidentali. La necessità di rispondere adeguatamente ad una crescente domanda di assistenza a lungo termine diventa uno dei principali obiettivi del nostro sistema di *welfare* che deve trovare risposte appropriate disponendo di risorse finanziarie limitate. Le soluzioni finora proposte mirano a favorire lo sviluppo di forme di assistenza domiciliare e ad incrementare l'assistenza residenziale nei casi in cui le cure a domicilio non risultino praticabili (per difficoltà della famiglia o per l'elevato livello assistenziale richiesto).

La presente Sezione prende in considerazione l'attività di assistenza socio-sanitaria erogata a favore degli anziani non autosufficienti (di età >65 anni) e delle persone con disabilità (<65 anni con disabilità fisica, psichica, sensoriale o persone con patologia psichiatrica).

Le strutture considerate sono state quelle erogatrici di assistenza con una rilevante componente sanitaria, rilevate con l'indagine dell'Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.

Pertanto, sono state selezionate le strutture residenziali caratterizzate dalla presenza di almeno una figura professionale, oltre al MMG, che svolge attività di tipo socio-sanitario.

Tasso di ospiti anziani nei presidi residenziali

Numeratore	Ospiti anziani nei presidi residenziali	
Denominatore	Popolazione media residente della stessa fascia di età	x 10.000

Tasso di ospiti adulti e minori con disabilità nei presidi residenziali

Numeratore	Ospiti adulti e minori con disabilità nei presidi residenziali	
Denominatore	Popolazione media residente della stessa fascia di età	x 10.000

Validità e limiti. Gli indicatori calcolati mostrano una discreta variabilità regionale che può dipendere da diversi fattori, quali una diversa capacità di risposta a condizioni di bisogno, un diverso livello di offerta residenziale, cui può associarsi una diversa organizzazione della rete socio-assistenziale.

L'indagine condotta sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari ha fatto registrare, per l'anno 2022, un tasso di risposta pari al 79%. Al fine di tener conto delle mancate risposte e dell'effetto che queste hanno sulla precisione degli indicatori è stato calcolato il Coefficiente di Variazione percentuale, che rappresenta la quota percentuale dell'errore sulla stima puntuale. Eventuali variazioni rispetto agli anni precedenti possono derivare da alcuni cambiamenti che hanno riguardato i criteri di classificazione dei *target* d'utenza adottati a partire dall'anno 2014.

Valore di riferimento/Benchmark. Risulta difficoltoso individuare un valore di riferimento, poiché la quota di soggetti istituzionalizzati dipende dal diverso livello di offerta residenziale presente sul territorio e da una diversa organizzazione della rete socio-assistenziale.

Descrizione dei risultati

Gli anziani ospiti dei presidi residenziali sono, complessivamente, 226.696 (159,9 per 10.000 anziani residenti).

Molti meno sono gli adulti e i minori con disabilità ospiti dei presidi, rispettivamente, 47.759 (13,4 per 10.000 adulti residenti) e 2.199 (2,4 per 10.000 minori residenti). In linea con il quadro di offerta, il maggiore ricorso all'istituzionalizzazione si riscontra nelle regioni del Nord, soprattutto per gli anziani, per i quali i tassi di ricovero più elevati si registrano nelle PA di Bolzano e Trento (rispettivamente, 370,5 e 368,5 per 10.000 anziani residenti).

Nel Meridione il tasso di ricovero si riduce considerevolmente con valori sensibilmente al di sotto del livello nazionale (159,9 per 10.000) e tocca i valori minimi in Campania, dove per 10.000 anziani residenti risultano ricoverati 21,1 anziani non autosufficienti.

Risultati simili si ottengono dall'analisi degli indicatori riferiti agli ospiti adulti con disabilità: la Liguria fa registrare il più alto tasso di ricovero (25,3 ospiti adulti per 10.000 adulti residenti), mentre le regioni del Meridione vedono ridurre considerevolmente i livelli del tasso. L'andamento regionale risulta confermato anche in riferimento agli ospiti minori con disabilità. Per questa categoria di ospiti la Valle d'Aosta risulta essere la regione con il più elevato tasso di ricovero (12,9 per 10.000 residenti), mentre i tassi più bassi si registrano soprattutto nelle regioni meridionali con valori minimi in Calabria (0,5 per 10.000 minori residenti) (Tabella 1).

Tabella 1 - Tasso (valori per 10.000) di ospiti anziani non autosufficienti, ospiti adulti con disabilità e ospiti minori con disabilità assistiti nelle strutture socio-sanitarie e Coefficiente di Variazione (valori per 100) per regione - Anno 2022

Regioni	Anziani non autosufficienti		Adulti con disabilità		Minori con disabilità	
	Tassi	Coefficiente di Δ %	Tassi	Coefficiente di Δ %	Tassi	Coefficiente di Δ %
Piemonte	262,1	0,8	17,2	1,2	4,3	3,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	263,6	0,0	24,5	0,0	12,9	0,0
Lombardia	266,1	0,8	14,5	1,5	2,3	5,6
Bolzano-Bozen	370,5	0,0	20,5	0,0	3,3	0,0
Trento	368,5	0,0	20,0	0,0	2,6	0,0
Veneto	253,9	1,0	15,4	1,2	2,1	3,6
Friuli-Venezia Giulia	265,1	0,8	13,6	1,0	2,2	4,1
Liguria	186,9	2,9	25,3	3,9	3,5	12,4
Emilia-Romagna	226,5	0,6	13,2	0,8	0,9	3,5
Toscana	131,3	1,3	11,7	2,4	2,1	5,4
Umbria	101,0	0,9	19,4	1,0	3,7	3,3
Marche	180,8	1,6	17,6	2,6	2,9	12,5
Lazio	63,0	2,7	12,2	3,4	2,8	7,5
Abruzzo	68,9	0,0	10,0	0,0	1,3	0,0
Molise	108,8	9,4	14,1	7,4	1,0	35,1
Campania	21,1	4,4	6,9	5,7	1,5	12,4
Puglia	74,6	2,7	11,6	4,3	1,9	10,6
Basilicata	95,0	0,6	14,8	1,0	1,6	3,0
Calabria	56,1	4,3	8,9	8,5	0,5	14,1
Sicilia	45,9	3,2	13,1	3,5	3,9	15,8
Sardegna	86,7	3,1	10,5	4,9	3,7	11,1
Italia	159,9	0,9	13,4	1,2	2,4	3,1

Fonte dei dati: Istat. "Indagine presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'attività delle strutture residenziali si inquadra nell'ambito dell'assistenza integrata di tipo sociale e sanitaria prevista dalla Legge n. 328/2000 che rappresenta una risposta mirata a bisogni di particolari gruppi di popolazione, come le persone con disabilità e gli anziani. È una tipologia di assistenza di lungo periodo che rappresenta una efficace alternativa ad una ospedalizzazione impropria e una soluzione palliativa alla mancanza di una rete di aiuti, formali e informali, che permetta di fornire al paziente un'assistenza più prossima ai suoi bisogni, come l'assistenza domiciliare. È auspicabile, per l'immediato futuro, che si riducano i divari territoriali evidenziati dagli indicatori di offerta e attività e, nel medio-lungo termine, che si superi anche questa tipologia di assistenza residenziale a

favore di forme di intervento che permettano al paziente di rimanere nel suo abituale ambito di vita. Infatti, spesso molti utenti ospiti di queste strutture finiscono per essere vittime di un confinamento dalla società civile, perdendo qualsiasi possibilità di integrazione e di partecipazione sociale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat, I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Anno 2022. Disponibile sul sito: www.istat.it/wp-content/uploads/2025/02/Report-Presidi-2022.pdf.
- (2) Istat, Rapporto SDGs 2023. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia. Disponibile sul sito: www.istat.it/storage/rapporti-tematici/sdgs/2023/Rapporto-SDGs-2023.pdf.
- (3) Istat, Gli indicatori del BES 2021. Disponibile sul sito: www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-bes-2023-il-benessere-equo-e-sostenibile-in-italia.

Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile

Significato. Negli ultimi anni, in Italia, il tema delle ospedalizzazioni evitabili ha acquisito un'importanza crescente come modalità indiretta di valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria territoriale. In particolare, il monitoraggio delle condizioni patologiche identificate dall'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) come "Ambulatory Care Sensitive Conditions" (1) ha permesso di individuare situazioni cliniche per le quali una gestione efficace a livello ambulatoriale potrebbe ridurre o evitare il ricorso al ricovero ospedaliero.

Questo argomento è stato approfondito nell'ambito del PNE che, a partire dall'Edizione 2021, ha dedicato maggiore attenzione agli indicatori di ospedalizzazione evitabile, in assenza di metodi diretti per la valuta-

zione dell'assistenza territoriale (2).

In continuità con quanto pubblicato nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, si procede in questa Sezione a un aggiornamento dell'Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile, calcolato come combinazione dei diversi tassi di ospedalizzazione monitorati dal PNE per area territoriale, al fine di far emergere la variabilità nella gestione locale delle patologie oggetto di studio, sulla base delle conclusioni già emerse a tale riguardo in precedenti studi (3). Alla suddetta misura si affianca anche una versione dell'Indice sintetico "corretta" per i livelli complessivi di ospedalizzazione (propensione al ricovero) di ciascuna area territoriale studiata.

Indice sintetico di ospedalizzazione potenzialmente evitabile per area territoriale

$$IS^x = (\sum_i TA^x_i P_i) / 100 \text{ (senza correzione)}$$

$$IS^x = (\sum_i (TA^x_i / F^x) P_i) / 100 \text{ (con correzione)}$$

Significato delle variabili: x = area territoriale di valutazione (Azienda Sanitaria Locale/provincia);

i = indicatore (vedi Tabella 1);

TA^x_i = tasso aggiustato standardizzato (*z-score*) dell'indicatore i per l'area territoriale x ;

F^x = rapporto tra il tasso di ospedalizzazione complessivo dell'area territoriale x e il tasso medio italiano;

P_i = peso percentuale dell'indicatore i (vedi Tabella 1).

Validità e limiti. La fonte dei dati è rappresentata dalle SDO relative ai pazienti ricoverati presso strutture pubbliche e private accreditate negli anni 2020-2023.

La metodologia di aggregazione delle differenti misure di ospedalizzazione per gli ambiti nosologici considerati è stata mutuata da quella attualmente in uso per la costruzione dei *Treemap* del PNE, la quale prevede l'attribuzione di pesi specifici agli indicatori prescelti, nonché la riclassificazione degli indici così ottenuti secondo criteri di concordanza tra gruppi omogenei (4).

In particolare, per il calcolo degli indicatori di ospedalizzazione evitabile sono stati accorpati i dati del triennio 2020-2022 con l'intento di stabilizzare le misure su un arco temporale più lungo. È importante considerare che i tassi rilevati negli anni 2020 e 2021 risultano affetti da una flessione causata dalla pandemia, mentre, per alcune ospedalizzazioni evitabili, i tassi relativi al solo anno 2022 registrano valori più elevati.

Il livello di dettaglio territoriale del calcolo ha seguito la nuova classificazione delle aree territoriali del PNE che, a partire dall'Edizione 2021, considera le ASL come principale unità di aggregazione per la maggior parte delle regioni; fanno eccezione Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Marche, Molise e Sardegna, nelle quali le Aziende sanitarie territoriali incorporano più

province o addirittura coincidono con l'intero territorio regionale. In tal caso, si è scelto di mantenere la provincia come unità di analisi.

Sono stati calcolati gli indicatori di ospedalizzazione evitabile per il triennio 2020-2022 e per l'anno 2023 (ultimo anno disponibile), sotto forma di tassi std per età e genere e specifici per area territoriale, secondo le metodologie e i protocolli utilizzati per il PNE (5).

La selezione degli indicatori e l'attribuzione dei relativi pesi per la costruzione dell'Indice sintetico ha tenuto conto di caratteristiche quali l'uniformità delle patologie oggetto di studio e la possibilità di sovrapposizioni nei criteri di selezione per differenti indicatori. Sulla base di queste considerazioni, gli indicatori sono stati suddivisi in cinque ambiti nosologici, a ciascuno dei quali è stato attribuito un peso del 20% sul totale complessivo dell'indice. In questo modo, si è riconosciuto a ciascun ambito un peso equivalente, indipendentemente dall'ampiezza della casistica e, dunque, dall'ordine di grandezza delle misure di ospedalizzazione (che avrebbe penalizzato gli ambiti a più bassa numerosità ma non meno rilevanti per la Sanità Pubblica, come quello della salute mentale). Laddove un ambito abbia previsto più indicatori, il peso è stato ulteriormente frazionato sulla base del numero di ricoveri di ciascun indicatore (Tabella 1). Si sottolinea,

peraltro, come tale sistema di attribuzione dei pesi sia frutto di scelte metodologiche, a riguardo delle quali sarà opportuno effettuare ulteriori approfondimenti e verifiche.

Al fine di uniformare i punteggi dei differenti indicatori, si è proceduto a calcolare gli *z-score* (in riferimento alla media e alla deviazione standard della distribuzione di ciascun indicatore per area territoriale), utilizzando l'Indice sintetico, arricchito di un ulteriore fattore di correzione rappresentante la "propen-

sione al ricovero" di ciascuna area. Quest'ultima misura è stata ricavata come rapporto tra il tasso di ospedalizzazione complessivo (n. totale SDO su popolazione residente) delle singole aree territoriali rispetto al tasso medio nazionale. Successivamente, si è provveduto a calcolare e a confrontare le due differenti versioni dell'Indice sintetico come media dei punteggi standardizzati dei nove indicatori, ponderate per i rispettivi pesi.

Tabella 1 - Ambiti nosologici e indicatori di ospedalizzazione considerati per la costruzione dell'Indice sintetico

Ambito nosologico	Tassi di ospedalizzazione (per 1.000)	Pesi per il calcolo dell'Indice sintetico (%)
Malattie infettive	Influenza (età 65 anni ed oltre)	1
	Infezioni del tratto urinario	19
Malattie dell'apparato respiratorio	Asma negli adulti (età 18 anni ed oltre)	1
	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva	19
Diabete	Diabete non controllato senza complicanze	4
	Complicanze a medio e lungo termine del diabete	16
Malattie dell'apparato cardiocircolatorio	Scompenso cardiaco	19
	Iipertensione arteriosa	1
Salute mentale	Trattamento Sanitario Obbligatorio	20

Valore di riferimento/Benchmark. In accordo con la metodologia di calcolo del *Treemap* utilizzata per le sintesi degli indicatori del PNE, i punteggi degli indici di sintesi delle differenti aree territoriali sono stati categorizzati mediante l'utilizzo dei *natural breaks*, tecnica di classificazione non supervisionata che prevede l'accorpamento dei punteggi in *cluster* aventi massima omogeneità interna e massima eterogeneità se confrontati l'uno con l'altro (6). Attraverso l'iterazione di modelli proponenti differenti numeri di cluster, si è osservato un risultato ottimale in presenza di una suddivisione in cinque categorie, associate a differenti livelli di ospedalizzazione (basso, medio-basso, medio, medio-alto, alto).

Descrizione dei risultati

Il calcolo degli Indici sintetici (con e senza correzione per la "propensione al ricovero") ha portato alla rappresentazione grafica illustrata nei Cartogrammi presentati di seguito, nei quali è possibile visualizzare le 119 aree territoriali classificate secondo i cinque *cluster* di riferimento, per il triennio 2020-2022 e per l'anno 2023. Inoltre, al fine di offrire una visione d'insieme dei risultati, gli indicatori sono stati calcolati anche su base regionale, con i relativi valori mostrati in dettaglio nella Tabella 2 e nella Tabella 3, insieme al livello di ospedalizzazione regionale utilizzato per il calcolo dell'Indice "corretto" per propensione al ricovero.

Con riferimento al triennio 2020-2022, l'Indice sintetico conferma, rispetto al triennio 2017-2019, un punteggio "basso" in metà delle aree del Piemonte, nella ASL di Rieti e nelle Province di Fermo e Massa-

Carrara. Al contempo, il livello di ospedalizzazione evitabile si riduce al *cluster* "basso" nelle ASL di Vercelli, Avellino e Caserta e nell'ASP di Catanzaro, mentre aumenta nelle ASL Imperiese e di Lucca.

Nel *cluster* "medio-basso", il più numeroso con 39 aree territoriali, si confermano buona parte delle aree di Piemonte, Liguria, Lazio, Marche, Sicilia e Sardegna; a queste aree si associano tassi di ospedalizzazione al di sotto della media nazionale per la maggior parte degli indicatori, con poche eccezioni per le quali lo scostamento dalla media nazionale è comunque contenuto. Passano, invece, a un *cluster* "medio-basso", rispetto al periodo precedente, le tre ASL di Napoli e la ASL di Benevento, alcune delle ASL di Puglia, Sicilia e Lombardia, la ASL di Campobasso e quella di Matera. Per 34 aree i risultati di questi due *cluster* tendono a rimanere invariati con l'introduzione del fattore di correzione (propensione al ricovero), ad eccezione di 18 aree, per le quali il moderato tasso di ospedalizzazione evitabile appare comunque superiore rispetto alla bassa propensione al ricovero espressa dal territorio.

Nel *cluster* con punteggi "medi" di ospedalizzazione evitabile sono presenti 37 aree territoriali variamente distribuite in molte regioni e che fanno registrare tassi di ospedalizzazione globalmente in linea con la media nazionale, al netto di alcune realtà che presentano andamenti dissimili tra differenti indicatori. L'introduzione del fattore correttivo si traduce in un lieve miglioramento dei risultati per sole 3 aree territoriali e in un peggioramento per 9 ASL, per la maggior parte afferenti a Puglia, Sicilia e Lombardia.

I punteggi "medio-alti" di ospedalizzazione evitabile

si associano a 20 aree territoriali (nel periodo 2017-2019 erano 29), alle quali corrispondono tassi di ospedalizzazione in linea o superiori alla media nazionale, principalmente in riferimento agli indicatori ai quali è attribuito un peso maggiore nel calcolo dell'Indice sintetico. Il calcolo mediante fattore correttivo mostra un miglioramento dei risultati per alcune aree distribuite in tutta Italia e un peggioramento per due aree del Veneto.

Infine, i livelli più elevati di ospedalizzazione per il periodo 2020-2022 (classe "alta") si rilevano nell'ATS di Brescia, nella ASL Spezzino e in quelle dell'Emilia-Romagna, per un totale di 10 aree. Tali aree presentano tassi di ospedalizzazione superiori alla media nazionale per la maggior parte degli indicatori che compongono l'Indice sintetico.

L'implementazione del fattore correttivo permette di osservare lievi miglioramenti nei tassi per circa un terzo delle aree, tra le quali si segnalano 2 ASL dell'Emilia-Romagna (pur rimanendo su livelli di ospedalizzazione medio-alti) e l'ASL Spezzino.

Il confronto dell'anno 2023 con il periodo pre-pandemico (2017-2019) vede le classi di punteggi "medio-alti" e "alti" diminuire, rispettivamente, da 29 a 13 e da 14 a 2 aree territoriali, mentre le classi di punteggi "medio-bassi" e "bassi" aumentano, rispettivamente, da 29 a 47 e da 11 a 20. Tale risultato risente in parte di una sensibile diminuzione dell'ospedalizzazione complessiva, ma anche di una riduzione dei livelli di ospedalizzazione evitabile in quasi tutte le aree territoriali.

Nello specifico, il *cluster* con punteggi "bassi" di ospedalizzazione mantiene la tendenza già osservata

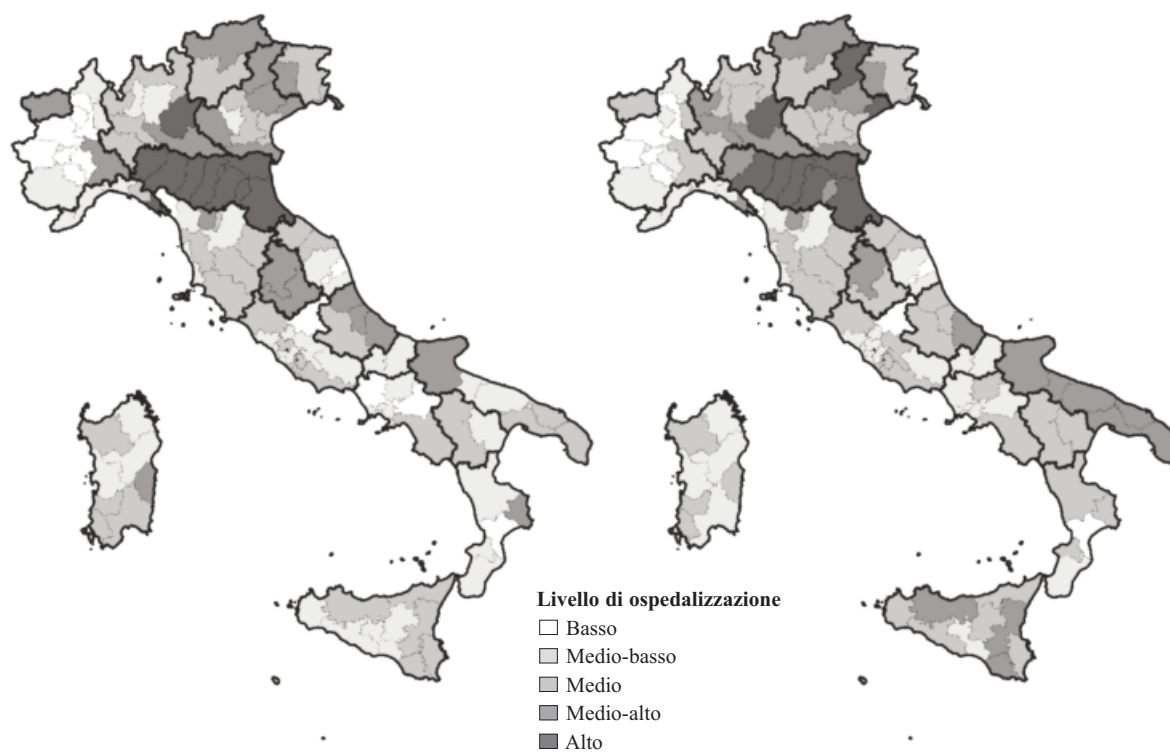
nel triennio pre-pandemico (principalmente per il Piemonte), con l'ingresso nel gruppo di alcune aree della Campania, Calabria e Sicilia; emerge, inoltre, un lieve aumento per l'ASL di Rieti che passa a un livello "medio". L'applicazione del fattore correttivo non comporta sensibili scostamenti.

Il cluster relativo ai livelli "medio-bassi" di ospedalizzazione si compone di 47 aree territoriali. Tra queste, oltre a quelle già segnalate per il triennio, si aggiungono alcune ASL prevalentemente in Lombardia, Marche, Lazio, Campania, Calabria, Puglia, Sicilia e Sardegna. L'applicazione del fattore correttivo restituisce un peggioramento nei risultati, in particolare per l'ASL di Lecce, e per alcune aree della Lombardia, Lazio, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, per le quali i livelli complessivi di propensione al ricovero si sono attestati su valori sensibilmente più bassi della rispettiva media nazionale.

Al centro della distribuzione, il *cluster* "medio" è relativo a 37 aree variamente distribuite sul territorio. Di queste, circa il 62% presenta miglioramenti rispetto al triennio pre-pandemico (Lombardia, Veneto, Toscana, Friuli-Venezia-Giulia, Abruzzo e Sicilia), che però, per alcune aree, vengono annullati a seguito della correzione per la propensione al ricovero.

Con riferimento ai livelli di ospedalizzazione "medio-alti" e "alti", sembrano essere presenti scostamenti apprezzabili fra i due periodi. Si evidenzia, inoltre, che per alcune aree dell'Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, si registrano lievi incrementi nei punteggi alla luce dell'applicazione del fattore correttivo.

Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile per aree territoriali, formulazione senza (sinistra) e con (destra) applicazione del fattore di correzione per propensione all'ospedalizzazione. Anni 2020-2022



Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile per aree territoriali, formulazione senza (sinistra) e con (destra) applicazione del fattore di correzione per propensione all'ospedalizzazione. Anno 2023

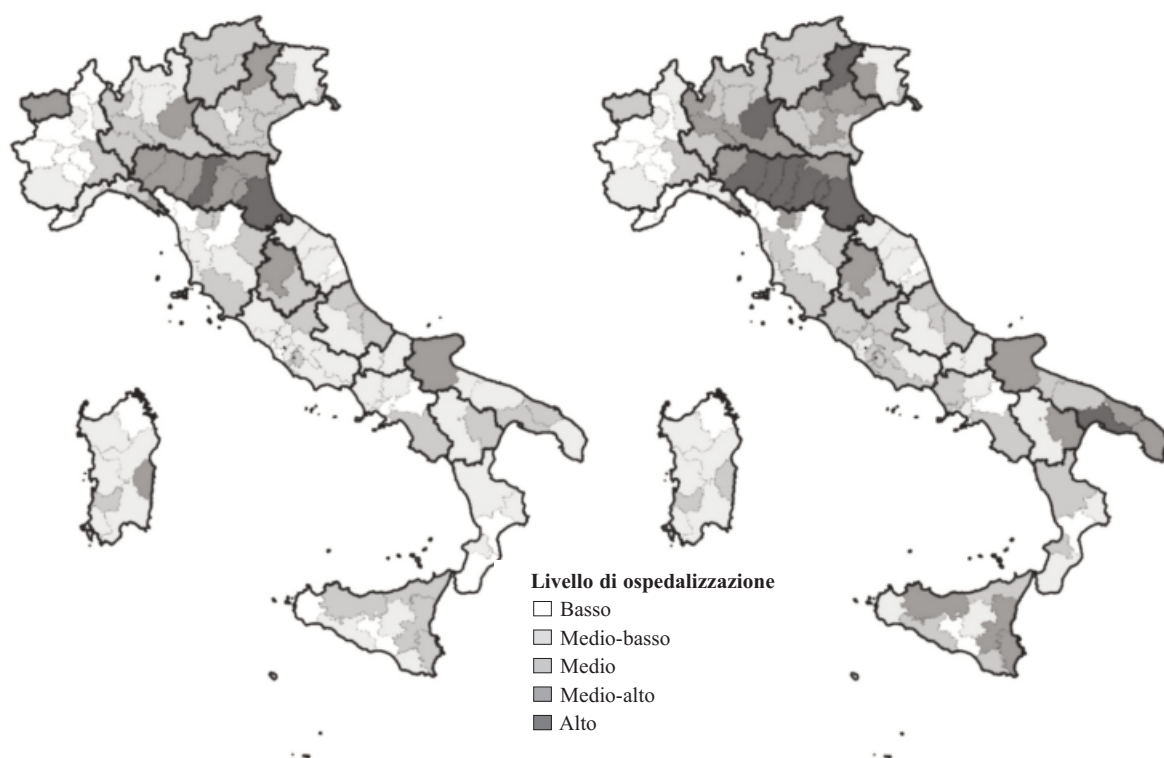


Tabella 2 - Tasso (valori per 1.000) di ospedalizzazione evitabile per indicatore considerato nell'analisi e regione - Anni 2020-2022

Regioni	Influenza (anni 65+)	Infezioni del tratto urinario	Asma negli adulti	BPCO	Diabete non controllato senza complicanze	Complicanze a medio e lungo termine del diabete	Ipertensione arteriosa	Scompenso cardiaco	TSO	Ospedalizzazione complessiva
Piemonte	0,03	0,45	0,02	0,99	0,03	0,18	0,05	1,75	0,09	130,25
Valle d'Aosta	0,01	0,88	0,02	1,60	0,00	0,12	0,16	2,93	0,18	156,01
Lombardia	0,06	0,91	0,06	1,06	0,08	0,35	0,08	2,60	0,07	118,56
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,42</i>	<i>1,43</i>	<i>0,04</i>	<i>1,24</i>	<i>0,24</i>	<i>0,30</i>	<i>0,18</i>	<i>3,24</i>	<i>0,03</i>	<i>146,79</i>
<i>Trento</i>	<i>0,04</i>	<i>0,62</i>	<i>0,03</i>	<i>1,02</i>	<i>0,10</i>	<i>0,44</i>	<i>0,11</i>	<i>2,84</i>	<i>0,08</i>	<i>138,53</i>
Veneto	0,07	0,81	0,04	0,85	0,11	0,40	0,09	3,08	0,05	123,95
Friuli-Venezia Giulia	0,16	0,92	0,03	1,17	0,07	0,25	0,10	2,92	0,08	131,23
Liguria	0,04	0,58	0,05	1,19	0,06	0,24	0,13	2,11	0,12	149,44
Emilia-Romagna	0,10	1,49	0,04	1,74	0,15	0,43	0,12	3,12	0,17	142,21
Toscana	0,02	0,59	0,02	1,33	0,04	0,18	0,06	2,42	0,04	128,16
Umbria	0,05	0,95	0,03	1,18	0,11	0,27	0,20	2,80	0,18	138,19
Marche	0,01	0,45	0,02	0,86	0,02	0,28	0,08	2,43	0,10	136,13
Lazio	0,02	0,50	0,01	0,84	0,07	0,30	0,15	2,70	0,05	134,02
Abruzzo	0,02	0,28	0,02	1,23	0,04	0,45	0,12	2,91	0,14	135,07
Molise	0,01	0,21	0,01	0,69	0,04	0,30	0,07	3,16	0,08	127,85
Campania	0,01	0,24	0,06	1,11	0,05	0,35	0,18	2,23	0,04	125,86
Puglia	0,03	0,25	0,03	1,55	0,03	0,27	0,16	2,38	0,11	105,95
Basilicata	0,03	0,20	0,01	1,72	0,07	0,23	0,15	2,73	0,02	119,27
Calabria	0,01	0,16	0,03	0,95	0,07	0,29	0,17	1,86	0,11	110,92
Sicilia	0,02	0,28	0,01	0,84	0,07	0,23	0,12	2,81	0,19	111,52
Sardegna	0,03	0,43	0,03	1,06	0,11	0,22	0,08	1,98	0,17	136,35
Italia	0,04	0,62	0,04	1,11	0,07	0,31	0,12	2,55	0,09	125,98

BPCO = Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

TSO = Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Fonte dei dati: Elaborazione PNE-Agenas su dati SDO 2020-2022 (numeratore) e Istat 2020-2022 (denominatore). Anno 2025.**Tabella 3** - Tasso (valori per 1.000) di ospedalizzazione evitabile per indicatore considerato nell'analisi e regione - Anno 2023

Regioni	Influenza (anni 65+)	Infezioni del tratto urinario	Asma negli adulti	BPCO	Diabete non controllato senza complicanze	Complicanze a medio e lungo termine del diabete	Ipertensione arteriosa	Scompenso cardiaco	TSO	Ospedalizzazione complessiva
Piemonte	0,07	0,55	0,02	1,36	0,03	0,16	0,06	1,82	0,09	143,93
Valle d'Aosta	0,16	1,20	0,04	2,54	0,03	0,20	0,17	3,02	0,13	180,77
Lombardia	0,10	1,03	0,10	1,42	0,08	0,39	0,09	2,79	0,06	130,80
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,43</i>	<i>1,41</i>	<i>0,06</i>	<i>1,50</i>	<i>0,23</i>	<i>0,24</i>	<i>0,22</i>	<i>2,99</i>	<i>0,02</i>	<i>159,63</i>
<i>Trento</i>	<i>0,09</i>	<i>0,83</i>	<i>0,05</i>	<i>1,40</i>	<i>0,15</i>	<i>0,40</i>	<i>0,09</i>	<i>2,92</i>	<i>0,09</i>	<i>152,84</i>
Veneto	0,10	0,94	0,06	1,10	0,10	0,42	0,09	3,10	0,05	132,99
Friuli-Venezia Giulia	0,13	1,05	0,03	1,63	0,05	0,21	0,09	2,68	0,08	140,88
Liguria	0,08	0,61	0,06	1,82	0,07	0,20	0,12	2,27	0,09	165,67
Emilia-Romagna	0,11	1,62	0,04	2,22	0,12	0,45	0,13	2,91	0,17	150,30
Toscana	0,06	0,66	0,03	1,72	0,03	0,15	0,05	2,24	0,05	138,02
Umbria	0,07	0,96	0,03	1,54	0,09	0,31	0,15	2,86	0,19	153,62
Marche	0,02	0,45	0,03	1,10	0,02	0,35	0,08	2,46	0,06	147,05
Lazio	0,03	0,72	0,03	1,17	0,08	0,33	0,17	2,95	0,03	146,09
Abruzzo	0,00	0,35	0,01	1,64	0,04	0,52	0,11	2,73	0,10	146,16
Molise	0,04	0,28	0,01	1,04	0,09	0,37	0,09	3,30	0,04	141,36
Campania	0,02	0,28	0,06	1,47	0,05	0,37	0,19	2,18	0,06	136,57
Puglia	0,02	0,33	0,06	2,13	0,03	0,30	0,17	2,56	0,09	118,70
Basilicata	0,04	0,28	0,02	2,10	0,06	0,26	0,14	3,35	0,00	137,62
Calabria	0,04	0,22	0,04	1,24	0,05	0,27	0,20	2,03	0,09	132,32
Sicilia	0,02	0,30	0,02	1,17	0,07	0,24	0,12	2,96	0,17	125,12
Sardegna	0,03	0,50	0,03	1,39	0,07	0,22	0,07	1,86	0,16	151,51
Italia	0,06	0,71	0,05	1,49	0,07	0,32	0,12	2,61	0,08	138,11

BPCO = Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva.

TSO = Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Fonte dei dati: Elaborazione PNE-Agenas su dati SDO 2020-2022 (numeratore) e Istat 2020-2022 (denominatore). Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel corso del 2023 si nota un aumento generale della propensione all'ospedalizzazione, che si avvicina ai livelli pre-pandemici. Questo incremento è accompagnato da un lieve aumento delle ospedalizzazioni evitabili rispetto al triennio precedente, periodo influenzato dagli effetti della pandemia di COVID-19, ma anche da una diminuzione delle stesse rispetto al triennio 2017-2019 (ad eccezione delle ospedalizzazioni per infezioni del tratto urinario).

A fronte dei risultati maturati per entrambi i periodi in studio, si osserva una tendenza all'eterogeneità dell'Indice sintetico a livello intra-regionale.

Situazioni di omogeneità totale o parziale permangono sia in alcune regioni con basso numero di aree territoriali (Basilicata, Umbria e Abruzzo), che in regioni più grandi, con Piemonte, Toscana, Marche, Lazio, Campania, Calabria e Sardegna caratterizzate da punteggi medio-bassi, e Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna associate a punteggi medio-alti.

Da questo punto di vista, l'introduzione del fattore correttivo legato alla propensione ospedaliera ha messo in evidenza un minor ricorso all'ospedalizzazione evitabile per alcune grandi regioni del Meridione, caratterizzate da bassi livelli di accessi ospedalieri. In particolare, la maggior parte delle aree di Puglia e Sicilia si orientano verso cluster più alti dell'Indice, a seguito dell'applicazione della correzione; restano, invece, medio-alti i livelli di ospedalizzazione evitabile per l'Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto.

In presenza di bassi livelli di ospedalizzazione evitabile si raccomanda il mantenimento dei comportamenti "virtuosi" e il rafforzamento dei sistemi di monitoraggio delle *performance*, al fine di protrarre nel tempo il risultato ottenuto. Di contro, alti livelli di ospedalizzazione evitabile suggerirebbero l'adozione di politiche

di miglioramento dell'assistenza territoriale e di contenimento dei ricoveri ospedalieri per le patologie analizzate, nonché una valutazione sulla coerenza e uniformità delle azioni svolte a livello regionale in presenza di eterogeneità intra-regionale.

Infine, si segnala l'opportunità di affiancare la lettura "critica" dell'Indice sintetico di ospedalizzazione ad altri indicatori di processo e di esito su scala territoriale, come il tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco presente nel Nuovo Sistema di Garanzia (D03C), nonché gli indicatori su prime visite e visite di controllo esposti nel presente Capitolo, al fine di ottenere una valutazione globale e completa della problematica in esame.

Riferimenti bibliografici

- 1) Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ahrq.gov) October 2001. AHRQ Pub. No. 02-R0203.
- 2) Report PNE 2021. Sezione "L'Assistenza Territoriale: una valutazione indiretta". Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report_2021.pdf.
- 3) Manzoli L, Flacco ME, De Vito C, et al. AHRQ prevention quality indicators to assess the quality of primary care of local providers: a pilot study from Italy. *European Journal of Public Health* 2013; 24 (5): 745-50.
- 4) Report PNE 2024. Sezione "Il Treemap come strumento di valutazione sintetica". Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report_2024.pdf.
- 5) Programma Nazionale Esiti. Documento Metodi statistici. Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/assets/documentation/fonti_metodi/metodi.pdf.
- 6) Jenks GF. The Data Model Concept in Statistical Mapping. *International Yearbook of Cartography* 1967; 7: 186-1.

Prime visite e visite di controllo

Significato. L'assistenza specialistica ambulatoriale è un'attività ricompresa nei LEA distrettuale (1). Nel contesto di questa attività, le visite specialistiche ambulatoriali costituiscono una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e possono essere distinte in prime visite, prevalentemente prescritte dal MMG/PLS e finalizzate a rispondere ad un quesito diagnostico, e in visite di controllo, prevalentemente prescritte dal medico specialista agli assistiti già conosciuti che hanno la necessità di essere seguiti nel tempo. Un'adeguata erogazione di prime visite risulta, quindi, necessaria per assicurare l'intercettazione del bisogno di cura, mentre un'adeguata erogazione di visite di controllo risulta necessaria per assicurare la continuità delle cure. La lettura combinata dei tassi di erogazione di queste prestazioni permette di valutare, simultaneamente, la capacità di intercettare il bisogno e di garantire la continuità delle cure. Naturalmente, questi indicatori vanno considerati insieme alle misure di bisogno (ad esempio, prevalenza delle condizioni croniche), di esito (ad esempio, tassi di ricoveri evitabili) e di costo.

Tasso standardizzato di prime visite

Numeratore	Prime visite erogate all'interno della regione a cittadini residenti in regione durante l'anno
Denominatore	Popolazione residente al 1° gennaio dell'anno

x 100

Tasso standardizzato di visite di controllo

Numeratore	Visite di controllo erogate all'interno della regione a cittadini residenti in regione durante l'anno
Denominatore	Popolazione residente al 1° gennaio dell'anno

x 100

Validità e limiti. Il flusso della specialistica ambulatoriale è disciplinato dall'art. 50 del DL n. 269/2003, convertito con modificazioni dalla Legge n. 326/2003, e rileva i dati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate sulla base delle prescrizioni mediche a carico del SSN. Le informazioni sono trasmesse, su base individuale, con cadenza mensile dalle strutture sanitarie al Ministero dell'Economia e delle Finanze (Sistema Tessera Sanitaria) che poi le mette a disposizione del NSIS del Ministero della Salute.

Al fine di individuare la composizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è stata utilizzata la Classificazione FaRe (3). Tale Classificazione, dall'acronimo delle due Autrici (Fadda A. e Repetto F.), proposta dalla Regione Emilia-Romagna, attribuisce ad ogni prestazione uno specifico raggruppamento superando, pertanto, la distinzione in branche, individuando cinque grandi tipologie di prestazioni: Visite, Diagnostica, Laboratorio, Terapeutiche, Riabilitazione.

Per ogni regione di residenza degli assistiti è stato calcolato il numero complessivo di prime visite e visite di controllo erogate e, di queste, la percentuale di visite erogate all'interno o al di fuori della regione di residenza. Tra le sole visite erogate all'interno della propria regione di residenza è stata calcolata la distribuzione per tipologia di prescrittore.

Per ogni regione erogatrice è stato calcolato il tasso std per età (con metodo diretto) di prime visite e visite di controllo erogate ad assistiti residenti nella propria regione, per 100 abitanti, nel periodo 2019-2023, sulla base dei dati riportati nel flusso informativo della specialistica ambulatoriale (art. 50 del DL n. 269 del 30 settembre 2003) e della popolazione residente a inizio anno secondo l'Istat (2). Come popolazione standard è stata utilizzata la popolazione italiana residente al 1° gennaio del 2019 in classi di età quinquennali dalla fascia 0-4 anni alla fascia 95 anni ed oltre. Le due misure sono state poi visualizzate con un grafico *scatter plot* nel quale le linee che dividono il grafico in quattro quadranti sono rappresentate dai valori mediani.

Descrizione dei risultati

Nell'anno 2023, su un totale di 27.390.393 prime visite erogate ad assistiti residenti in Italia, il 97,4% è stato erogato all'interno della stessa regione di residenza. Su un totale di 28.895.908 visite di controllo, il 96,5% è stato erogato all'interno della stessa regione di residenza (Tabella 1). Il numero complessivo di prime visite e visite di controllo prosegue il trend in crescita dopo la forte flessione osservata nel 2020, ma si mantiene ancora al di sotto dei valori del 2019 per quanto riguarda le visite di controllo, mentre le prime visite si riallineano ai valori pre-pandemici. Ad eccezione della Valle d'Aosta, della Liguria e delle Marche, le regioni con le più alte percentuali di fughe (residenti che effettuano visite fuori dalla propria regione di residenza) si concentrano nel Meridione (Grafico 1).

Tendenzialmente, si tratta di spostamenti su regioni limitrofe da parte di residenti di province di confine. Molise, Valle d'Aosta, Liguria, Basilicata e Umbria

sono le 5 regioni con le più alte percentuali di fughe per quanto riguarda le prime visite, alle quali si aggiunge la Calabria al posto dell'Umbria per le visite di controllo.

Due prime visite su tre sono prescritte dal medico di famiglia, mentre le visite di controllo sono prescritte più frequentemente da uno specialista ospedaliero che ha in carico il paziente (40,4%), seguito dal medico di famiglia (28,0%) (Tabella 2). La distribuzione delle visite per tipologia di prescrittore non ha subito forti cambiamenti dal 2019 al 2023, nonostante il generale calo delle prestazioni erogate e il successivo riallineamento (non ancora completato).

Come detto, nel 2023 i volumi delle prestazioni continuano a salire, pur mantenendosi complessivamente al di sotto dei valori pre-pandemici, a causa del mancato recupero delle visite di controllo. Considerando le sole visite erogate a residenti nella propria regione, nel 2023 complessivamente in Italia sono state erogate 26.677.461 prime visite (pari al 44,3% della popolazione residente) e 27.884.569 visite di controllo (pari al 45,9%). Nel 2019, le prime visite erano state 26.677.489, quelle di controllo 32.734.791, scese, rispettivamente, a 17.724.686 e 22.548.611 nel 2020 (Tabella 3).

La variabilità tra le regioni è piuttosto marcata. Per quanto riguarda le prime visite, nell'anno 2023, si va da un tasso di visite del 18,9% della Liguria al 70,0% dell'Emilia-Romagna. Considerando, invece, le visite di controllo si passa dal 17,5% della Liguria al 67,6% della PA di Bolzano.

Osservando la mappa italiana non è possibile apprezzare un chiaro gradiente geografico Nord-Sud ed Isole. Sia per le prime visite che per le visite di controllo. Infatti, Liguria, Valle d'Aosta e Veneto al Nord e le Marche al Centro, presentano valori decisamente inferiori alle altre regioni della stessa zona geografica (Grafico 2).

La combinazione dei tassi di prime visite e di visite di controllo pone tra le regioni con i valori più bassi su

entrambe le scale, nel 2023, proprio la Liguria e la Valle d'Aosta nel Nord e le Marche nel Centro, ma anche il Molise, la Campania, la Basilicata, la Sicilia e la Sardegna al Meridione (Grafico 3). Tra le regioni con i livelli di erogazione più alti troviamo, invece, alcune regioni del Centro (Lazio, Umbria e Toscana), alcune regioni del Nord (PA Trento, PA di Bolzano, Lombardia, Piemonte ed Emilia-Romagna) e per il Sud l'Abruzzo. La distribuzione delle regioni nei 5 anni non ha subito forti stravolgimenti, anche se alcune hanno seguito traiettorie in controtendenza rispetto al trend generale, modificando leggermente il proprio posizionamento in un'ipotetica graduatoria nazionale (Tabella 3). In generale, quasi tutte le regioni hanno visto diminuire i propri tassi di erogazione di prime visite dal 2019 al 2022 (fanno eccezione Lombardia, Campania, Lazio, Toscana, PA di Trento ed Emilia-Romagna) e tutte quante hanno ridotto i tassi di visite di controllo. In particolare, Liguria, Valle d'Aosta e Marche erano le prime 3 regioni per diminuzione relativa rispetto ai valori osservati nel 2019. Nel 2023 non tutte le regioni si sono riportate sui livelli del 2019 per quanto riguarda le prime visite, come osservato a livello italiano: la Liguria (ancora -61,5%), la Valle d'Aosta (-51,5%) e le Marche (-49,7%) sono quelle che ancora mostrano valori che non raggiungono la metà dei volumi del 2019, ma anche Basilicata, Sardegna, PA di Bolzano e Molise nel 2023 sono ancora lontane dai livelli pre-pandemici. La PA di Trento (+15,2%), l'Emilia-Romagna (+14,7%), il Lazio (+8,7%) e la Toscana (+7,7%) sono, invece, le regioni in cui si rileva non solo un recupero, ma un deciso aumento dei volumi di prime visite rispetto al 2019. Per quanto riguarda le visite di controllo, tutte le regioni sono ancora su livelli inferiori rispetto al 2019, ad eccezione della sola Toscana (+2,5%). Il gap maggiore si rileva ancora una volta in Liguria (-67,1%), nelle Marche (-46,3%) e in Basilicata (-35,2%), quello minore in Friuli-Venezia Giulia (-5,2%).

Tabella 1 - Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e valori per 100) erogate nell'anno per regione di residenza - Anno 2023

Regioni	Prime visite			Visite di controllo		
	Di cui erogate nella stessa regione di residenza			Di cui erogate nella stessa regione di residenza		
	N	N	%	N	N	%
Piemonte	2.761.044	2.721.548	98,6	2.811.037	2.744.840	97,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	40.973	36.524	89,1	52.866	44.825	84,8
Lombardia	4.613.892	4.552.914	98,7	5.854.991	5.757.814	98,3
Bolzano-Bozen	232.714	229.310	98,5	352.485	346.599	98,3
Trento	266.793	258.642	96,9	264.568	243.287	92,0
Veneto	1.542.798	1.502.180	97,4	2.452.058	2.388.352	97,4
Friuli-Venezia Giulia	618.843	609.098	98,4	480.219	463.984	96,6
Liguria	334.062	298.016	89,2	338.494	290.858	85,9
Emilia-Romagna	3.209.243	3.172.400	98,9	2.432.757	2.377.771	97,7
Toscana	2.163.639	2.136.905	98,8	2.081.632	2.044.108	98,2
Umbria	447.437	427.446	95,5	510.115	480.465	94,2
Marche	358.747	328.271	91,5	417.881	378.264	90,5
Lazio	2.892.130	2.830.630	97,9	3.077.786	3.005.020	97,6
Abruzzo	688.313	655.763	95,3	630.817	583.337	92,5
Molise	114.108	99.098	86,8	129.479	108.682	83,9
Campania	1.819.767	1.739.110	95,6	1.973.023	1.860.235	94,3
Puglia	1.484.749	1.434.009	96,6	1.782.992	1.718.490	96,4
Basilicata	241.020	222.439	92,3	195.984	166.813	85,1
Calabria	893.629	832.128	93,1	752.915	665.992	88,5
Sicilia	2.010.081	1.952.315	97,1	1.599.247	1.532.872	95,8
Sardegna	656.411	638.721	97,3	704.562	681.962	96,8
Italia	27.390.393	26.677.467	97,4	28.895.908	27.884.570	96,5

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2025.

Grafico 1 - Prime visite e visite di controllo (valori per 100) erogate fuori dalla regione di residenza per regione di residenza - Anno 2023

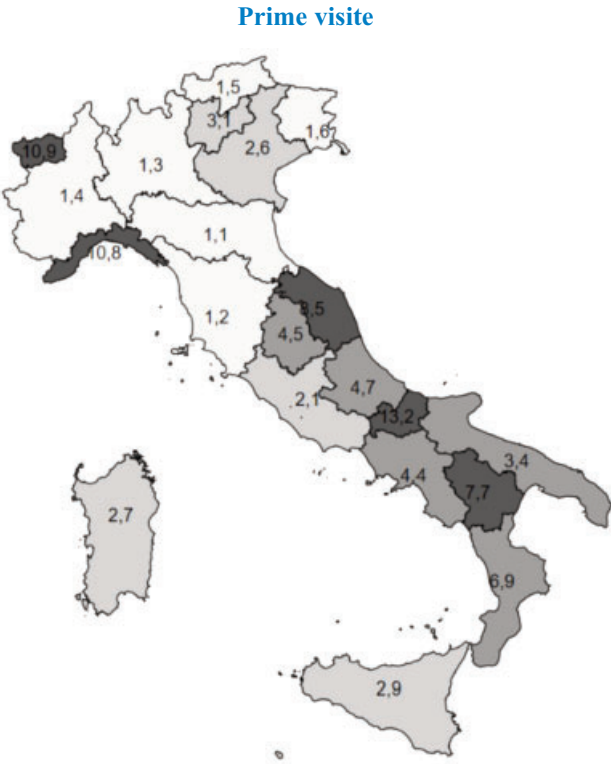


Grafico 1 - (segue) Prime visite e visite di controllo (valori per 100) erogate fuori dalla regione di residenza per regione di residenza - Anno 2022

Visite di controllo

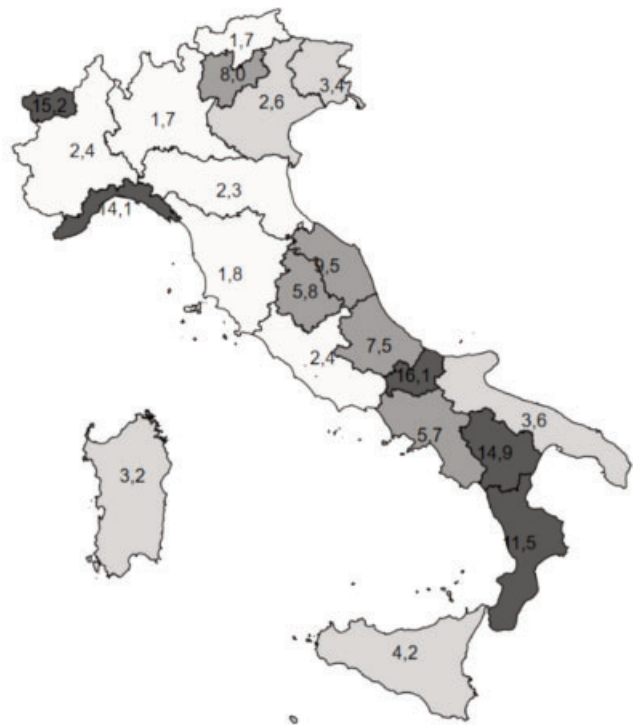


Tabella 2 - Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e valori per 100) erogate a residenti in regione per prescrittore - Anno 2023

Prescrittore	Prime visite		Visite di controllo	
	N	%	N	%
Medico di Medicina Generale	17.772.519	66,6	7.799.943	28,0
Ospedaliero	3.612.699	13,5	11.278.637	40,4
Non indicato	2.013.085	7,5	1.668.204	6,0
Pediatra di Libera Scelta	1.347.044	5,0	315.207	1,1
Specialista ambulatoriale (ex Sindacato Unico Medici Ambulatoriali Italiani)	528.593	2,0	1.898.469	6,8
Medico di Azienda Ospedaliero-Universitaria	505.304	1,9	2.297.732	8,2
Specialista di struttura privata accreditata	337.035	1,3	1.318.825	4,7
Altra specializzazione	275.853	1,0	719.108	2,6
Dipendente dei servizi territoriali Azienda Unità Sanitaria Locale	155.194	0,6	452.206	1,6
Guardia Medica	94.520	0,4	58.684	0,2
Altro	35.615	0,1	77.554	0,3
Totale	26.677.461	100,0	27.884.569	100,0

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2025.

Tabella 3 - Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e tasso standardizzato per 100) erogate a residenti in regione per regione erogatrice - Anni 2019-2023

Regioni	2019						2020						2021						2022						2023					
	Prime visite			Visite di controllo			Prime visite			Visite di controllo			Prime visite			Visite di controllo			Prime visite			Visite di controllo			Prime visite			Visite di controllo		
	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	N	N	%	
Piemonte	2.787.307	61,8	3.113.999	68,5	1.979.185	44,2	2.246.057	49,8	2.476.433	55,7	2.452.353	54,8	2.599.139	58,3	2.547.590	56,4	2.721.548	61,1	2.744.840	60,7										
Valle d'Aosta	75.365	59,1	68.292	53,4	30.365	23,8	35.549	27,8	34.687	27,4	39.769	31,2	31.735	25,1	41.555	32,5	36.524	28,7	44.825	35,0										
Lombardia	4.269.226	42,6	6.881.925	68,8	2.803.107	27,9	4.441.362	44,1	4.141.230	41,3	5.488.979	54,7	4.306.676	42,9	5.658.531	56,2	4.552.914	45,1	5.757.814	56,7										
Bolzano-Bozen	290.306	56,7	426.323	86,1	147.474	28,4	258.846	51,4	177.069	33,9	286.049	56,5	161.707	31,0	274.364	53,9	229.310	44,0	346.599	67,6										
Trento	224.609	42,1	263.103	49,5	164.632	30,5	212.271	39,3	234.930	43,6	219.329	40,7	232.909	43,1	224.932	41,5	258.642	47,5	243.287	44,5										
Veneto	1.548.608	31,5	2.843.835	57,7	963.764	19,6	1.976.891	40,0	1.289.877	26,2	2.169.810	43,8	1.388.352	28,1	2.270.912	45,7	1.502.180	30,3	2.388.352	47,8										
Friuli-Venezia Giulia	578.793	45,6	489.582	37,6	418.520	33,2	370.239	28,4	472.889	37,6	371.402	28,6	561.321	44,7	424.848	32,8	609.098	48,4	463.984	35,7										
Liguria	775.019	46,5	883.480	51,6	397.678	24,4	534.449	31,4	280.376	17,7	286.892	17,2	285.264	18,1	277.961	16,7	298.016	18,9	290.858	17,5										
Emilia-Romagna	2.765.631	61,3	2.805.760	61,2	1.986.188	43,8	2.131.320	46,2	2.774.219	61,6	2.422.091	52,8	2.958.533	65,6	2.307.339	50,4	3.172.400	70,0	2.377.771	51,6										
Toscana	1.984.999	51,9	1.993.909	51,3	1.505.856	39,7	1.630.617	42,3	2.025.431	53,4	1.875.154	48,7	2.013.172	53,1	1.876.853	48,7	2.136.905	56,3	2.044.108	52,8										
Umbria	419.513	45,9	529.772	56,5	270.833	29,8	395.307	42,3	360.986	39,9	418.601	45,0	394.920	43,6	445.005	47,8	427.446	47,1	480.465	51,5										
Marche	652.222	41,5	704.576	44,3	293.859	18,7	400.374	25,1	331.013	21,2	385.908	24,4	329.801	21,1	363.571	23,0	328.271	21,0	378.264	23,8										
Lazio	2.603.216	44,9	3.212.795	55,8	1.845.813	32,3	2.187.619	38,3	2.289.884	40,1	2.392.829	41,7	2.607.520	45,9	2.620.393	45,4	2.830.624	49,6	3.005.019	51,6										
Abruzzo	646.452	48,4	642.830	48,0	457.565	34,3	459.978	34,3	574.406	43,4	504.758	37,8	600.589	45,2	555.573	41,5	655.763	49,1	583.337	43,5										
Molise	109.508	34,5	126.066	39,9	82.176	26,1	82.727	26,2	103.024	33,4	108.161	34,7	82.936	26,8	90.826	29,1	99.098	32,0	108.682	34,7										
Campania	1.692.674	31,9	2.062.045	39,5	1.004.667	19,1	1.252.596	24,0	1.506.435	28,4	1.441.265	27,4	1.720.609	32,3	1.683.656	31,7	1.739.110	32,5	1.860.235	34,8										
Puglia	1.433.469	36,3	1.833.128	46,7	970.786	24,8	1.404.918	36,0	1.266.058	32,1	1.506.290	38,1	1.314.822	33,1	1.554.455	39,1	1.434.009	36,0	1.718.490	42,9										
Basilicata	309.344	54,6	257.454	45,6	163.086	28,9	147.360	26,2	256.967	45,9	189.811	34,0	276.715	49,5	197.124	35,2	222.439	39,6	166.813	29,6										
Calabria	784.171	41,5	785.601	41,8	461.867	24,8	491.460	26,5	560.800	30,2	519.137	28,0	593.069	31,8	548.916	29,4	832.128	44,5	665.992	35,5										
Sicilia	1.903.220	39,3	1.794.389	37,4	1.311.076	27,5	1.256.902	26,5	1.777.974	37,1	1.372.895	28,7	1.788.673	37,1	1.395.120	29,0	1.952.315	40,4	1.532.872	31,7										
Sardegna	823.837	49,2	1.015.927	60,3	466.189	27,9	631.769	37,5	693.322	41,6	791.863	46,9	654.756	38,9	662.511	38,8	638.721	38,0	681.962	39,9										
Italia	26.677.489	44,2	32.734.791	54,2	17.724.686	29,5	22.548.611	37,4	23.628.010	39,5	25.243.346	41,9	24.903.218	41,5	26.022.035	43,0	26.677.461	44,3	27.884.569	45,9										

Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario, Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge n. 326/2003), Anno 2025.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100) di prime visite e visite di controllo erogate a residenti in regione per regione erogatrice - Anno 2023

Prime visite



Visite di controllo

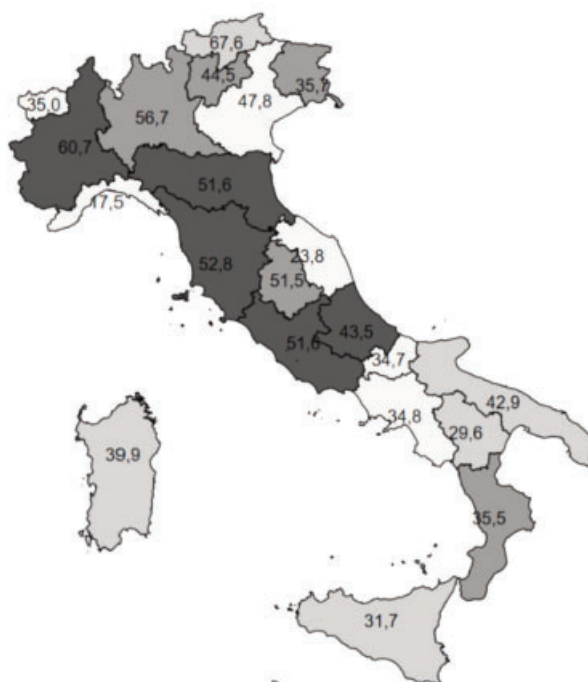
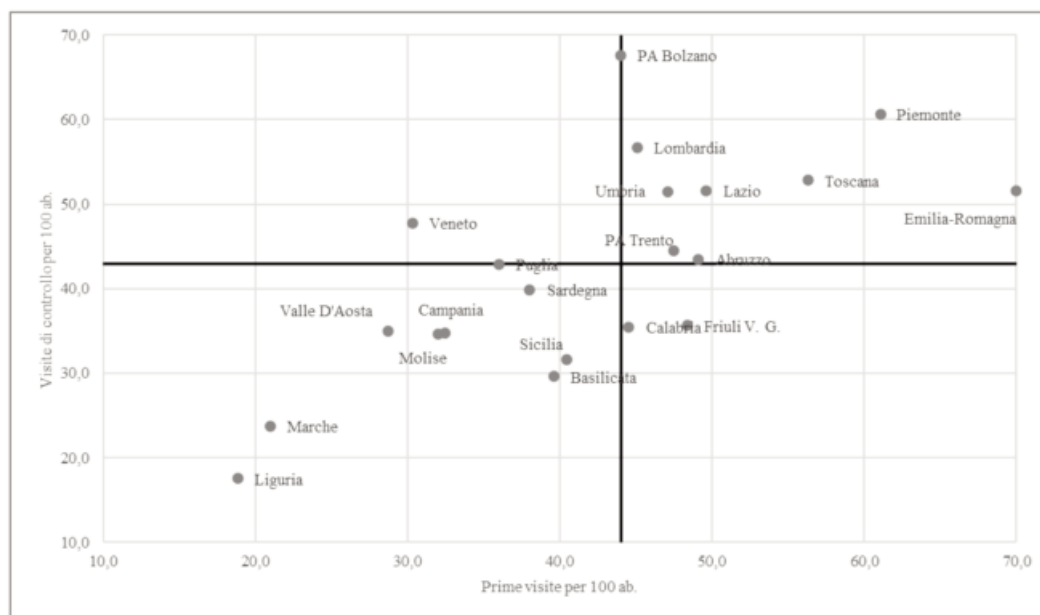


Grafico 3 - Tasso (standardizzato e specifico per 100) di prime visite e visite di controllo erogate a residenti in regione per regione erogatrice - Anno 2023



Fonte dei dati: Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Ministero della Salute (Flusso di specialistica ambulatoriale art. 50 della Legge 326/2003). Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'ambito dei LEA, le visite specialistiche si collocano nell'attività clinica dell'assistenza specialistica ambulatoriale, afferente alla macroarea dell'assistenza distrettuale.

Al netto delle fughe extra-regionali, il tasso std per età di prime visite e visite di controllo erogate nelle singole regioni e PA ai propri cittadini, rappresenta un utile indicatore di processo per misurare la capacità dell'assistenza territoriale di intercettare il bisogno di salute, attraverso la richiesta di prime visite, e garantire la continuità delle cure, attraverso le visite di controllo. Nel 2023 si osserva una decisa ripresa dei volumi di erogazione, che ancora però non ha permesso di raggiungere nuovamente i livelli pre-pandemici per quanto riguarda le visite di controllo, con l'eccezione della sola Toscana. Rimane, inoltre, alta la variabilità inter-regionale che non sempre segue un chiaro gradiente geografico dal Meridione al Settentrione.

In una lettura congiunta e integrata con altre misure utili e idonee a valutare il bisogno di salute della popolazione (ad esempio, la prevalenza di patologie croniche), le ospedalizzazioni evitabili, gli accessi in PS potenzialmente impropri etc., questo indicatore rappresenta un'opportunità per restituire un quadro di sintesi completo delle performance dell'assistenza territoriale nella presa in carico. Costituisce, pertanto, uno strumento aggiuntivo di valore a disposizione dei *policy maker* per analisi di settore finalizzate ad attuare politiche di miglioramento della struttura e dell'organizzazione del sistema di offerta, dell'appropriatezza prescrittiva relativa all'erogazione di specifiche pre-

stazioni e, quindi, per favorire una programmazione sanitaria coerente con la domanda di salute.

Per quanto finora illustrato, si consiglia l'utilizzo di tale indicatore anche per un confronto e monitoraggio intraregionale, sia a livello aziendale che distrettuale, al fine di far emergere eventuali difformità, in termini di disuguaglianze sanitarie tra le aree geo-politiche considerate. Ciò anche in una prospettiva di miglioramento continuo della qualità e nell'ottica di una corresponsabilizzazione nella presa in carico complessiva a livello territoriale del bisogno di salute.

In linea con la finalità di perseguire un continuo miglioramento della qualità, si raccomanda, infine, l'opportunità per i tavoli tecnici di considerare il tasso std per età di prime visite e visite di controllo nella discussione per l'implementazione degli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia, per il monitoraggio e la verifica dei LEA.

Riferimenti bibliografici

- 1) Ministero della Salute. LEA: assistenza distrettuale. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4696&area=Lea&menu=distrettuale. Ultimo accesso in data 03 marzo 2022.
- 2) Istat. Popolazione residente al 1° gennaio. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=18460>. Ultimo accesso 3 marzo 2022.
- 3) Regione Emilia-Romagna. Nomenclatore tariffario regionale della specialistica. Tipologia delle prestazioni contenute nel Nomenclatore (aggregazioni FA-RE). Disponibile sul sito: <https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/strumenti-e-informazioni/nomenclatore-tariffario-rer>. Ultimo accesso in data 03 marzo 2022.

Cure palliative nella rete dell'assistenza territoriale: stato dell'arte e prospettive

Dott.ssa Maria Adelaide Ricciotti, Dott. Edoardo Varratta, Dott.ssa Myriam Macaluso, Dott.ssa Sabrina Dispenza, Prof. Graziano Onder

Le Cure Palliative (CP) rappresentano un pilastro fondamentale del SSN e hanno l'obiettivo di migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da malattie croniche evolutive e delle loro famiglie, offrendo un supporto globale, continuativo e interdisciplinare. Sono rivolte a malati di qualunque età, affetti da patologie sia oncologiche che non oncologiche in fase avanzata (scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva, malattia neurodegenerativa, insufficienza d'organo) e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono essere, infatti, integrate precocemente nel percorso di cura, anche in concomitanza con i trattamenti specialistici, controllando i sintomi, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale, favorendo la pianificazione condivisa delle cure. Le CP in Italia sono un diritto sancito dalla Legge n. 38/2010 e dai relativi Decreti attuativi, rientrano nei LEA e sono erogate in un modello "a rete" attraverso un insieme integrato di servizi quali *hospice*, unità cure palliative domiciliari, Ospedale, attività ambulatoriale in grado di garantire risposte appropriate sulla base della complessità dei bisogni. La prevalenza del bisogno di CP specialistiche nell'adulto è di 335 persone/100.000 abitanti. Si stima che, in Italia, ogni anno oltre 300 mila persone necessitino di CP, con una quota rilevante rappresentata da pazienti non oncologici.

Hospice e Cure palliative domiciliari

Secondo l'Annuario Statistico del SSN (1) e i flussi informativi Agenas (2), in Italia si contano 307 *hospice* attivi, di cui 7 pediatrici, con una disponibilità di 3.414 posti letto complessivi (Tabella 1). Tuttavia, il rapporto tra posti letto *hospice* e popolazione residente adulta resta al di sotto dello standard previsto dal DM n. 77/2022 di 8 posti letto ogni 100.000 abitanti di età ≥ 18 anni in numerose regioni. Per il 2023, il tasso medio nazionale di utenti assistiti in *hospice* è pari a 89,0 per 100.000 abitanti, con valori più elevati in Lombardia (148,2 per 100.000) ed Emilia-Romagna (129,8 per 100.000) e più bassi in Campania (31,5 per 100.000), Sicilia (33,0 per 100.000) e Calabria (42,6 per 100.000), confermando un marcato gradiente Nord-Sud nell'accesso alle cure palliative residenziali. A ciò si aggiunge una significativa eterogeneità nella distribuzione territoriale: regioni come Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia garantiscono una rete ben strutturata e diffusa, con una presenza capillare di strutture ed *équipe* multidisciplinari, mentre in altre aree, in particolare del Mezzogiorno e delle zone interne rurali, l'accesso è ostacolato da carenze logistiche, cronica carenza di personale sanitario dedicato e mancata integrazione nei sistemi di emergenza territoriale. Le Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-DOM) rappresentano oggi la modalità principale di erogazione di CP, ma anche in questo ambito si registrano profonde disuguaglianze sia in termini quantitativi (numero di accessi e copertura dei Distretti), sia qualitativi (pronta disponibilità h24, presenza di operatori formati e continuità del servizio).

A fronte di un fabbisogno crescente, la capacità di risposta delle reti territoriali appare ancora lontana da una reale universalità ed equità di accesso. Secondo i dati Istat (3), una quota significativa di pazienti oncologici continua a morire in Ospedale, spesso in reparti non specializzati, invece che in *hospice* o al domicilio. Nel 2022, circa il 65% dei decessi per tumore è avvenuto in Ospedale, a fronte di un 20% a domicilio e un 15% in *hospice*, valori che rimangono sostanzialmente invariati rispetto agli anni precedenti. Questo dato riflette non solo la carenza strutturale dei servizi territoriali, ma anche una diffusa difficoltà nel promuovere una cultura dell'accesso precoce alle CP. Il luogo del decesso è da tempo considerato un indicatore indiretto della qualità del sistema di CP, in quanto correlato alla possibilità di garantire scelte informate, rispetto delle preferenze espresse e accessibilità a percorsi dedicati. L'analisi incrociata delle cause di morte e del luogo del decesso rappresenta, pertanto, uno strumento chiave per monitorare l'efficacia delle politiche sanitarie in tema di fine vita e orientare gli interventi di programmazione futura, anche nella prospettiva di ridurre il ricorso a trattamenti futili e a ricoveri ospedalieri inappropriati.

Indicatori di cure palliative nei Livelli Essenziali di Assistenza

Il monitoraggio dei LEA è uno strumento fondamentale per valutare l'erogazione uniforme dei servizi sanitari sul territorio nazionale. Per le CP, diversi indicatori sono inclusi nel Nuovo Sistema di Garanzia del Ministero della Salute. Tra questi, tre rappresentano i principali strumenti di misurazione dell'offerta e dell'appropriatezza assistenziale (Tabella 2):

- D30Z: Numero di deceduti per causa di tumore assistiti dalla rete di CP sul numero totale di deceduti per causa di tumore. Misura la capacità del sistema di garantire l'accesso alle cure palliative domiciliari in fase terminale. Nel 2022, la media nazionale era pari al 37,2%, con valori superiori alla soglia di sufficienza solo in 8 regioni.

- D31C: Variazione percentuale del rapporto tra il numero di giornate di cure palliative domiciliari erogate ai malati oncologici deceduti e il numero totale di tali decessi. È una *proxy* della qualità e dell'intensità dell'assistenza domiciliare. La media nazionale nel 2022 si è attestata intorno a -6,9%, una riduzione delle giornate erogate rispetto al triennio precedente, e suggerendo una presa in carico ancora discontinua e poco intensiva nelle fasi terminali di malattia.

- D32Z: Numero di ricoveri in *hospice* di pazienti oncologici, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio non assistito, con degenza ≤ 7 giorni sul totale dei ricoveri in *hospice*. Questo indicatore riflette la tempestività dell'accesso alle cure residenziali palliative. Per il 2022, il valore nazionale è risultato essere 26,80%, leggermente superiore alla soglia di riferimento (<25%), indicando un accesso mediamente tardivo alle cure palliative residenziali. Valori superiori alla soglia si osservano in Valle d'Aosta, Lombardia, Toscana, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna, mentre valori inferiori (buona tempestività) in Emilia-Romagna, Veneto, Lazio e Molise.

Dati dal monitoraggio DM n. 77/2022

Il monitoraggio dell'attuazione del DM n. 77/2022 da parte di Agenas nel secondo semestre 2024 (4) ha restituito un quadro ancora disomogeneo sull'integrazione delle CP nella rete territoriale. Solo 11 regioni superano l'80% di copertura distrettuale con almeno un punto di erogazione UCP-DOM. In Lombardia si rileva il numero più elevato di punti di erogazione (895), seguita da Lazio (102) e Puglia (101), mentre in regioni come Calabria, Sicilia e Molise si riscontrano livelli di copertura particolarmente bassi.

La disponibilità di *équipe* di pronta disponibilità h24 e di percorsi strutturati di presa in carico non oncologica varia ampiamente tra le regioni. In Emilia-Romagna e Lombardia tali *équipe* sono attive, rispettivamente, nel 68% e nel 98% dei Distretti, mentre in Calabria e Sicilia si registrano percentuali inferiori al 10%. Inoltre, in molte regioni del Mezzogiorno la presenza di consulenze ospedale-territorio e di percorsi simultanei è residuale o assente.

Anche l'integrazione delle CP nei nuovi assetti organizzativi territoriali risulta insufficiente. Solo 46 Case della Comunità risultano complete di tutti i servizi obbligatori (su 1.717 strutture). Le Centrali Operative Territoriali, pur essendo attive e certificate in 642 casi, raramente svolgono un ruolo strutturato nel coordinamento dei percorsi palliativi.

Tali evidenze mostrano come, a fronte di un impianto normativo ambizioso, la messa a terra delle CP nell'organizzazione territoriale sia ancora limitata da fattori strutturali, diseguaglianze regionali e insufficiente integrazione operativa.

Decessi in hospice per patologia e genere

La tipologia degli assistiti in *hospice* può essere desunta dall'analisi dei dati relativi ai certificati di decesso avvenuti in *hospice* tra il 2011 e il 2022. Questa analisi evidenzia significative differenze tra pazienti oncologici e non oncologici. Grafico 1 presenta il tasso dei decessi per patologie oncologiche avvenuti in *hospice* in rapporto al totale dei decessi per patologie oncologiche ed il tasso dei decessi per patologie non oncologiche in *hospice* in rapporto al totale dei decessi per patologie non oncologiche. Per i decessi dovuti a patologie oncologiche, la percentuale di decessi in *hospice* sul totale dei decessi ha mostrato un incremento costante fino al 2019, passando dal 9,2% al 19,5% negli uomini e dal 9,9% al 20,5% nelle donne. Dopo la flessione del 2020, legata alla pandemia di COVID-19, si è osservato un parziale recupero, con valori nel 2022 pari al 18,2% negli uomini e al 19,2% nelle donne.

Per i decessi dovuti a patologie non oncologiche, pur partendo da valori molto più bassi (0,6% nel 2011), si osserva un incremento costante e progressivo nel corso del decennio, con valori che nel 2022 raggiungono il 2,1% sia negli uomini che nelle donne. Questo dato, seppur ancora distante da quello registrato nei pazienti oncologici, rappresenta un segnale incoraggiante di apertura del sistema degli *hospice* a persone con patologie cronico-degenerative non oncologiche (ad esempio scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva e demenze avanzate e altre gravi patologie neurologiche), tradizionalmente meno rappresentate nei *setting* di cure palliative residenziali.

Il confronto temporale mostra dunque due dinamiche parallele: da un lato, il consolidamento dell'accesso all'*hospice* per i pazienti oncologici; dall'altro, una lenta ma costante crescita per i non oncologici, che rappresenta un'opportunità da consolidare attraverso politiche di equità e formazione specifica degli operatori.

Personale e formazione

Lo sviluppo delle reti di CP è condizionato dalla carenza di professionisti con specifiche competenze ed esperienza (in particolare medici palliativisti ed infermieri) e dalla difficoltà di definire degli standard di personale

per i singoli nodi della rete, anche in considerazione della limitatezza delle risorse. La Società Italiana di Cure Palliative ha proposto alcune raccomandazioni per gli standard di personale delle *équipe* specialistiche delle reti locali di CP dell'adulto (5), con l'auspicio che tale documento potesse costituire un punto di partenza per una interlocuzione istituzionale. La formazione è considerata un elemento strategico di innovazione nell'ambito della rete di CP che, coerentemente con quanto previsto dall'art. 8 comma 2 della Legge n. 38/2010, deve promuovere programmi di formazione continua per i propri professionisti, al fine di garantire servizi omogenei, coordinati e di alta qualità. Nell'ambito del *Report Survey* ALTEMS-SICP del 2021 (6), il 42% dei medici che lavoravano nell'ambito delle cure palliative aveva più di 56 anni ed era prossimo alla pensione, mentre la percentuale dei medici entranti (fascia di età 25-35 anni) risultava appena pari all'8%. La percentuale di medici ed infermieri che avevano conseguito un master curricolare nel settore ammontava, rispettivamente, al 15,8% e 9,0% e tra i medici tale percentuale era costituita prevalentemente da MMG e da medici che avevano ottenuto una sanatoria per l'equipollenza di specialità. I *master* ad oggi continuano in qualche modo a sopperire a una carenza formativa universitaria che negli ultimi 3 anni è stata solo parzialmente colmata con l'istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure Palliative, che risulta ancora poco attrattiva e non in grado di poter incrementare nell'immediato il numero di specialisti necessari. Nel 2024, ad esempio, a fronte dei 170 contratti banditi per la scuola di specializzazione in Medicina e Cure Palliative, ne sono stati assegnati unicamente 37, il 22% del totale (7).

Tabella 1 - Posti letto, utenti e giornate per utente (valori assoluti) e tasso (valori per 100.000) nelle strutture residenziali per assistenza ai pazienti terminali - Anno 2023

Regioni	Posti	Utenti	Giornate per utente	Utenti x 100.000 abitanti
Piemonte	210	3.548	16	83,5
alle d'Aosta-Vallée d'Aoste	7	154	13	125,1
Lombardia	846	14.784	17	148,2
Bolzano-Bozen	31	573	14	107,3
Trento	29	495	19	91,2
Veneto	224	3.765	18	77,6
Friuli-Venezia Giulia	64	1.291	12	108,1
Liguria	86	1.526	16	101,2
Emilia-Romagna	313	5.762	17	129,8
Toscana	176	3.768	13	102,9
Umbria	27	511	15	59,7
Marche	74	1.171	16	78,9
Lazio	437	5.352	28	93,6
Abruzzo	56	902	13	70,9
Molise	16	255	17	87,7
Campania	198	1.768	28	31,5
Puglia	246	2.926	24	74,9
Basilicata	45	611	18	113,7
Calabria	82	787	28	42,6
Sicilia	111	1.588	19	33,0
Sardegna	136	951	34	60,3
Italia	3.414	52.488	19	89,0

Nota: le strutture hospice accreditate secondo i già menzionati requisiti sono rilevate, dall'anno 2013, attraverso il modello STS11 "Dati anagrafici delle strutture territoriali" ed i relativi posti letto sono rilevati attraverso il modello STS24 "Attività sanitaria residenziale".

Fonte dei dati: Annuario statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2025.

Tabella 2 - Indicatori dei Livelli Essenziali di Assistenza di cure palliative (valori per 100) per regione - Anno 2022

Regioni	N deceduti per causa di tumore assistiti dalla rete di cure palliative sul n deceduti per causa di tumore D30Z	Δ % del rapporto tra il n annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumori e il n di deceduti per causa di tumore D31C	N di ricoveri in hospice di malati con patologia oncologica provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio con durata ≤7 giorni D32Z
Piemonte	36,93	3,75	26,07
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	29,31	n.d.	35,61
Lombardia	55,23	2,60	29,94
Bolzano-Bozen	47,75	139,79	33,79
Trento	21,87	-72,28	16,62
Veneto	57,03	-14,29	23,39
Friuli-Venezia Giulia	15,82	81,48	25,57
Liguria	37,14	-23,03	23,05
Emilia-Romagna	53,55	0,28	23,58
Toscana	50,03	-6,04	34,23
Umbria	32,81	-5,59	21,13
Marche	24,89	-27,51	30,46
Lazio	16,99	-43,38	17,58
Abruzzo	29,15	-25,31	33,61
Molise	25,52	1.611,11	16,88
Campania	16,64	21,65	28,30
Puglia	36,92	-14,48	29,96
Basilicata	32,38	48,75	20,86
Calabria	11,96	n.d.	24,74
Sicilia	26,59	-31,76	32,19
Sardegna	22,39	n.d.	32,03
Italia	37,27	-6,88	26,80

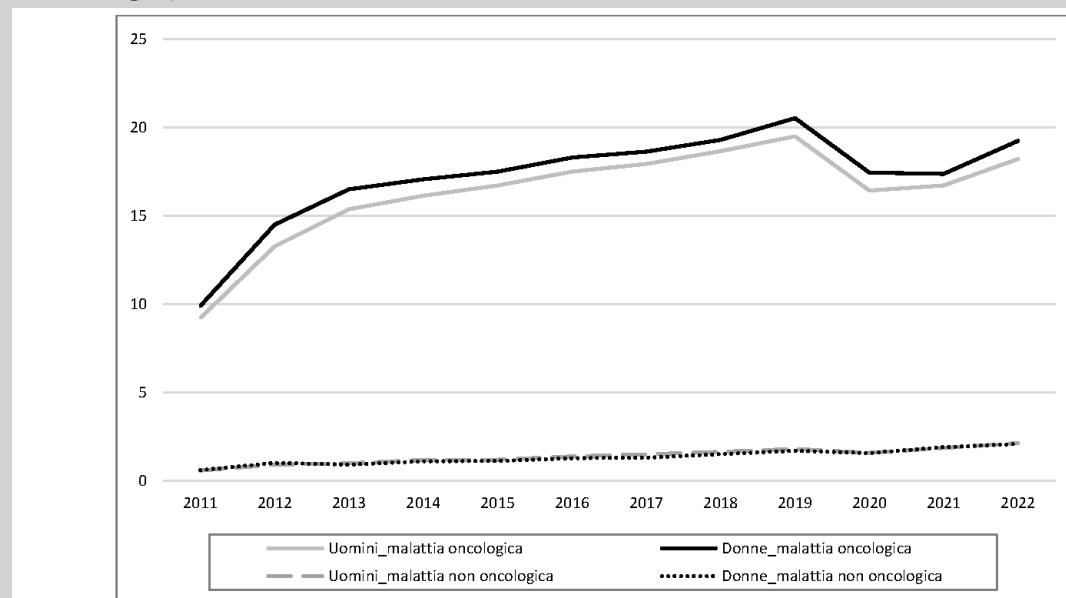
ID30Z: Valore indicatore (%) calcolato sull'intera popolazione nazionale (inclusando anche le regioni con reti CP incomplete o dati parziali).

Soglie di riferimento (valori raccomandati).

D31C: Variazione percentuale >2,50 (Il denominatore di ciascun indicatore è la media dei dati Istat di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili).

D32Z: Valori <25% indicano una quota ridotta di ricoveri brevi o di accessi tardivi (flussi NSIS).

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Agenas, Monitoraggio LEA. Nuovo Sistema di Garanzia, anno 2022, pubblicato nel 2024. Anno 2025.

Grafico 1 - Andamento dei decessi (valori per 100) in hospice per genere e tipo di patologia (oncologica vs non oncologica) - Anni 2011-2022

Fonte dei dati: Elaborazione ISS su dati Istat. Anno 2025.

Conclusioni

La fotografia attuale dell'assistenza palliativa in Italia mostra una rete ancora incompleta e profondamente disomogenea. L'analisi integrata degli indicatori LEA e dei risultati del monitoraggio dell'attuazione del DM n. 77/2022 evidenzia come, nonostante la normativa di riferimento sia chiara e ambiziosa, la sua attuazione sia frenata da ostacoli organizzativi, culturali e di risorse. La copertura dei servizi domiciliari resta insufficiente in molte regioni e l'accesso ai servizi residenziali (*hospice*) avviene spesso in fase troppo avanzata del decorso di malattia. Le differenze regionali appaiono marcate non solo in termini quantitativi ma anche qualitativi, riguardando la capacità di presa in carico precoce, la disponibilità di *équipe* multidisciplinari, la continuità assistenziale e l'accesso per i pazienti non oncologici. Una trattazione a parte meriterebbe, inoltre, lo sviluppo della rete delle CP pediatriche, in cui il percorso di piena attuazione della Legge n. 38 è ancora più articolato rispetto alla rete dell'adulto.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute, Annuario Statistico del SSN-2023.
- (2) Agenas. Risultati dell'analisi dei piani di potenziamento delle cure palliative per le regioni/PA e lo stato di attuazione riferite all'anno 2024. Disponibile a [Report_Risultati_analisi_Piani_Pot_cp_2024.pdf](#).
- (3) Istat. Cause di morte e luogo del decesso in Italia, 2023.
- (4) Agenas. Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM n. 77/2022 II semestre 2024.
- (5) Peruselli et al. Standard di personale per le équipe specialistiche di cure palliative che operano nelle Reti locali di Cure Palliative degli Adulti. RICP 26 (1) 2024.
- (6) Report Survey ALTEMS-SICP. Rilevazione quali-quantitativa dei medici e dei professionisti sanitari operanti nell'ambito delle cure palliative. Giugno 2021.
- (7) Ministero dell'Università e della Ricerca. (2024). Riparto dei contratti di formazione specialistica per le Scuole di Specializzazione di area sanitaria - A.A. 2023/2024 (Allegato al Decreto Direttoriale n. 1589 del 18 settembre 2024).

Prevenzione

Il Rapporto Osservasalute 2025 conferma quanto già delineato l'anno precedente per quanto riguarda l'epidemiologia delle malattie infettive: la circolazione di molte di queste è tornata a crescere, con il morbillo primo fra tutte, quale sentinella della fragilità nelle coperture vaccinali. Da quest'anno, tuttavia, il Capitolo cambia nome in Prevenzione, scelta non solo terminologica ma di indirizzo, per riflettere l'importanza di un approccio integrato che coniughi prevenzione primaria e secondaria. Le pagine che seguono evidenziano, infatti, come vaccinazioni, sorveglianza epidemiologica e molecolare, e diagnosi precoce, continuino ad oggi ad essere tra i capisaldi della nostra Sanità Pubblica.

Nel corso della stagione influenzale 2024-2025, la sorveglianza integrata dei virus respiratori ha rilevato una circolazione virale particolarmente intensa. Sebbene il picco epidemico sia risultato meno elevato e più tardivo rispetto alla stagione precedente, l'attività virale complessiva è stata sostenuta, con una incidenza elevata di sindromi simil-influenzali su tutto il territorio nazionale.

Nell'ambito delle malattie esantematiche virali, il numero di casi di rosolia nel 2024 si è mantenuto estremamente contenuto, con appena due notifiche registrate. Diversamente, a partire dalla fine del 2023 si è osservato un marcato incremento della circolazione del morbillo, che nel 2024 ha raggiunto circa 1.055 casi notificati, di cui oltre l'85% in soggetti non vaccinati. A fronte di una sostanziale stabilità delle coperture vaccinali, sia per morbillo che per rosolia, che nell'ultimo biennio hanno registrato un lieve incremento nelle prime dosi (prossime al 95%) e un piccolo calo nelle seconde dosi (intorno all'85%), l'andamento epidemiologico del morbillo evidenzia come questa malattia continui a rappresentare una sfida per il nostro Paese. Alla consistente quota di casi tra i giovani adulti, non raggiunti dall'obbligo vaccinale, si unisce la limitata disponibilità di dati genotipici sulle varianti circolanti, che non ha consentito di determinare se il contesto epidemiologico del 2024 sia il risultato della persistenza di catene di trasmissione endemiche o di ripetute introduzioni da importazione. Tale incertezza evidenzia l'importanza di rafforzare ulteriormente la sorveglianza integrata per poter ricostruire con precisione le catene di trasmissione, identificare tempestivamente *cluster*, e orientare sia gli interventi di controllo sia le strategie vaccinali nelle sacche di popolazione suscettibile.

Per quanto riguarda le altre coperture vaccinali dell'età pediatrica, il 2023 è stato un anno che ha registrato una leggera flessione rispetto al precedente: il vaccino esavalente contro Poliomielite, Difterite, Tetano, Pertosse, Epatite B e Haemophilus influenzae B ha mostrato coperture comprese tra 94,76-94,83%, al di sotto del *target* dell'OMS del 95%. Similmente, nel 2023 è risultata in lieve calo la copertura della vaccinazione raccomandata anti-meningococco C (83,76%), mentre in aumento quella dell'anti-pneumococco (91,57%). Allo stesso modo, a parte alcune eccezioni, nella stagione 2023-2024 si è registrato un decremento generale delle coperture vaccinali contro l'influenza. La copertura nella popolazione generale si è attestata al 18,9% rispetto al 20,2% della stagione precedente. Analogamente, la copertura nei soggetti di età >65 anni è risultata in calo (53,3%) e nessuna regione ha raggiunto l'obiettivo minimo del 75% stabilito dal PNPV 2023-2025. Nella popolazione pediatrica (fasce di età 0-8 anni), invece, il quadro di recupero post-pandemico è stato molto eterogeneo: la copertura nazionale è rimasta complessivamente bassa (tra 9,8-16,7% a seconda della fascia di età nel 2023-2024), ma vi sono stati alcuni incrementi rilevanti rispetto alla stagione 2022-2023 nei bambini di età <2 anni (+36,1%) ed età compresa tra 2-4 anni (+81,5%).

Infine, anche la prevenzione secondaria delle malattie non trasmissibili continua a risentire in modo significativo dell'impatto, diretto ma soprattutto indiretto, della pandemia da COVID-19. Nonostante le numerose campagne di sensibilizzazione svolte negli ultimi anni, secondo la sorveglianza PASSI i livelli di adesione agli screening oncologici riferiti nel 2023 sono rimasti inferiori a quelli del 2019 in molte regioni. Inoltre, persiste il marcato gradiente geografico, secondo cui le regioni del Nord mostrano un'adesione più elevata ai programmi organizzati (tra 58-67% a seconda del programma), seguite dal Centro (tra 43-56%) e dal Sud ed Isole (tra 20-37%). Parallelamente, proprio nelle regioni del Centro e del Meridione l'iniziativa spontanea allo screening continua a risultare più elevata, definendo anche per il 2023 un quadro importante di disuguaglianze regionali nell'accesso ai servizi.

Ed è proprio in questo contesto di disomogeneità territoriale che è fondamentale l'*engagement* degli operatori sanitari, figure centrali per il consolidamento delle coperture, il rafforzamento delle reti di sorveglianza e l'integrazione tra servizi, professionisti e comunità, facendo della prevenzione il motore della resilienza del sistema.

Copertura vaccinale della popolazione infantile

Significato. I vaccini rappresentano uno degli strumenti di Sanità Pubblica più importanti e vantaggiosi per prevenire le malattie infettive, data l'elevata efficacia e il costo contenuto. I vaccini, infatti, agiscono stimolando la produzione di una risposta immunitaria attiva, in grado di proteggere dall'infezione e dalle sue complicanze, in modo duraturo ed efficace. Oltre a tutelare le persone immunizzate, le vaccinazioni interrompono la catena epidemiologica di trasmissione umana dell'infezione agendo, indirettamente, sui soggetti non vaccinati, attraverso la riduzione delle possibilità di venire in contatto con i rispettivi agenti patogeni. La valutazione della copertura vaccinale rappresenta un importante strumento che consente di identificare le aree di criticità in cui le malattie infettive potrebbero manifestarsi più facilmente.

L'implementazione e il mantenimento di livelli ottimali dei tassi di copertura vaccinale sono obiettivi fondamentali in Sanità Pubblica. Il DL n. 73/2017, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, successivamente convertito nella Legge n. 119/2017, prevede un incremento del numero di vaccinazioni obbligatorie per i minori di età 0-16 anni e per i minori stranieri non accompagnati. Alle quattro vaccinazioni, già in passato obbligatorie (anti-difterica, anti-tetanica, anti-poliomielitica e anti-epatite B),

vengono aggiunte: anti-pertosse, anti-Haemophilus influenzae tipo B, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite e anti-varicella, per un totale di dieci vaccinazioni obbligatorie. L'obbligatorietà per le ultime quattro vaccinazioni (anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite e anti-varicella) è soggetta a revisione ogni 3 anni in base ai dati epidemiologici e alle coperture raggiunte. Sono, altresì, indicate in offerta attiva e gratuita le seguenti vaccinazioni non obbligatorie, ma fortemente raccomandate, per i bambini di età 0-6 anni nati a partire dal 2017: anti-meningococcica B; anti-meningococcica C; anti-pneumococcica e anti-rotavirus. Per gli adolescenti, invece, le vaccinazioni raccomandate sono: anti-papillomavirus e anti-meningococcica tetravalente. In questa Sezione, verranno analizzati i dati registrati dal 2020 fino al 2023, ultimo anno disponibile. L'indicatore presentato permette di calcolare le coperture vaccinali dell'età pediatrica, previste entro i 24 mesi di vita, ossia la percentuale di bambini che abbiano ricevuto il ciclo completo (3 dosi) di anti-poliomielite, anti-difterite, anti-tetano, anti-pertosse ed anti-epatite B, il ciclo di base (1, 2 o 3 dosi secondo l'età) di anti-HIB, l'anti-Morbillo-Parotite-Rosolia, la 1a dose per la vaccinazione anti-varicella (entro i 24 mesi di età), l'anti-meningococco C coniugato e l'anti-pneumococco coniugato.

Proporzione di copertura vaccinale dei bambini

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Bambini di età ≤24 mesi vaccinati
Popolazione residente di età ≤24 mesi

Validità e limiti. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati dalle Autorità Sanitarie Regionali e i riepiloghi vengono inviati dalle Regioni (per singolo antigene) al Ministero della Salute. I dati vengono resi disponibili, a cura della Direzione generale della prevenzione sanitaria, sul sito del Ministero della Salute.

Valore di riferimento/Benchmark. Il PNPV 2023-2025, in linea con gli obiettivi dell'*Immunization Agenda 2030* dell'OMS, prevede il raggiungimento di almeno il 95% di copertura vaccinale per i vaccini inclusi nel calendario nazionale, con particolare attenzione a quelli resi obbligatori dalla normativa vigente. A livello internazionale, la *Immunization Agenda 2030* fissa come obiettivo minimo il 90% di copertura per i vaccini essenziali dell'infanzia e dell'adolescenza, al fine di garantire un'elevata protezione individuale e comunitaria.

Descrizione dei risultati

Nel quadriennio 2020-2023, la copertura vaccinale

nella fascia pediatrica in Italia ha risentito dell'impatto della pandemia COVID-19 (Grafico 1). I vaccini inclusi nel ciclo esavalente (anti-poliomielite, anti-difterite, anti-tetano, anti-pertosse, anti-epatite B e anti-Haemophilus influenzae tipo B) hanno registrato valori lievemente inferiori alla soglia del 95% nel 2020 e nel 2021, seguiti da un recupero completo nel 2022, con coperture che hanno superato o raggiunto il 95% per tutte le componenti, e un leggero calo nel 2023, con valori compresi tra il 94,83% (vaccino anti-HIB) e 94,76% per tutte le altre componenti.

Un andamento simile ha interessato la copertura relativa alla vaccinazione tetravalente (anti-morbillo, anti-parotite, anti-rosolia, anti-varicella), che ha subito un calo nel 2020, per poi aumentare gradualmente negli anni successivi, raggiungendo nel 2023 percentuali del 93,76% per il vaccino anti-varicella (+3,85% rispetto al 2020) e del 94,64% per i vaccini anti-morbillo e anti-rosolia (rispettivamente +2,09% e +2,64%), e 94,61% per il vaccino anti-parotite (+2,31%).

Una tendenza diversa è stata riscontrata per le vacci-

nazioni raccomandate anti-meningococco C e anti-pneumococco, che hanno mostrato una crescita ad andamento irregolare a partire dal 2020. Nel 2022 il vaccino anti-meningococco C ha registrato un aumento di +14,64 p.p. (85,60%) rispetto al valore del 2020 (70,96%), seguito da un leggero calo nel 2023 (83,76%). Il vaccino anti-pneumococco ha mostrato un incremento modesto ma costante, passando dal 90,58% nel 2020 al 91,57% del 2023 (+1,09%).

Tenendo conto dei dati precedentemente analizzati, i valori nazionali relativi al 2023 hanno evidenziato variazioni significative tra le percentuali di copertura, senza che alcuna delle vaccinazioni considerate abbia raggiunto la soglia del 95% raccomandata dall'OMS. Questa variabilità si è riflessa anche nell'analisi disaggregata per regioni, con alcune aree del Paese che hanno superato la soglia di sicurezza, mentre altre sono rimaste al di sotto di tale livello (Tabella 1). Nel caso della vaccinazione esavalente, nel 2023, 12 regioni hanno superato la soglia del 95% mentre le restanti 9 (Piemonte, PA Bolzano, Liguria, Marche, Lazio, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna) non hanno raggiunto tale valore in almeno una delle vaccinazioni incluse. In particolare, per la PA di Bolzano e la Sicilia, le percentuali sono scese drasticamente sotto il 90% con la prima che registra valori al di sotto dell'86% per tutte le componenti. Al contrario, le regioni che hanno presentato le coperture più elevate, superiori al 97% in quasi tutte le componenti, sono state il Friuli-Venezia Giulia, la Toscana, l'Emilia-Romagna e l'Umbria. La Toscana, in particolare, ha registrato la percentuale più alta di copertura contro HIB, con un differenziale positivo del +3,25% rispetto alla media nazionale (94,83%).

Analizzando le percentuali di copertura per la vaccinazione tetravalente, si nota come nello stesso anno 12 regioni hanno superato la soglia del 95% in tutte le vaccinazioni: Valle d'Aosta, Lombardia, PA di Trento,

Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Abruzzo, Molise, Campania e Basilicata. Le percentuali più alte di copertura per Morbillo-Parotite-Rosolia sono state registrate in Toscana (rispettivamente 97,33%, 97,27% e 97,34%). L'Emilia-Romagna ha invece registrato il valore più alto per la Varicella (96,44%). Similmente alla vaccinazione esavalente precedentemente descritta, la PA di Bolzano conferma percentuali più basse anche per la vaccinazione tetravalente, riportando valori minimi di copertura per tutti gli antigeni raggiungendo percentuali inferiori all'84%.

La copertura vaccinale per il Meningococco C è risultata bassa in gran parte del Paese. Nessuna regione ha riportato valori al di sopra del 95%, con la Lombardia che ha registrato il valore massimo di 93,88%, +12,08% rispetto alla media nazionale dell'83,76%. Solo alcune regioni hanno superato il 90%: Emilia-Romagna (92,69%), Veneto (91,40%), Toscana (91,17%), Valle d'Aosta (90,82%) e Umbria (90,38%). Un valore estremamente anomalo è stato registrato in Molise, con una percentuale pari a 0,25%, inferiore di -99,70% rispetto al dato nazionale, che potrebbe essere frutto di un errore di trasmissione o di una raccolta incompleta del valore.

La vaccinazione relativa allo Pneumococco ha presentato percentuali più alte rispetto alla vaccinazione anti-meningococcica, ma solo una regione, il Veneto, ha superato il 95% (96,26%, con un differenziale di +5,12% rispetto alla media nazionale). Le regioni che hanno superato quota 90% sono state 15, mentre 6 regioni hanno registrato valori inferiori: Calabria (89,89%), Marche (88,71%), Campania (87,44%), Puglia (87,38%), Sicilia (84,81%) e la PA di Bolzano che, con il suo 78,39%, ha registrato il valore più basso, risultando inferiore di -14,39% rispetto alla media nazionale.

Grafico 1 - Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale nei bambini di età ≤24 mesi per tipologia di antigene - Anni 2020-2023



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Aggiornamento dicembre 2024. Anno 2025.

Tabella 1 - Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale nei bambini di età ≤24 mesi per tipologia di antigene e regione - Anno 2023

Regioni	Polio- mielite	Difterite	Tetano	Pertosse	Epatite B	Hib	Morbillo	Parotite	Rosolia	Varicella	Meningo- cocco C	Pneumo- cocco
Piemonte	94,50	94,50	94,51	94,50	94,49	95,77	94,47	94,42	94,47	93,81	89,31	90,75
Valle d'Aosta	95,01	95,01	95,01	95,01	95,01	95,01	94,33	94,20	94,33	93,39	90,82	94,74
Lombardia	96,78	96,78	96,78	96,77	96,78	96,67	96,71	96,67	96,70	96,12	93,88	94,27
Bolzano-Bozen	85,28	85,36	85,36	85,32	85,38	85,34	83,81	83,79	83,81	83,38	70,77	78,39
Trento	96,02	95,99	96,02	95,99	95,99	95,95	96,11	96,09	96,11	95,56	88,96	92,08
Veneto	95,49	95,49	95,50	95,49	95,47	95,35	95,30	95,22	95,29	94,62	91,40	96,26
Friuli-Venezia Giulia	97,97	97,99	98,02	98,00	97,85	97,87	96,98	96,94	96,95	96,39	90,06	92,59
Liguria	93,64	93,66	93,66	93,66	94,07	94,03	91,61	91,55	91,60	90,70	85,72	91,49
Emilia-Romagna	97,42	97,44	97,44	97,43	97,43	97,28	97,28	97,21	97,29	96,44	92,69	94,03
Toscana	97,70	97,71	97,71	97,71	97,63	98,02	97,33	97,27	97,34	96,43	91,17	93,42
Umbria	97,28	97,30	97,30	97,30	97,24	97,18	96,47	96,41	96,47	95,23	90,38	94,70
Marche	92,82	92,84	92,84	92,84	92,81	93,34	92,04	91,98	92,01	90,73	83,75	88,71
Lazio	94,93	94,90	94,90	94,90	94,92	94,82	95,75	95,74	95,75	94,91	82,67	94,38
Abruzzo	96,67	96,69	96,69	96,69	96,66	96,78	94,59	94,59	94,59	93,09	74,11	92,93
Molise	95,14	95,14	95,14	95,14	95,14	96,33	95,45	95,45	95,45	95,14	0,25	93,21
Campania	96,33	96,33	96,33	96,33	96,30	96,28	95,98	95,95	95,97	93,72	66,28	87,44
Puglia	90,36	90,36	90,36	90,36	90,35	90,31	90,01	90,00	90,01	89,55	80,62	87,38
Basilicata	95,41	95,41	95,41	95,41	95,41	95,31	92,42	92,42	92,42	91,41	88,83	93,80
Calabria	93,40	93,40	93,40	93,40	93,40	93,42	92,43	92,43	92,43	92,03	59,85	89,89
Sicilia	89,44	89,44	89,44	89,44	89,46	89,42	90,79	90,77	90,78	90,12	74,73	84,81
Sardegna	91,82	91,83	91,83	91,83	91,84	91,78	91,96	91,96	91,96	91,40	87,28	90,19
Italia	94,76	94,76	94,76	94,76	94,76	94,83	94,64	94,61	94,64	93,76	83,76	91,57

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Aggiornamento dicembre 2024. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante l'evidenza degli importanti traguardi ottenuti con le vaccinazioni (eradicazione del vaiolo e status polio-free nella Regione europea), nel nostro Paese le coperture vaccinali sono ancora disomogenee sul territorio. In generale, l'introduzione dell'obbligo vaccinale ha portato ad un aumento delle coperture per tutte le dieci vaccinazioni obbligatorie dal 2017 al 2019, con particolare riferimento alla varicella, segnando dunque la strada da seguire. Dopo il calo registrato durante la pandemia da COVID-19, le coperture vaccinali hanno mostrato un progressivo miglioramento fino al 2022, per poi subire una lieve flessione nel 2023. Come evidenziato dal nuovo PNPV 2023-2025, è necessario dunque continuare ad implementare strategie efficaci per mantenere (ed eventualmente aumentare) le coperture vaccinali, attraverso diverse azioni. Tra queste, si segnala l'importanza della formazione degli operatori sanitari, che devono essere motivati e convinti dell'interesse individuale e collettivo delle vaccinazioni (molte astensioni derivano più dalla scarsa motivazione dei referenti educativi che non dall'opposizione delle famiglie); la qualità dell'educazione sanitaria, che deve essere adattata alle

diverse situazioni culturali locali (lingua, contenuti dei discorsi e mezzi di comunicazione); l'efficienza dei servizi vaccinali nell'offerta attiva (soddisfazione del proprio bacino di utenza e aspetti organizzativi); la corretta informazione delle famiglie e il contrasto alla disinformazione e alle *fake news*; il completamento dell'informatizzazione delle anagrafi vaccinali regionali e dell'anagrafe vaccinale nazionale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. Legge vaccini. Ministero della salute. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=4824&area=vaccinazioni&menu=vuoto.
- (2) Organizzazione Mondiale della Sanità. Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report - November–December 2021. CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (3) Bonanni P., Angelillo I. F., Villani A. et al (2021). Maintain and increase vaccination coverage in children, adolescents, adults and elderly people: Let's avoid adding epidemics to the pandemic: Appeal from the Board of the Vaccination Calendar for Life in Italy: Maintain and increase coverage also by re-organizing vaccination services and reassuring the population. *Vaccine*, 39 (8), 1.187-1.189.

Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale e negli anziani

Significato. L'influenza è una malattia respiratoria acuta causata da virus influenzali, ubiquitaria e generalmente caratterizzata da un andamento stagionale che privilegia le stagioni fredde. Si trasmette per contagio interumano diretto, principalmente per via *droplet*, ossia le goccioline respiratorie espulse dal soggetto malato mediante colpi di tosse, starnuti o semplicemente anche parlando.

L'influenza rappresenta uno dei principali problemi di Sanità Pubblica in termini di morbosità, mortalità, costi sanitari e sociali. Il significativo impatto sanitario è dovuto alle complicanze che si riscontrano nelle forme più gravi, alle ripercussioni economiche legate all'incremento dei casi di ospedalizzazione e all'aumento della richiesta di assistenza e della spesa farmaceutica. La copertura vaccinale antinfluenzale è, quindi, un

indicatore fondamentale per verificare l'efficacia dell'offerta vaccinale, soprattutto nei gruppi di popolazione *target*, in particolare negli anziani.

Considerando che il peso della popolazione anziana è consistente, una buona copertura antinfluenzale può contribuire alla prevenzione delle forme più gravi e complicate di influenza e alla riduzione della mortalità prematura.

Il vaccino antinfluenzale stagionale viene offerto gratuitamente alle persone di età ≥ 65 anni e alle persone di tutte le età aventi patologie di base che aumentano il rischio di complicanze in corso di influenza, con un duplice obiettivo: da una parte, ridurre il rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte prematura; dall'altra, ridurre i costi sociali connessi alla morbosità e mortalità.

Proporzione di copertura vaccinale antinfluenzale

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Popolazione di età 6 mesi ed oltre vaccinata}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 100$$

Proporzione di copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Popolazione di età 65 anni ed oltre vaccinata}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media residente}} \times 100$$

Validità e limiti. La copertura vaccinale rappresenta uno dei principali indicatori di efficienza ed efficacia dell'offerta vaccinale. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati a livello regionale e trasmessi al Ministero della Salute. Non si tiene conto delle dosi somministrate al di fuori delle strutture appartenenti al SSN.

Valore di riferimento/Benchmark. Gli obiettivi di copertura, stabiliti dal PNPV, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale negli ultra 65enni e nei gruppi a rischio.

Descrizione dei risultati

Per la stagione 2023-2024, la copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale si attesta al 18,9%, registrando una leggera flessione (-6,4%) rispetto alla stagione precedente (20,2%). Sono presenti lievi differenze regionali, ma senza un vero e proprio gradiente geografico. Negli ultimi 10 anni (dalla stagione 2014-2015), a livello nazionale si osserva un aumento della copertura (+39,0%), soprattutto nella stagione 2020-2021 (Tabella 1).

Anche la copertura antinfluenzale negli ultra 65enni risulta in calo rispetto alla stagione precedente e non

raggiunge in alcuna regione i valori considerati minimi dal PNPV. Il valore maggiore si è registrato in Umbria (65,8%), seguita da Emilia-Romagna (59,4%), Basilicata (58,9%), Toscana (57,9%) e Lazio (57,5%), mentre le percentuali minori si sono registrate in Sardegna (35,7%), nella PA di Bolzano (39,9%) e in Valle d'Aosta (44,3%).

Inoltre, considerando gli ultimi 10 anni (dalla stagione 2014-2015) si osserva a livello nazionale un aumento (+9,7%), mentre a livello regionale si osservano sia aumenti fino al 29,2% come in Basilicata ma anche decrementi importanti, come -14,9% in Campania (Tabella 2).

Da un confronto tra le ultime due stagioni (2023-2024 e 2022-2023), il valore nazionale mostra una riduzione del -6,0%.

A livello regionale, quasi tutte le regioni hanno riportato una diminuzione della copertura (compresa tra -1,7% e -22,4%), maggiore in Abruzzo, Campania, Calabria e Basilicata (rispettivamente, -22,4%, -16,5%, -11,6% e -11,2%). L'unica regione in cui la *performance* vaccinale rispetto alla stagione 2022-2023 è rimasta invariata è il Molise, mentre le regioni in cui è lievemente migliorata sono state Liguria (+1,5%), Marche (+1,9%) e PA di Bolzano (+3,1%) (Tabella 2).

Tabella 1 - *Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 6 mesi ed oltre per regione - Stagioni 2014-2015/2023-2024*

Regioni	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24
Piemonte	13,5	13,6	14,6	14,5	15,3	16,4	21,9	18,8	18,8	18,0
Valle d'Aosta	11,9	11,7	12,7	12,6	13,3	13,8	18,8	16,5	15,5	15,4
Lombardia	11,4	11,6	12,1	12,1	12,9	13,7	19,4	18,5	19,5	18,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>8,3</i>	<i>8,8</i>	<i>9,0</i>	<i>8,6</i>	<i>9,6</i>	<i>8,2</i>	<i>11,7</i>	<i>9,7</i>	<i>10,9</i>	<i>11,2</i>
<i>Trento</i>	<i>12,9</i>	<i>12,5</i>	<i>13,9</i>	<i>14,0</i>	<i>15,0</i>	<i>16,0</i>	<i>26,9</i>	<i>15,8</i>	<i>17,9</i>	<i>18,1</i>
Veneto	14,5	14,6	15,8	15,7	16,0	16,3	21,6	17,7	18,7	17,6
Friuli-Venezia Giulia	15,0	15,6	18,1	17,6	18,9	20,3	25,8	20,4	20,6	20,4
Liguria	15,3	16,1	16,3	18,3	18,5	19,9	31,3	24,8	22,1	22,4
Emilia-Romagna	14,9	15,5	16,2	16,5	17,5	18,9	26,1	22,9	21,9	20,7
Toscana	16,3	16,5	18,1	18,4	19,1	20,1	28,2	21,8	22,5	21,8
Umbria	17,8	17,9	18,5	18,8	19,4	19,8	26,9	23,6	23,6	21,4
Marche	13,5	14,5	15,4	15,3	16,5	18,1	26,1	21,6	20,1	19,1
Lazio	14,0	14,3	14,9	15,0	15,5	16,2	27,5	22,0	21,6	20,5
Abruzzo	11,1	12,3	13,7	13,9	15,2	16,4	17,9	21,2	20,3	15,7
Molise	15,7	13,5	16,4	18,8	18,9	20,0	22,4	19,2	20,5	20,0
Campania	13,9	14,0	15,3	15,4	15,9	16,7	21,9	19,4	18,0	14,3
Puglia	14,6	14,9	18,1	18,9	17,0	17,8	25,6	24,9	23,4	21,4
Basilicata	13,5	14,2	15,9	16,2	18,8	17,3	19,0	22,4	20,7	20,7
Calabria	13,4	13,7	15,2	15,6	15,1	16,3	23,5	21,5	20,7	16,2
Sicilia	12,8	13,3	15,7	15,8	16,0	18,1	26,5	22,4	20,9	20,5
Sardegna	12,0	11,1	12,5	13,2	14,2	15,2	23,7	15,4	14,4	13,6
Italia	13,6	13,9	15,1	15,3	15,8	16,8	23,7	20,5	20,2	18,9

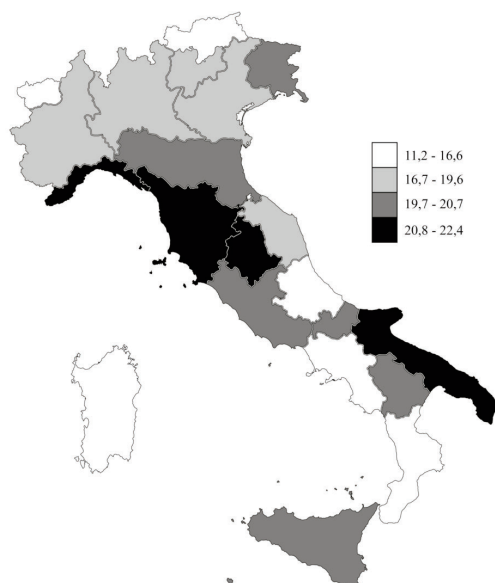
Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Aggiornamento agosto 2024. Anno 2025.

Tabella 2 - *Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione - Stagioni 2014-2015/2023-2024*

Regioni	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24
Piemonte	46,3	46,9	48,2	47,9	49,0	51,0	62,4	55,4	54,3	51,0
Valle d'Aosta	43,5	42,2	44,4	44,1	45,2	45,4	52,6	49,3	45,9	44,3
Lombardia	46,3	47,7	47,5	47,7	48,2	49,9	60,6	56,0	55,3	53,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>36,6</i>	<i>37,8</i>	<i>37,3</i>	<i>35,3</i>	<i>38,3</i>	<i>32,5</i>	<i>41,1</i>	<i>36,1</i>	<i>38,7</i>	<i>39,9</i>
<i>Trento</i>	<i>51,9</i>	<i>50,2</i>	<i>53,2</i>	<i>53,5</i>	<i>54,8</i>	<i>55,2</i>	<i>65,9</i>	<i>46,5</i>	<i>54,8</i>	<i>53,4</i>
Veneto	53,4	54,0	55,8	55,1	55,6	53,9	59,6	51,8	54,7	51,6
Friuli-Venezia Giulia	49,0	51,1	54,1	55,7	57,7	60,7	66,5	60,3	58,3	55,7
Liguria	46,6	45,7	47,3	50,1	50,1	53,0	68,4	55,8	53,7	54,5
Emilia-Romagna	50,0	51,9	52,7	53,3	54,7	57,4	70,1	65,1	62,3	59,4
Toscana	49,9	52,2	54,8	55,3	56,0	56,4	65,5	58,4	58,9	57,9
Umbria	61,8	62,8	63,1	63,4	64,8	64,3	77,4	68,8	68,7	65,8
Marche	46,2	50,1	51,0	50,0	51,6	56,9	65,0	62,8	55,1	56,1
Lazio	49,5	51,0	51,5	51,8	52,3	52,7	67,7	61,2	60,2	57,5
Abruzzo	38,5	45,7	48,6	49,1	52,4	55,3	64,1	64,2	62,5	48,5
Molise	49,0	43,8	52,4	61,0	61,7	65,4	62,3	50,7	52,8	52,8
Campania	52,9	52,8	56,7	57,4	60,3	62,1	66,1	58,1	53,9	45,0
Puglia	48,6	50,8	57,4	59,4	51,4	51,4	61,1	58,2	56,7	53,1
Basilicata	45,6	47,9	49,8	53,2	66,6	60,7	56,4	68,5	66,3	58,9
Calabria	53,3	51,7	57,9	61,2	59,8	61,8	79,0	62,9	62,1	54,9
Sicilia	47,4	49,5	52,9	54,3	53,0	59,4	75,3	63,7	58,9	54,3
Sardegna	40,6	40,0	41,6	44,0	46,5	46,2	61,0	41,2	37,3	35,7
Italia	48,6	49,9	52,0	52,7	53,1	54,6	65,3	58,1	56,7	53,3

Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Aggiornamento agosto 2024. Anno 2025.

Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 6 mesi ed oltre per regione. Stagione 2023-2024

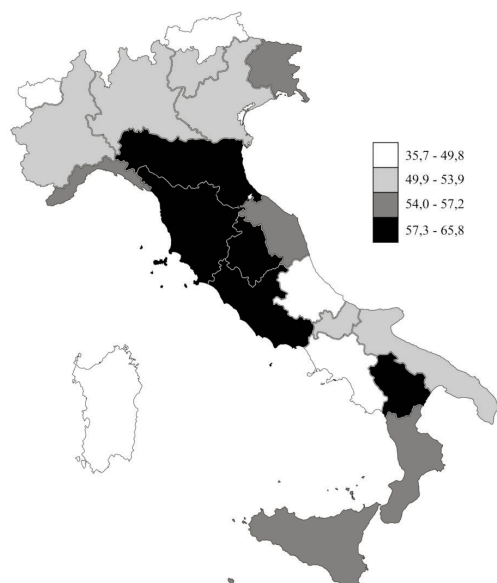


Raccomandazioni di Osservasalute

Secondo l'OMS, gli obiettivi primari della vaccinazione antinfluenzale sono il controllo dell'infezione, la prevenzione delle forme gravi e complicate di influenza e la riduzione della mortalità prematura in gruppi ad aumentato rischio di malattia grave. Una strategia vaccinale basata su questi presupposti presenta un favorevole rapporto costo-beneficio e costo-efficacia.

In Italia, il Ministero della Salute ha incentivato la vaccinazione della popolazione a rischio soprattutto in seguito alla stagione 2020-2021, in cui si era verificato l'aumento delle percentuali di copertura vaccinale, correlato alla pandemia da COVID-19. Tuttavia, avendo osservato una netta riduzione dei valori di copertura nelle stagioni 2021-2022, 2022-2023 e 2023-2024, occorre perseverare nell'implementare gli interventi di informazione rivolti all'intera popolazione e raccomandare ai MMG e, nel caso dei bambini, ai PLS, una maggiore prevenzione per le categorie

Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione. Stagione 2023-2024



target, al fine di evitare l'insorgenza di complicanze, l'aumento dei costi legati all'assistenza e alla spesa farmaceutica, nonché l'aumento del rischio di morte correlata all'influenza.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organisation. Global Influenza Strategy Summary 2019-2030 Influenza. Disponibile sul sito: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311184/9789241515320-eng.pdf?sequence=18>.
- (2) Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2024-2025. Disponibile sul sito: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2024&codLeg=100738&parte=1%20&serie=null.
- (3) Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2023-2025. Disponibile sul sito: www.regioni.it/news/2023/08/31/piano-nazionale-di-prevenzione-vaccinale-pnpv-2023-2025-e-calendario-nazionale-vaccinale-intesa-csr-2-8-2023-gazzetta-ufficiale-n-194-del-21-8-2023-655990.

Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione pediatrica

Significato. L'influenza è una malattia infettiva acuta ubiquitaria, generalmente caratterizzata da un andamento stagionale con epidemie annuali ma anche con casi sporadici. È provocata da virus che infettano le vie aeree (naso, gola e polmoni) e si trasmettono per contagio interumano diretto, principalmente per via droplet, ma anche per via indiretta, attraverso il contatto con mani contaminate da secrezioni.

L'influenza è una delle principali cause di morbidità, mortalità ed esacerbazione di malattie croniche esistenti in tutto il mondo, causando 1 miliardo di casi, 3-5 milioni di casi di malattie gravi e 290-650 mila decessi in media ogni anno a causa di complicanze respiratorie. L'impatto clinico ed economico dell'influenza è più rilevante nei gruppi vulnerabili come i bambini, le donne in gravidanza, gli anziani e le persone con comorbidità. Si stima che annualmente il 20-30% della popolazione pediatrica venga colpita da questa malattia, a causa della frequentazione di ambienti comunitari come scuole e Centri educativi e

sociali, nonché dell'immatunità dei meccanismi del sistema immunitario.

Risulta evidente, quindi, come la vaccinazione antinfluenzale pediatrica sia fondamentale per ridurre il carico della malattia, riducendo i ricoveri e il rischio di morte, e offrire anche una protezione indiretta ai contatti stretti e suscettibili, come gli anziani. In Italia, il vaccino antinfluenzale è raccomandato per tutti i soggetti a partire dai 6 mesi di età che non hanno controindicazioni al vaccino, in quanto esso non è sufficientemente immunogenico al di sotto di questa fascia di età, non conferendo una protezione sufficiente. La valutazione delle coperture vaccinali pediatriche, con specifico dettaglio per i bambini di età <2 anni, 2-4 anni e 5-8 anni risulta importante per valutare l'adesione alla vaccinazione e per supportare politiche sanitarie volte ad aumentarne i valori. Il presente indicatore analizza i trend di copertura vaccinale antinfluenzale pediatrica degli ultimi 10 anni, suddiviso per regione e per fascia di età.

Proporzione di copertura vaccinale antinfluenzale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Popolazione di età } <2 \text{ anni}}{\text{Popolazione residente di età } <2 \text{ anni}} \times 100$$

Proporzione di copertura vaccinale antinfluenzale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Popolazione di età } 2-4 \text{ anni}}{\text{Popolazione residente di età } 2-4 \text{ anni}} \times 100$$

Proporzione di copertura vaccinale antinfluenzale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Popolazione di età } 5-8 \text{ anni}}{\text{Popolazione residente di età } 5-8 \text{ anni}} \times 100$$

Validità e limiti. La copertura vaccinale rappresenta uno dei principali indicatori di efficienza ed efficacia dell'offerta vaccinale. I dati sulle dosi somministrate vengono rilevati a livello regionale e trasmessi al Ministero della Salute. Tuttavia, non si tiene conto delle dosi somministrate al di fuori delle strutture appartenenti al SSN.

Valore di riferimento/Benchmark. La Circolare del Ministero della Salute "Prevenzione e Controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2024-2025" indica, tra gli obiettivi di copertura per la vaccinazione antinfluenzale nella popolazione generale e per tutti i gruppi *target*, il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale. La

campagna vaccinale estesa a più gruppi di popolazione, inoltre, si pone obiettivi più generici: la riduzione del rischio individuale di malattia, ospedalizzazione e morte; la riduzione del rischio di trasmissione a persone ad alto rischio di complicanze o ospedalizzazione; la riduzione dei costi sociali connessi con morbosità e mortalità.

Descrizione dei risultati

In Italia, la copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione pediatrica si attesta, nella stagione 2023-2024, al 9,8%, 16,7% e 11,7%, rispettivamente, per le fasce di età <2 anni, 2-4 anni e 5-8 anni. Negli anni considerati e per tutte le classi di età considerate, la copertura vaccinale nazionale non supera il 5% fino

alla fase pre-pandemica (2019-2020). Nella stagione 2020-2021 caratterizzata dalla pandemia, invece, i valori aumentano (<2 anni 9,2%, 2-4 anni 19,0% e 5-8 anni 13,1%). Nella stagione 2023-2024 per la classe di età <2 anni si registra il più alto valore nell'intervallo di tempo considerato (9,8%).

Per quanto riguarda la classe di età <2 anni, nella stagione 2023-2024 le regioni che presentano i valori maggiori di copertura sono PA di Trento (21,2%), Puglia (20,0%) e Liguria (15,6%), mentre le regioni con i valori minori sono Abruzzo (1,0%), PA di Bolzano (1,4%), Sardegna (2,0%) e Sicilia (2,2%) (Tabella 1).

Per quanto riguarda la classe di età 2-4 anni, nella stagione 2023-2024 le regioni che presentano i valori maggiori di copertura sono Puglia (33,1%), Lombardia (28,9%), Liguria (26,5%), Toscana (22,8%), Umbria (21,9%) e Lazio (21,3%), mentre le regioni con i valori minori sono Abruzzo (2,9%), PA di Bolzano (3,0%), Sardegna (4,2%) e Campania (4,5%) (Tabella 2).

Per quanto riguarda la classe di età 5-8 anni, nella stagione 2023-2024 le regioni che presentano i valori maggiori di copertura sono Puglia (25,8%), Lombardia (19,7%) e Toscana (17,3%), mentre le regioni con i

valori minori sono PA di Bolzano (2,2%), Abruzzo (2,7%) e Sardegna (3,6%) (Tabella 3).

Analizzando gli andamenti delle coperture vaccinali in tutte le classi di età considerate rispetto alle ultime due stagioni (2022-2023 e 2023-2024), a livello nazionale, un discreto aumento, pari a +36,1%, si è registrato per la classe di età <2 anni, mentre un importante aumento si è osservato nella classe di età 2-4 anni, pari a +81,5%. Per la classe di età 5-8 anni, invece, si è registrato un decremento pari a -48,2%.

A livello regionale si osserva, per la classe di età <2 anni, una eterogeneità poiché 5 regioni presentano un decremento (*range* da -2,3% a -60,0%), mentre tutte le altre presentano un aumento. Si distingue la Calabria (+211,5%), la PA di Trento (+175,3%), la Valle d'Aosta (+143,9) e le Marche (+125,0%). Nella classe di età 2-4 anni, invece, tutte le regioni, ad eccezione di Campania e Abruzzo, presentano un incremento notevole, come la PA di Trento (+390,5%), le Marche (+232,0%) e l'Emilia-Romagna (+212,9%). Infine, nella classe di età 5-8 anni tutte le regioni, ad eccezione della PA di Trento (+50,0%), presentano una diminuzione, che risulta essere particolarmente marcata in Campania (-84,9%) e Abruzzo (-79,9%).

Tabella 1 - Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età <2 anni per regione - Stagioni 2014-2015/2023-2024

Regioni	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24
Piemonte	0,2	0,3	0,5	0,3	0,5	0,8	2,0	3,0	3,1	5,3
Valle d'Aosta	0,2	1,0	0,5	0,2	0,3	0,3	6,5	3,1	4,1	10,0
Lombardia	0,4	0,6	0,6	0,5	0,8	1,1	5,3	9,7	11,2	14,4
Bolzano-Bozen	0,1	0,6	0,7	0,5	0,4	0,3	1,1	0,5	0,8	1,4
Trento	1,6	1,8	2,0	2,2	2,6	3,8	28,7	11,1	7,7	21,2
Veneto	0,8	1,0	1,2	1,1	1,2	3,3	10,2	6,4	7,7	11,5
Friuli-Venezia Giulia	0,1	0,4	0,3	0,3	0,4	0,7	15,9	4,9	4,1	5,7
Liguria	0,4	0,5	0,9	1,0	1,2	1,8	15,1	13,0	15,4	15,6
Emilia-Romagna	0,7	0,9	1,3	1,2	1,6	1,8	2,6	2,4	3,4	6,1
Toscana	4,3	4,1	5,2	4,8	6,4	14,3	16,4	9,3	10,5	13,4
Umbria	0,1	0,1	0,3	0,1	0,3	0,4	7,3	5,5	8,8	8,6
Marche	0,3	0,5	0,9	0,6	0,8	1,3	9,2	5,3	4,4	9,9
Lazio	0,4	0,4	0,5	0,5	0,8	1,3	16,2	8,3	9,2	11,5
Abruzzo	0,2	0,6	0,6	0,3	1,0	1,3	4,4	2,3	2,5	1,0
Molise	0,1	0,2	0,8	0,2	0,3	0,5	6,5	3,5	4,6	4,2
Campania	1,7	2,4	2,4	2,7	2,4	2,6	13,9	6,8	4,0	6,9
Puglia	4,1	2,2	4,0	4,2	4,8	7,5	12,1	16,4	15,1	20,0
Basilicata	1,0	0,6	0,2	0,5	0,9	1,4	3,6	4,4	8,1	6,9
Calabria	0,9	0,9	0,6	0,8	1,3	1,6	4,5	3,4	2,6	8,1
Sicilia	0,1	0,6	1,3	1,0	1,1	1,7	7,2	3,7	3,2	2,2
Sardegna	1,1	1,0	1,1	1,5	3,4	2,2	6,2	1,3	1,7	2,0
Italia	1,1	1,1	1,5	1,4	1,7	2,8	9,2	7,0	7,2	9,8

Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Anno 2025.

Tabella 2 - Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 2-4 anni per regione - Stagioni 2014-2015/2023-2024

Regioni	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24
Piemonte	0,3	0,3	0,6	0,6	1,0	1,5	3,8	6,5	3,6	9,5
Valle d'Aosta	0,3	0,6	0,9	0,6	0,5	0,8	14,2	10,2	6,6	17,5
Lombardia	0,7	0,8	1,1	1,1	1,6	1,9	22,1	27,1	14,8	28,9
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,5</i>	<i>0,6</i>	<i>0,8</i>	<i>0,5</i>	<i>0,8</i>	<i>0,5</i>	<i>2,0</i>	<i>1,6</i>	<i>1,2</i>	<i>3,0</i>
<i>Trento</i>	<i>1,3</i>	<i>1,6</i>	<i>2,2</i>	<i>2,1</i>	<i>3,0</i>	<i>3,5</i>	<i>31,9</i>	<i>15,6</i>	<i>4,2</i>	<i>20,6</i>
Veneto	1,4	1,4	2,0	1,8	1,9	4,3	16,1	10,1	5,9	14,3
Friuli-Venezia Giulia	0,1	0,6	0,7	0,6	0,9	1,7	25,3	12,6	7,1	14,5
Liguria	1,1	1,0	1,8	2,0	1,9	4,2	54,4	20,9	15,6	26,5
Emilia-Romagna	1,2	1,4	1,9	1,8	0,9	3,5	6,5	4,3	3,1	9,7
Toscana	6,6	4,9	7,9	8,6	1,9	13,5	27,9	23,4	12,8	22,8
Umbria	0,2	0,2	0,4	0,4	0,6	1,0	11,5	16,0	10,3	21,9
Marche	0,7	0,8	1,3	1,1	1,4	2,2	23,0	8,0	5,0	16,6
Lazio	0,9	0,9	1,2	1,1	1,6	2,3	26,5	22,4	11,9	21,3
Abruzzo	0,5	0,9	1,6	0,8	1,9	2,4	8,8	8,2	3,8	2,9
Molise	0,6	0,7	0,4	0,4	0,6	0,7	18,9	16,3	9,7	16,7
Campania	3,2	3,7	3,9	4,1	4,6	4,7	21,4	17,0	10,1	4,5
Puglia	6,7	5,3	10,3	8,2	12,5	16,2	30,3	41,6	17,7	33,1
Basilicata	1,6	1,9	0,7	1,1	0,9	1,5	17,9	11,6	3,4	9,0
Calabria	1,2	1,2	1,4	1,2	2,0	2,3	18,2	11,3	5,5	13,6
Sicilia	0,4	0,8	1,5	1,4	1,7	2,1	8,8	11,2	4,3	7,7
Sardegna	2,8	1,5	2,0	2,2	4,4	2,8	8,8	2,4	2,6	4,2
Italia	1,8	1,8	2,6	2,4	3,1	4,2	19,0	17,4	9,2	16,7

Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Anno 2025.

Tabella 3 - Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 5-8 anni per regione - Stagioni 2014-2015/2023-2024

Regioni	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24
Piemonte	0,6	0,5	0,7	0,6	0,8	1,2	3,4	4,0	8,2	5,8
Valle d'Aosta	0,3	0,4	0,5	0,3	0,3	0,7	9,6	6,2	14,3	10,9
Lombardia	0,8	0,9	1,1	0,9	1,2	1,4	15,5	16,8	35,9	19,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>0,6</i>	<i>0,8</i>	<i>0,8</i>	<i>0,8</i>	<i>1,0</i>	<i>0,5</i>	<i>2,2</i>	<i>1,0</i>	<i>2,9</i>	<i>2,2</i>
<i>Trento</i>	<i>1,4</i>	<i>1,4</i>	<i>1,8</i>	<i>1,7</i>	<i>2,2</i>	<i>3,3</i>	<i>17,4</i>	<i>8,7</i>	<i>7,4</i>	<i>11,1</i>
Veneto	1,3	1,4	1,7	1,7	1,7	2,8	10,1	6,2	12,5	7,9
Friuli-Venezia Giulia	0,1	0,7	0,8	0,6	0,8	1,1	12,1	6,7	14,5	9,1
Liguria	1,2	1,3	1,3	1,8	1,2	2,9	19,4	17,2	29,3	16,5
Emilia-Romagna	1,4	1,5	1,8	1,8	1,8	2,7	6,0	3,7	8,1	6,1
Toscana	5,3	5,1	6,0	6,9	6,0	9,2	17,8	16,1	32,2	17,3
Umbria	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,8	6,7	9,0	21,6	13,8
Marche	0,9	0,9	1,2	1,0	1,2	1,6	15,2	8,1	14,7	11,0
Lazio	1,1	1,1	1,2	1,1	1,3	1,7	15,4	12,0	22,9	13,1
Abruzzo	0,5	0,9	1,4	0,7	1,5	1,5	6,0	7,7	13,4	2,7
Molise	0,7	0,7	0,6	0,5	0,6	0,6	11,7	10,2	19,7	11,6
Campania	3,5	3,7	3,9	3,9	4,1	4,0	20,0	17,0	27,8	4,2
Puglia	6,2	4,9	9,1	6,6	8,7	10,5	24,5	28,1	48,6	25,8
Basilicata	1,6	2,0	1,9	1,9	1,5	1,4	19,8	10,7	15,5	7,2
Calabria	1,6	1,0	1,7	1,2	1,5	2,0	9,4	10,7	18,5	12,6
Sicilia	0,6	0,8	1,7	1,5	2,1	1,8	5,0	10,0	12,5	7,2
Sardegna	3,3	1,8	3,6	2,2	2,5	4,9	11,7	1,7	6,1	3,6
Italia	1,9	1,8	2,4	2,2	2,5	3,1	13,1	12,2	22,6	11,7

Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Anno 2025.

Tabella 4 - Variazione (valori per 100) dei tassi di copertura vaccinale antinfluenzale per classe di età pediatrica (0-8 anni) - Stagioni 2022-2023, 2023-2024

Regioni	<2 anni			2-4 anni			5-8 anni		
	2022-23	2023-24	Δ %	2022-23	2023-24	Δ %	2022-23	2023-24	Δ %
Piemonte	3,1	5,3	71,0	3,6	9,5	163,9	8,2	5,8	-29,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,1	10,0	143,9	6,6	17,5	165,2	14,3	10,9	-23,8
Lombardia	11,2	14,4	28,6	14,8	28,9	95,3	35,9	19,7	-45,1
Bolzano-Bozen	0,8	1,4	75,0	1,2	3,0	150,0	2,9	2,2	-24,1
Trento	7,7	21,2	175,3	4,2	20,6	390,5	7,4	11,1	50,0
Veneto	7,7	11,5	49,4	5,9	14,3	142,4	12,5	7,9	-36,8
Friuli-Venezia Giulia	4,1	5,7	39,0	7,1	14,5	104,2	14,5	9,1	-37,2
Liguria	15,4	15,6	1,3	15,6	26,5	69,9	29,3	16,5	-43,7
Emilia-Romagna	3,4	6,1	79,4	3,1	9,7	212,9	8,1	6,1	-24,7
Toscana	10,5	13,4	27,6	12,8	22,8	78,1	32,2	17,3	-46,3
Umbria	8,8	8,6	-2,3	10,3	21,9	112,6	21,6	13,8	-36,1
Marche	4,4	9,9	125,0	5,0	16,6	232,0	14,7	11,0	-25,2
Lazio	9,2	11,5	25,0	11,9	21,3	79,0	22,9	13,1	-42,8
Abruzzo	2,5	1,0	-60,0	3,8	2,9	-23,7	13,4	2,7	-79,9
Molise	4,6	4,2	-8,7	9,7	16,7	72,2	19,7	11,6	-41,1
Campania	4,0	6,9	72,5	10,1	4,5	-55,4	27,8	4,2	-84,9
Puglia	15,1	20,0	32,5	17,7	33,1	87,0	48,6	25,8	-46,9
Basilicata	8,1	6,9	-14,8	3,4	9,0	164,7	15,5	7,2	-53,5
Calabria	2,6	8,1	211,5	5,5	13,6	147,3	18,5	12,6	-31,9
Sicilia	3,2	2,2	-31,3	4,3	7,7	79,1	12,5	7,2	-42,4
Sardegna	1,7	2,0	17,6	2,6	4,2	61,5	6,1	3,6	-41,0
Italia	7,2	9,8	36,1	9,2	16,7	81,5	22,6	11,7	-48,2

Fonte dei dati: Elaborazioni del Ministero della Salute. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

In Europa, le Autorità sanitarie sostengono come la campagna di vaccinazione contro l'influenza stagionale debba essere presa in considerazione puntualmente tutti gli anni. Si calcola che nell'UE la sola vaccinazione contro l'influenza stagionale possa prevenire fino a 37.000 decessi all'anno. La letteratura scientifica sottolinea l'importanza clinica della vaccinazione, con benefici superiori ai rischi e un valore aggiunto dovuto al miglioramento della qualità di vita per gli stessi bambini e per le loro famiglie, e alla riduzione dei costi. Cruciale è il ruolo delle misure di igiene e protezione individuale e dell'offerta vaccinale rivolta alla popolazione. Mentre la copertura dei gruppi a rischio costituisce una misura di protezione diretta, una strategia di protezione indiretta consiste nell'immunizzare coloro che sono a stretto contatto con persone appartenenti ai gruppi a rischio, inclusi i bambini di età <6 mesi che non possono essere vaccinati. L'ampliamento dell'elenco delle categorie per le quali la vaccinazione antinfluenzale stagionale è raccomandata e offerta attivamente e gratuitamente rappresenta, quindi, un elemento importante nella fase di programmazione delle campagne vaccinali.

Il miglior indicatore della performance della strategia vaccinale è il calcolo delle percentuali di copertura raggiunto sia a livello nazionale che regionale. Pertanto, occorre continuare ad attuare diverse attività, rivolte ai professionisti della salute (interventi di

formazione rivolti ai PLS), alla popolazione e alle famiglie (interventi educativi nelle scuole) e ai decisori politici (informazione e *advocacy*), al fine di continuare ad aumentare le coperture.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2024-2025. Disponibile sul sito: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2024&codLeg=100738&parte=1%20&serie=null.
- (2) World Health Organisation. Global Influenza Strategy Summary 2019-2030 Influenza. Glob Influenza Strateg 2019-2030 Influenza. 2019; 1: 1.
- (3) Federici C, Cavazza M, Costa F, Jommi C. Health care costs of influenza-related episodes in high income countries: a systematic review. PLoS One. 2018; 13 (9): 1-15.
- (4) Principi N, Esposito S. Severe influenza in children: incidence and risk factors. Expert Rev Anti-Infect Ther. 2016; 14 (10): 961-8. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1080/14787210.2016.1227701>.
- (5) Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2020-2025. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf.
- (6) Commissione Europea. Public Health-Influenza. Disponibile sul sito: https://health.ec.europa.eu/vaccination/influenza_it.
- (7) D'Ambrosio F, Lanza TE, Messina R, Villani L, Pezzullo AM, Ricciardi W, Rosano A, Cadeddu C. (2022). Influenza vaccination coverage in pediatric population in Italy: an analysis of recent trends. Italian journal of pediatrics, 48 (1), 1-9.

Sorveglianza dell'influenza in Italia

Significato. L'influenza costituisce un rilevante problema di Sanità Pubblica per le possibili gravi complicanze nei soggetti a rischio. Si stima che le epidemie annuali causino da 3 a 5 milioni di casi gravi di influenza e da 290 mila a 650 mila morti in tutto il mondo. In ogni stagione è fondamentale monitorare i virus influenzali circolanti, poiché l'influenza si manifesta annualmente e i virus influenzali subiscono continue mutazioni, con un rilevante impatto sociale, sanitario ed economico. In Italia le epidemie influenzali si verificano durante i mesi autunnali e invernali, con una grande variabilità nelle caratteristiche epidemiologiche. L'inizio, la durata, l'intensità e la diffusione geografica dell'epidemia influenzale sono imprevedibili e dipendono da molteplici fattori, quali le caratteristiche dei ceppi virali, la suscettibilità della popolazione e la

corrispondenza tra i ceppi virali presenti nel vaccino e quelli circolanti. In Italia, l'andamento stagionale dell'influenza viene monitorato attraverso un sistema di sorveglianza integrato dell'influenza denominato "RespiVirNet" che ha l'obiettivo di stimare l'inizio, l'intensità e la durata dell'epidemia influenzale stagionale nonché conoscere i ceppi virali circolanti in ogni stagione. I medici sentinella, reclutati dalle regioni, segnalano i casi di sindrome simil-influenzale (*Influenza-Like Illness-ILI*) osservati tra i loro assistiti e collaborano, inoltre, alla raccolta di campioni biologici per l'identificazione dei virus circolanti. È fondamentale, affinché le stime di incidenza siano affidabili, che i medici sentinella coprano una popolazione di assistiti che rappresenti almeno il 4% della popolazione regionale.

Incidenza di sindromi simil-influenzali (Influenza-Like Illness) in un campione di popolazione

Numeratore	Casi di sindromi simil-influenzali osservati da un campione di medici sentinella
Denominatore	Popolazione di assistiti afferenti ai medici sentinella partecipanti alla sorveglianza

x 100

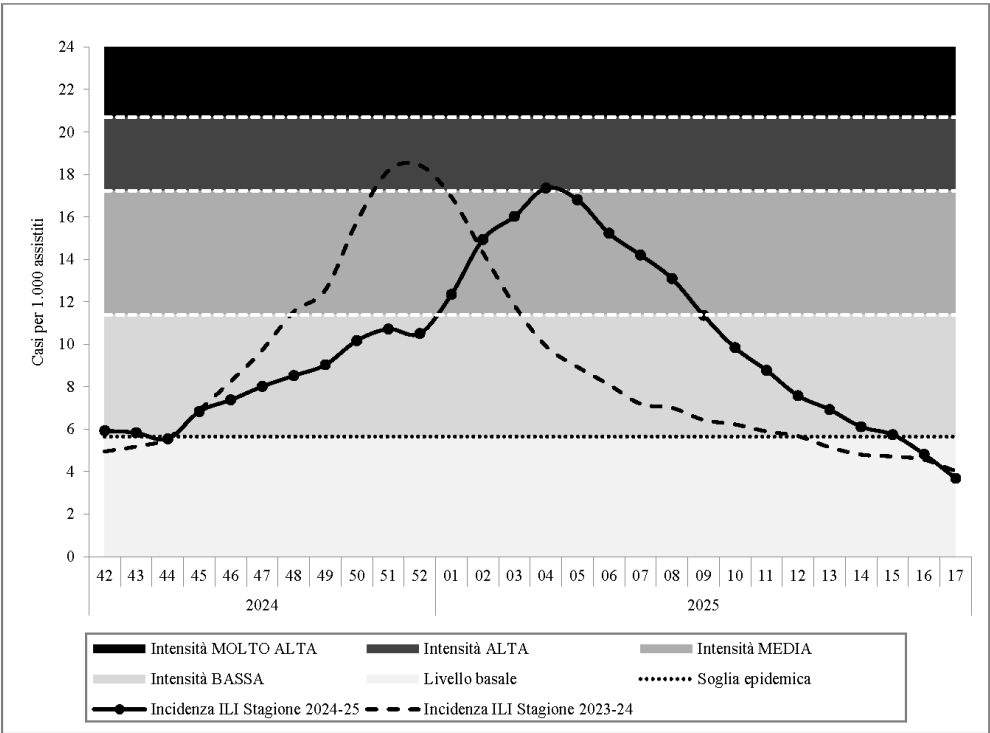
Validità e limiti. La sorveglianza "RespiVirNet" rappresenta l'unica fonte informativa sull'influenza in Italia e la stima dell'incidenza delle sindromi simil-influenzali, totale e per fascia di età, rappresenta un importante indicatore per valutare il reale impatto dell'influenza sulla popolazione italiana in ogni stagione. I risultati della sorveglianza vengono trasmessi al Ministero della Salute, all'ECDC e all'OMS. Il campione della popolazione in sorveglianza è rappresentativo per stime a livello regionale e non permette stime di incidenza a livello di ASL.

Valore di riferimento/Benchmark. L'andamento dell'epidemia influenzale nella stagione 2024-2025 è paragonabile a quanto osservato in altri Paesi europei. Ogni stagione vengono calcolate le soglie di intensità con l'utilizzo dei dati storici raccolti nelle dieci stagioni precedenti. Per la stagione 2024-2025 sono state stimate le seguenti soglie: 5,65 casi per 1.000 assistiti (livello basale), 11,39 per 1.000 (intensità bassa), 17,24 per 1.000 (intensità media), 20,70 per 1.000 (intensità alta) e oltre 20,70 per 1.000 (intensità molto alta).

Descrizione dei risultati

La stagione 2024-2025 è stata caratterizzata da una intensa circolazione dei virus influenzali e l'incidenza di ILI ha raggiunto la soglia di alta intensità. Nel periodo di monitoraggio (dalla 42^a settimana del 2024 alla 17^a settimana del 2025) l'incidenza delle ILI si è mantenuta al di sopra della soglia basale (5,65 casi per 1.000 assistiti) tranne nella 44^a settimana del 2024 e nelle ultime due settimane di sorveglianza del 2025 (16^a e 17^a settimana del 2025). Il picco epidemico è stato raggiunto nella 4^a settimana del 2025 con un livello d'incidenza di 17,35 casi per 1.000 assistiti, pari a una intensità di livello alto leggermente inferiore a quello osservato nella stagione precedente (2023-2024) in cui l'incidenza delle ILI aveva raggiunto un livello pari a 18,43 casi per 1.000 assistiti (Grafico 1). Tuttavia nell'intera stagione influenzale 2024-2025, il 27,57% della popolazione italiana ha avuto una ILI, per una stima totale di circa 16.138.000 casi, il più alto numero mai raggiunto nelle precedenti stagioni influenzali. Come di consueto, le ILI hanno colpito maggiormente le fasce di età pediatrica: il 64,81% dei bambini di età 0-4 anni, il 31,31% nella fascia di età 5-14 anni, il 27,89% gli individui di età compresa tra 15-64 anni e il 16,18% gli anziani di età ≥65 anni (Tabella 1).

Grafico 1 - Tasso (valori per 1.000) di incidenza di casi di sindrome simil-influenzale per settimana - Stagione 2024-2025



Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità, Sorveglianza RespiVirNet. Anno 2025.

Tabella 1 - Tasso (specifico per 100) di incidenza di casi di sindrome simil-influenzale per regione - Stagione 2024-2025

Regioni	0-4	5-14	15-64	65+	Totale
Piemonte	38,4	22,8	27,5	15,5	24,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	31,3	15,1	14,6	8,4	15,0
Lombardia	69,3	28,3	30,8	17,1	29,7
Bolzano-Bozen	24,7	16,7	18,5	8,2	16,9
Trento	28,0	16,8	18,0	6,6	15,1
Veneto	52,4	21,3	25,1	11,6	22,6
Friuli-Venezia Giulia	62,6	22,7	19,3	9,5	23,4
Liguria	62,3	25,5	29,6	15,2	26,0
Emilia-Romagna	64,9	31,6	29,0	14,4	28,4
Toscana	82,4	30,4	22,9	11,2	22,9
Umbria	47,0	23,6	24,9	15,0	24,2
Marche	42,1	24,4	24,8	12,9	24,6
Lazio	69,1	32,9	26,3	14,9	26,1
Abruzzo	90,1	56,9	35,8	28,1	37,1
Molise	22,6	17,4	12,4	7,5	11,6
Campania	67,6	41,4	38,8	25,7	39,5
Puglia	59,0	34,8	26,2	17,3	28,4
Basilicata	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Calabria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Sicilia	70,8	43,8	25,4	18,1	27,7
Sardegna	118,2	52,5	14,6	8,6	29,6
Italia	64,8	31,3	27,9	16,2	27,6

n.d. = non disponibile.

Fonte dei dati: Istituto Superiore di Sanità, Sorveglianza Influnet. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'influenza e altri virus respiratori si presentano puntualmente e spesso i virus influenzali tendono a mutare. È necessario, quindi, un continuo monitoraggio al fine di ottenere dati tempestivi per le Autorità sanitarie del nostro Paese. Per i virus influenzali, è necessario, inoltre, determinare con certezza i ceppi virali circolanti sia per valutare l'omologia con i ceppi contenuti nel vaccino stagionale sia per fornire tali informazioni all'OMS che, insieme ai dati forniti da tutti i

laboratori di riferimento dell'influenza dei vari Paesi del mondo, determina ogni anno la composizione del nuovo vaccino antinfluenzale. I dati forniti dal sistema di sorveglianza integrato "RespiVirNet" hanno permesso di delineare l'impatto dei virus respiratori, nonché dell'influenza, nella popolazione italiana nella stagione 2024-2025, consentendo di stimare l'inizio, la durata e l'intensità dell'epidemia influenzale e di valutare le misure di controllo attuate.

Screening mammografico

Significato. Il carcinoma della mammella continua a rappresentare, di gran lunga, il tumore femminile più frequentemente diagnosticato tra le donne in Italia, rappresentando circa il 30% di tutte le neoplasie femminili. Nel 2024 sono stimate circa 53.686 nuove diagnosi di carcinoma mammario. Con una stima della sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi dell'88% e della probabilità di vivere ulteriori 4 anni condizionata ad aver superato il primo anno dopo la diagnosi del 91%, si stima che oggi siano 925 mila casi prevalenti, ovvero le donne viventi con una diagnosi di tumore della mammella.

Il tumore della mammella è risultato responsabile del 31,0% delle morti neoplastiche nelle giovani donne (20-49 anni). Tuttavia, negli ultimi 15 anni, si è osservata una riduzione della mortalità per tumore della mammella del 16,2% (1). Tale diminuzione è attribuibile ai progressi terapeutici, ma anche alla diffusione dei programmi di screening. (1). La riduzione di mortalità per tumore della mammella nelle donne è certamente riconducibile ai progressi terapeutici, ma anche alla diffusione dei programmi di screening.

Una quota rilevante di casi viene diagnosticata in una

fase relativamente precoce, anche grazie alla disponibilità di programmi di screening mammografico che, nella fascia di età 50-69 anni, rientrano nei LEA. Il Ministero della Salute, infatti, raccomanda ai servizi sanitari l'esecuzione di screening di popolazione, un programma organizzato che offre sistematicamente ogni 2 anni la mammografia alle donne di età 50-69 anni. Nelle aree in cui tale offerta è attiva, molte donne vi aderiscono; tuttavia, una quota significativa si sottopone alla mammografia su iniziativa personale, cioè al di fuori dei programmi organizzati.

Il sistema di sorveglianza PASSI rileva informazioni sulla copertura dello screening mammografico, sia all'interno dei programmi organizzati dalle ASL sia su iniziativa personale, nonché sui fattori predittivi della partecipazione e sulle attività di promozione della prevenzione.

PASSI è un sistema di sorveglianza continua che raccoglie annualmente informazioni su un campione di oltre 35.000 persone, rappresentativo per genere ed età della popolazione residente in Italia di età 18-69 anni. In questa Sezione vengono presentati i dati PASSI riferiti al biennio 2022-2023, stimati su un campione complessivo di 14.585 donne di età 50-69 anni.

Percentuale di donne che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo su iniziativa spontanea

Numeratore	Donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo, nei 2 anni precedenti l'intervista
	x 100
Denominatore	Donne di età 50-69 anni intervistate che dichiarano di essersi sottoposte o meno a mammografia

Validità e limiti. Confrontando i dati riferiti provenienti dal *Behavioural Risk Factor Surveillance System* con quelli ricavati dai sistemi di registrazione clinici negli Stati Uniti, è emerso che raramente una donna che ha effettuato la mammografia nell'intervallo raccomandato omette di dichiararlo, indicando un'elevata sensibilità dell'indicatore. Al contrario, un certo numero di donne che ha eseguito la mammografia prima del biennio precedente all'intervista dichiara di averla effettuata entro le tempistiche raccomandate, evidenziando una specificità solo moderata. Questo fenomeno è attribuito principalmente al cosiddetto effetto "telescopico", per cui l'intervistato tende a riferire l'esecuzione del test come più recente rispetto a quanto avvenuto in realtà. Sono state escluse le donne che si sono rifiutate di rispondere e quelle che hanno risposto "non so".

A causa della specificità non ottimale, la copertura dello screening potrebbe essere sovrastimata. Sebbene questa osservazione derivi da studi condotti in contesti diversi da quello italiano, una possibile sovrastima deve essere tenuta in considerazione nell'interpretazione dei dati.

L'espressione di questo indicatore si riferisce al calcolo della stima per ASL; per garantire idonea rappresentatività degli stessi indicatori a livello regionale e nazionale, i dati delle singole ASL vengono aggregati per regione e opportunamente pesati.

Va ricordato che in Italia i registri dei programmi organizzati non raccolgono informazioni sui test eseguiti al di fuori dei programmi stessi; tali informazioni vengono, invece, rilevate sistematicamente da PASSI che è, pertanto, in grado di fornire una stima anche della quota di donne che si sottopongono spontaneamente allo screening.

Valore di riferimento/Benchmark. Risulta difficile individuare un valore univoco di riferimento per la copertura dello screening mammografico complessivo, poiché essa deriva dalla combinazione di due componenti: quella legata all'offerta attiva da parte dei programmi organizzati e quella attribuibile all'iniziativa spontanea delle donne.

Nelle realtà in cui i programmi organizzati sono pienamente implementati e raggiungono in modo sistematico la popolazione *target*, l'adesione avviene pre-

valentemente attraverso l'offerta istituzionale e la quota di screening su iniziativa spontanea tende a essere marginale. In altri contesti, invece, lo screening su iniziativa spontanea rappresenta una risposta (parziale) alla mancanza o alla debolezza dell'offerta organizzata.

È, pertanto, auspicabile che la copertura complessiva risulti elevata, preferibilmente attraverso un'elevata adesione ai programmi organizzati, che garantiscono percorsi strutturati, appropriati e di qualità. Tuttavia, in assenza di un'offerta efficace, anche la componente spontanea può contribuire a ridurre il numero di donne non coperte, pur comportando una maggiore variabilità nella qualità e nell'equità del percorso.

Nel monitoraggio della copertura dello screening, è importante considerare congiuntamente entrambe le componenti e promuovere interventi finalizzati a rafforzare i programmi organizzati, migliorandone l'accessibilità e l'adesione, al fine di garantire una prevenzione efficace e uniforme su tutto il territorio nazionale.

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2022-2023, il 73% della popolazione *target* femminile di età 50-69 anni ha dichiarato di essersi sottoposto a una mammografia a scopo preventivo nei tempi raccomandati. Tuttavia, solo il 53% lo ha fatto nell'ambito dei programmi di screening organizzati dalle ASL, mentre il restante 20% vi ha aderito su iniziativa spontanea. La copertura totale dello screening mammografico disegna un chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole, a sfavore delle regioni meridionali, che riflette la geografia dello screening organizzato. La copertura complessiva dello screening per il tumore della mammella risulta più elevata al Nord (83%), leggermente inferiore al Centro (78%) e più bassa al Sud e nelle Isole (60%) (Grafico 1). Tuttavia, se si considera la sola copertura garantita dai programmi di screening organizzato, emergono differenze ancora più marcate: nel Nord vi accede il 67% delle donne, al Centro il 56%, mentre nel Meridione la percentuale scende drasticamente al 37%. Sebbene lo screening eseguito su iniziativa spontanea risulti più diffuso al Centro e nel Meridione (coinvolgendo, rispettivamente, il 22% e il 23% delle donne, rispetto al 16% del Nord), questo non è sufficiente a colmare il divario determinato dalla minore adesione ai programmi organizzati. Si precisa che la regione Lombardia non partecipa alla sorveglianza PASSI; di conseguenza, i dati relativi al Nord non possono essere considerati pienamente rappresentativi della copertura in tale macroarea.

L'analisi temporale delle regioni evidenzia andamenti

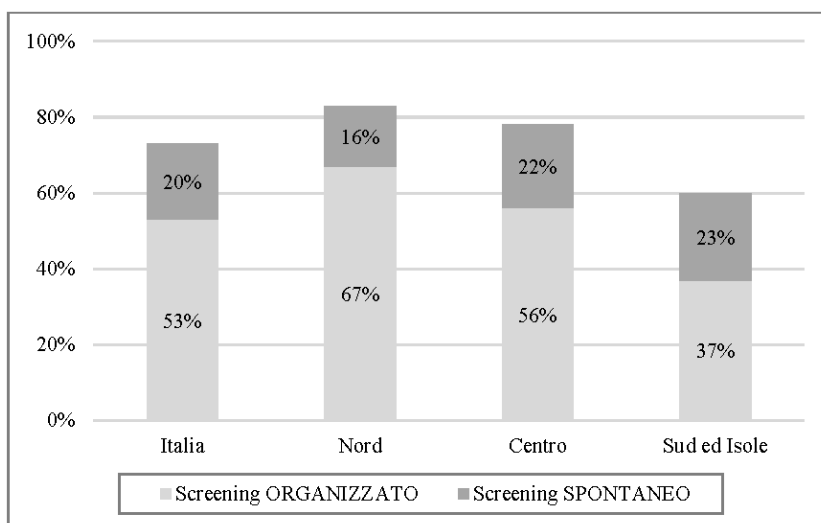
fortemente eterogenei nella copertura da screening organizzato nel periodo post-pandemico. In molte regioni, i valori del 2023 risultano ancora inferiori a quelli del 2019, segno che gli effetti della pandemia non sono stati pienamente recuperati. È il caso, ad esempio, di Calabria (-66,9%), Basilicata (-54,9%), Valle d'Aosta (-36,0%), Sardegna (-25,7%), Abruzzo (-22,4%), Lazio e PA di Bolzano (entrambe -13,7%). Tuttavia, non mancano eccezioni positive: il Molise (+65,7%), Puglia (+40,1%) e l'Umbria (+2,1%) che presentano aumenti anche significativi della copertura rispetto al periodo pre-pandemico (Tabella 1).

Nel contesto dell'evoluzione temporale osservata, la pandemia di COVID-19 ha rappresentato un momento di forte discontinuità: nel 2020 e nel 2021 si è registrata una significativa riduzione della copertura totale dello screening mammografico, dovuta sia alla sospensione o rallentamento dell'offerta da parte delle ASL, impegnate nella gestione dell'emergenza sanitaria, sia a una minore adesione da parte delle donne. Il ricorso allo screening su iniziativa spontanea, in quel periodo, non è stato sufficiente a compensare il calo dell'organizzato. Nel biennio successivo si è osservato un tentativo di ripresa, ma con andamenti disomogenei sul territorio nazionale e, in molte regioni, senza un pieno recupero dei livelli pre-pandemici.

Per quanto riguarda la copertura da screening mammografico su iniziativa spontanea, l'analisi temporale evidenzia che, tra il 2019 e il 2023, questa è aumentata in numerose regioni, spesso in parallelo a una riduzione della copertura da screening organizzato. È il caso, ad esempio, di Valle d'Aosta, Basilicata, Calabria, Campania e Sardegna, dove alla flessione, talvolta marcata, dell'offerta organizzata corrisponde un aumento significativo del ricorso allo screening su iniziativa spontanea, verosimilmente come risposta a una minore disponibilità o accessibilità dei programmi istituzionali. In alcune regioni del Centro-Nord si osserva un lieve calo della copertura da screening organizzato (fino al -2,8%), accompagnato da un incremento dello screening su iniziativa spontanea: Piemonte (-1,8% vs +7,2%), Veneto (-1,7% vs +18,0%), Friuli-Venezia Giulia (-2,8% vs +5,2%), Emilia-Romagna (-1,7% vs +34,6%) (Tabella 1, Tabella 2).

Questo lascia ipotizzare che, in alcuni contesti, i due canali possano coesistere o che lo screening su iniziativa spontanea tenda ad attivarsi quando l'offerta pubblica mostra segnali di flessione. Nel complesso, il ricorso allo screening su iniziativa spontanea appare spesso influenzato da dinamiche sistemiche legate all'organizzazione e all'accessibilità dei programmi di screening sul territorio.

Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, nell'ambito di screening organizzati o su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2022-2023



Fonte dei dati: PASSI. Anno 2025.

Tabella 1 - Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, nell'ambito di screening organizzati, per regione - Anni 2019-2023

Regioni	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2022)	Δ % (2023-2022)
Piemonte	65,0	54,1	52,1	57,7	63,8	-1,8	10,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	83,3	n.r.	43,3	57,1	53,3	-36,0	-6,7
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Bolzano-Bozen	68,8	53,6	42,5	71,1	59,4	-13,7	-16,5
Trento	78,4	86,5	59,3	68,4	77,1	-1,7	12,7
Veneto	68,7	69,5	61,2	64,3	67,5	-1,7	5,0
Friuli-Venezia Giulia	71,5	71,0	68,2	65,5	69,5	-2,8	6,1
Liguria	66,7	61,3	66,9	59,3	63,2	-5,2	6,6
Emilia-Romagna	77,3	76,0	75,1	76,4	76,0	-1,7	-0,5
Toscana	78,5	78,0	65,6	69,2	70,7	-9,9	2,2
Umbria	75,0	72,2	76,1	75,5	76,6	2,1	1,5
Marche	51,7	45,7	45,4	48,7	49,3	-4,6	1,2
Lazio	54,0	58,5	46,9	45,4	46,6	-13,7	2,6
Abruzzo	41,9	52,5	26,5	34,8	32,5	-22,4	-6,6
Molise	29,7	38,9	30,2	33,3	49,2	65,7	47,7
Campania	30,6	20,5	16,9	23,8	28,6	-6,5	20,2
Puglia	33,4	33,6	49,0	41,8	46,8	40,1	12,0
Basilicata	75,4	65,7	44,9	64,2	34,0	-54,9	-47,0
Calabria	34,4	8,7	15,3	8,0	11,4	-66,9	42,5
Sicilia	50,7	55,8	48,1	56,2	45,9	-9,5	-18,3
Sardegna	52,5	49,3	33,0	48,6	39,0	-25,7	-19,8
Italia	56,7	52,2	48,7	52,1	52,9	-6,7	1,5

n.d. = non disponibile.

Nota: dal 2017 la Lombardia non aderisce al sistema di sorveglianza PASSI.

Fonte dei dati: PASSI. Anno 2025.

Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, nell'ambito di screening organizzati, per regione. Anno 2023

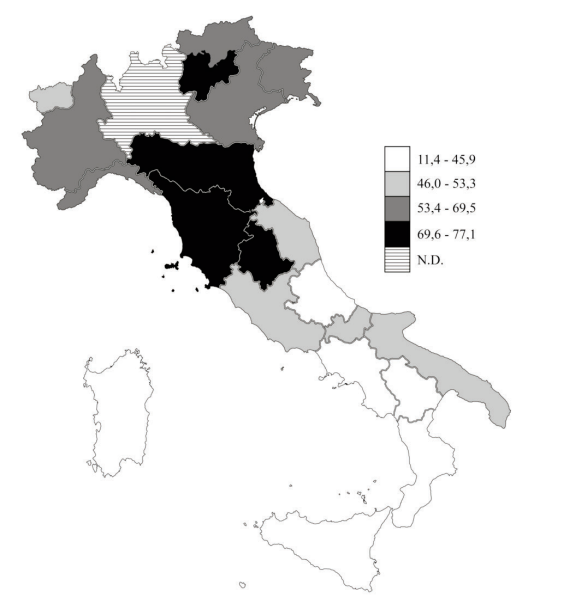
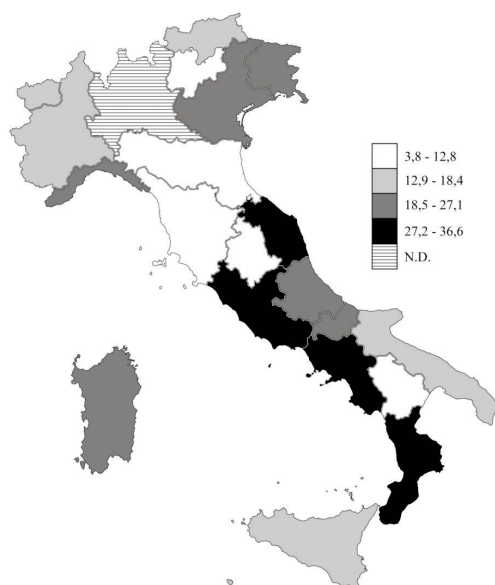


Tabella 2 - Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione - Anni 2019-2023

Regioni	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2022)	Δ % (2023-2022)
Piemonte	12,5	15,0	17,1	14,1	13,4	7,2	-5,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,8	n.d.	5,6	14,3	16,9	503,6	18,2
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Bolzano-Bozen	10,9	19,6	15,0	14,5	15,6	43,1	7,6
Trento	4,1	2,7	4,9	5,3	3,8	-7,3	-28,3
Veneto	17,8	19,6	18,0	17,8	21,0	18,0	18,0
Friuli-Venezia Giulia	19,4	21,4	18,5	23,1	20,4	5,2	11,7
Liguria	18,7	20,5	20,4	20,5	21,3	13,9	3,9
Emilia-Romagna	7,8	9,9	11,8	11,2	10,5	34,6	-6,2
Toscana	7,5	10,2	16,0	8,8	9,6	28,0	9,1
Umbria	13,7	11,4	10,3	9,6	9,4	-31,4	-2,1
Marche	40,4	30,2	43,6	30,6	31,3	-22,5	2,3
Lazio	25,2	22,2	23,6	28,6	31,1	23,4	8,7
Abruzzo	17,1	8,1	23,6	19,0	23,8	39,2	25,3
Molise	26,4	30,6	12,7	22,2	27,1	2,7	22,1
Campania	25,0	33,2	28,6	31,7	36,2	44,8	14,2
Puglia	30,6	34,8	16,8	20,4	18,4	-39,9	-9,8
Basilicata	4,2	6,4	16,8	11,0	12,8	204,8	16,4
Calabria	22,9	39,2	28,6	31,8	36,6	59,8	15,1
Sicilia	9,4	13,0	14,3	10,8	13,3	41,5	23,1
Sardegna	14,9	20,3	20,5	16,1	21,5	44,3	33,5
Italia	17,9	21,0	19,8	19,3	20,9	16,8	8,3

n.d. = non disponibile.
Nota: dal 2017 la Lombardia non aderisce al sistema di sorveglianza PASSI.
Fonte dei dati: PASSI. Anno 2025.

Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anno 2023



Raccomandazioni di Osservasalute

I risultati evidenziano la necessità di rafforzare e rendere più omogenea, su tutto il territorio nazionale, l'offerta dei programmi di screening mammografico organizzati. La persistente variabilità regionale e il mancato pieno recupero dei livelli pre-pandemici in molte aree del Paese rendono prioritario un investimento specifico nelle regioni a più bassa copertura, attraverso azioni strutturali di programmazione, gestione e monitoraggio.

Parallelamente, è fondamentale promuovere l'adesione allo screening attraverso interventi di sensibilizzazione mirati e sistematici, sia tramite l'invio formale dell'invito da parte delle ASL sia attraverso il coinvolgimento attivo degli operatori sanitari, in particolare dei MMG. L'azione combinata di questi strumenti si conferma efficace nel sostenere comportamenti di prevenzione, in particolare tra le donne meno propense a aderire spontaneamente.

Lo screening su iniziativa spontanea, seppur utile in alcuni contesti per intercettare parte della popolazione *target*, non può sostituirsi all'offerta strutturata dei programmi organizzati. Va, dunque, evitato che diventi la principale modalità di accesso nelle regioni a offerta debole, per non generare disuguaglianze nella qualità del percorso diagnostico e terapeutico.

Infine, si raccomanda di investire in formazione continua per gli operatori sanitari, affinché siano messi nelle condizioni di svolgere un ruolo informativo e motivazionale efficace, contribuendo così a promuovere un'adesione consapevole.

Riferimenti bibliografici

(1) I numeri del cancro in Italia, 2024. A cura di: AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, Osservatorio Nazionale Screening, PASSI e PASSI d'Argento SIAPEC - IAP. Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2025/01/2024_NDC_web-def.pdf.

Screening per il tumore della cervice uterina

Significato. A livello globale, il carcinoma della cervice uterina rappresenta la quarta causa di morte per tumore nelle donne, con oltre 660 mila nuovi casi e circa 350 mila decessi registrati nel 2022. La malattia colpisce in particolare donne in età lavorativa e riproduttiva, con importanti ricadute sul piano personale, familiare e socio-economico. In Italia, si stimano circa 2.400 nuovi casi all'anno e circa 500 decessi.

L'eziologia del tumore alla cervice è riconducibile nel 97% dei casi all'infezione da HPV, la più comune infezione sessualmente trasmessa al mondo. Sebbene nella maggior parte dei casi l'infezione decorra in modo transitorio e asintomatico, con risoluzione spontanea nel 60-90% dei casi entro 1-2 anni, la sua persistenza può determinare la comparsa di lesioni precancerose. Se non identificate e trattate precocemente, queste lesioni possono evolvere in carcinoma invasivo. Il rischio di progressione dipende principalmente dal genotipo virale: in particolare, i ceppi HPV 16 e 18 sono considerati ad alto rischio oncogeno, con un periodo di latenza tra infezione e sviluppo del cancro che può superare i 10 anni.

Oggi il carcinoma della cervice uterina è considerato una malattia in larga parte prevenibile, grazie alla disponibilità di vaccini profilattici contro i principali ceppi oncogeni di HPV. Per questo motivo, la vaccinazione anti-HPV è uno dei pilastri della strategia globale dell'OMS, espressa nella "Strategia Globale per l'eliminazione del Cancro della Cervice Uterina" lanciata nel 2020, che si basa su 3 azioni integrate: vaccinazione (oggi in Italia offerta gratuitamente a ragazze e ragazzi a partire dai 12 anni), programmi di screening e trattamento.

ning e trattamento.

Le Linee Guida europee e italiane promuovono l'adozione di programmi di screening organizzati, basati sull'invito attivo da parte delle ASL e sull'offerta di percorsi assistenziali gratuiti, standardizzati e garantiti. Lo screening per il cancro della cervice uterina è raccomandato per le donne tra i 25-64 anni. Le due modalità di screening previste sono il test di Papanicolaou, meglio conosciuto come Pap test, raccomandato ogni 3 anni nelle donne tra i 25 e i 30-35 anni non precedentemente vaccinate, che consente di individuare alterazioni cellulari della cervice e il test HPV-DNA, raccomandato ogni 5 anni per le donne dai 30-64 anni, vaccinate e non, che rileva direttamente il DNA del virus HPV ad alto rischio, con una maggiore sensibilità nel riconoscere lesioni precancerose. Tuttavia, l'offerta dello screening organizzato non è omogenea a livello nazionale, e ciò fa sì che una quota significativa di donne acceda allo screening su iniziativa personale, al di fuori dei programmi pubblici.

Il sistema di sorveglianza PASSI raccoglie e analizza i dati sulla copertura dello screening cervicale, distinguendo tra adesione ai programmi organizzati e ricorso allo screening su iniziativa spontanea. I dati sono raccolti direttamente dalle ASL attraverso interviste a un campione rappresentativo della popolazione target. Nel biennio 2022-2023, il campione ha incluso circa 20.182 donne di età compresa tra 25-64 anni. PASSI monitora, inoltre, i fattori associati alla partecipazione allo screening e le attività di promozione svolte a livello locale.

Percentuale di donne che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore alla cervice uterina a scopo preventivo su iniziativa spontanea

Numeratore	Donne in età 25-64 anni che dichiarano di aver eseguito un Pap test nei 3 anni precedenti l'intervista e/o test HPV nei 5 anni precedenti la data dell'intervista	
Denominatore	Donne in età 25-64 anni, che rispondono di aver eseguito o di non aver eseguito, a scopo preventivo, il Pap test nei 3 anni precedenti l'intervista e/o test HPV nei 5 anni precedenti la data dell'intervista escluse sia quelle che rifiutano di rispondere sia quelle che rispondono "non so"	x 100

Validità e limiti. La sorveglianza PASSI raccoglie dati auto-riferiti tramite interviste telefoniche a un campione rappresentativo di adulti, in questo caso donne tra i 25-64 anni, selezionate dagli elenchi delle ASL. In contesti internazionali, i dati auto-riferiti sono stati confrontati con fonti oggettive (diari clinici, registri etc.), dimostrando un'elevata sensibilità ma una specificità moderata, che potrebbe causare una sovrastima: alcune donne possono, infatti, dichiarare di aver effettuato il test di screening negli ultimi 3 anni, pur non avendolo fatto. Questo fenomeno può

derivare dall'effetto telescopico, per cui il test viene ricordato come più recente di quanto non sia, o dalla convinzione errata che il test sia stato eseguito durante una visita ginecologica. Va, infine, ricordato che, in Italia, i registri dei programmi organizzati non includono le informazioni sugli screening effettuati spontaneamente, mentre PASSI è in grado di rilevarli, offrendo così una stima più completa del fenomeno.

Valore di riferimento/Benchmark. È difficile stabilire un valore di riferimento per questo indicatore.

Dove i programmi di screening organizzati coprono efficacemente l'intera popolazione femminile *target* (25-64 anni), l'iniziativa spontanea dovrebbe essere assente. Tuttavia, in molte aree lo screening spontaneo sopperisce alla carenza di offerta da parte delle ASL ed è quindi auspicabile, purché raggiunga le donne escluse dai programmi organizzati.

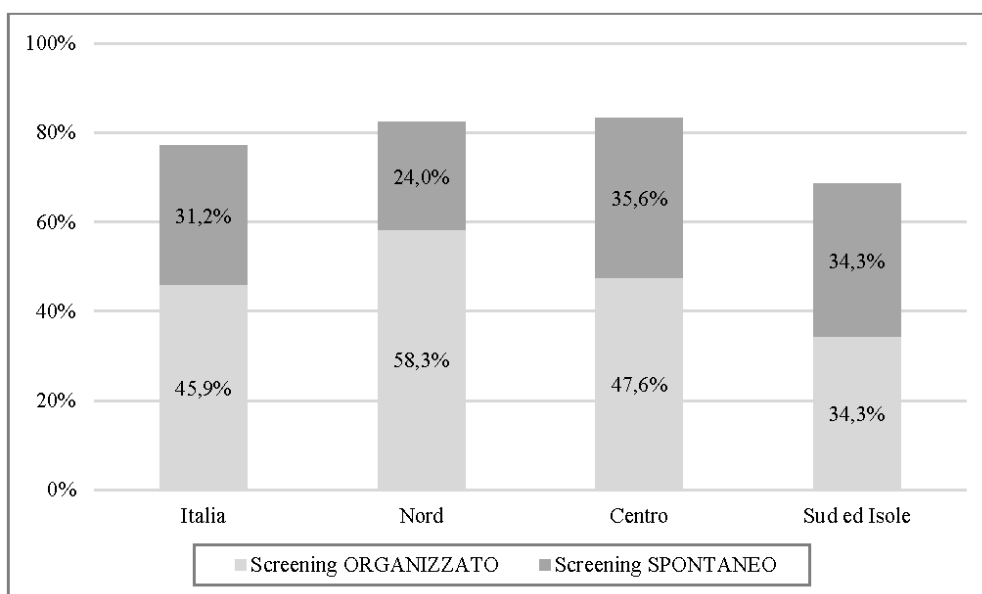
Descrizione dei risultati

Nel biennio 2022-2023, il 77,1% delle donne di età compresa tra i 25-64 anni ha dichiarato di essersi sottoposta a un test di screening per l'HPV a scopo preventivo nei 3 o 5 anni precedenti, come raccomandato dalle Linee Guida nazionali. Tuttavia, solo il 45,9% ha aderito ai programmi di screening organizzati dalle ASL, mentre il restante 31,2% vi ha fatto ricorso su iniziativa spontanea (Grafico 1). L'analisi per macroaree evidenzia una netta frattura territoriale: nel Centro e Nord, la copertura complessiva si attesta, rispettivamente, all'83,2% e all'82,3%, mentre al Sud e nelle Isole scende al 68,6%. Particolarmente marcato è anche il divario tra screening organizzato e spontaneo. Se, infatti, al Nord il 58,3% delle donne accede a programmi organizzati, al Centro la quota scende al 47,6%, fino a crollare al 34,3% al Sud e nelle Isole. Nel Centro, inoltre, il ricorso da parte del 35,6% delle donne a test di screening su iniziativa spontanea riesce a compensare le carenze del sistema organizzato e porta a valori di screening totale lievemente più alti di quelli del Nord. Al Meridione tale compensazione è

insufficiente: il 34,3% di adesione spontanea non basta a garantire una copertura elevata.

Dal punto di vista temporale, l'analisi evidenzia andamenti fortemente disomogenei nella copertura da screening organizzato nel periodo post-pandemico. La pandemia di COVID-19 ha, infatti, causato una significativa discontinuità, determinata sia dalla sospensione o rallentamento dei programmi delle ASL, sia da una minore adesione da parte delle donne. Nel 2023, ben 14 regioni registrano livelli di copertura inferiori rispetto al 2019, segnalando un recupero ancora incompleto dagli effetti della pandemia. I cali più significativi si osservano in Calabria (-59,7%), Valle d'Aosta (-57,2%), Basilicata (-40,0%) e Abruzzo (-30,3%). Si registrano, però, anche segnali positivi: tra il 2019 e il 2023, alcune regioni hanno mostrato una crescita della copertura da screening organizzato, come la Puglia (+49,2%), il Molise (+12,5%), la Liguria (+9,1%), l'Umbria (+7,0%), la PA di Trento (+2,4%) e il Friuli-Venezia Giulia (+2,0%) (Tabella 1). Contemporaneamente, durante il periodo pandemico, si è registrato un significativo aumento del ricorso allo screening su iniziativa spontanea. In 14 regioni si è osservata una crescita tra il 2019 e il 2023, con incrementi particolarmente marcati in Valle d'Aosta (+3.457,1%), Calabria (+72,7%), Sicilia (+52,5%) e Molise (+50,3%). Tuttavia, questo aumento non è sempre riuscito a compensare il forte calo della copertura da screening organizzato (Tabella 2).

Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il cancro alla cervice uterina a scopo preventivo nei 3-5 anni precedenti l'intervista, nell'ambito di screening organizzati o su iniziativa spontanea, per macroarea - Anni 2022-2023



Fonte dei dati: PASSI. Anno 2025.

Tabella 1 - Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il cancro alla cervice uterina a scopo preventivo nei 3-5 anni precedenti l'intervista, nell'ambito di screening organizzati, per regione - Anni 2019-2023

Regioni	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2022)	Δ % (2023-2022)
Piemonte	66,5	64,1	55,5	57,2	60,1	-9,6	5,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	84,2	n.d.	58,3	60,7	36,0	-57,2	-40,7
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Bolzano-Bozen	64,7	53,9	53,3	68,6	55,9	-13,6	-18,5
Trento	62,7	64,5	68,4	64,9	64,2	2,4	-1,1
Veneto	61,5	66,5	56,2	56,3	53,5	-13,0	-5,0
Friuli-Venezia Giulia	69,4	68,8	65,8	69,1	70,8	2,0	2,5
Liguria	39,7	43,0	43,9	40,9	43,3	9,1	5,9
Emilia-Romagna	73,0	64,5	65,1	68,7	63,4	-13,2	-7,7
Toscana	74,3	75,2	67,9	61,3	67,0	-9,8	9,3
Umbria	68,5	60,8	74,7	65,7	73,3	7,0	11,6
Marche	50,5	54,8	52,0	48,0	41,9	-17,0	-12,7
Lazio	43,6	48,3	39,1	37,1	33,9	-22,2	-8,6
Abruzzo	41,9	52,9	31,3	32,0	29,2	-30,3	-8,8
Molise	26,3	36,0	17,7	24,3	29,6	12,5	21,8
Campania	27,0	12,9	16,8	15,4	20,5	-24,1	33,1
Puglia	35,4	33,6	48,8	46,6	52,8	49,2	13,3
Basilicata	63,5	52,1	43,4	53,0	38,1	-40,0	-28,1
Calabria	36,0	30,8	36,8	23,5	14,5	-59,7	-38,3
Sicilia	51,3	46,1	47,4	46,9	39,6	-22,8	-15,6
Sardegna	60,3	48,9	50,0	47,8	43,5	-27,9	-9,0
Italia	52,3	47,5	46,5	46,8	45,9	-12,2	-1,9

n.d. = non disponibile.

Nota: dal 2017 la Lombardia non aderisce al sistema di sorveglianza PASSI.

Fonte dei dati: PASSI. Anno 2025.

Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il cancro alla cervice uterina a scopo preventivo nei 3-5 anni precedenti l'intervista, nell'ambito di screening organizzati, per regione. Anno 2023

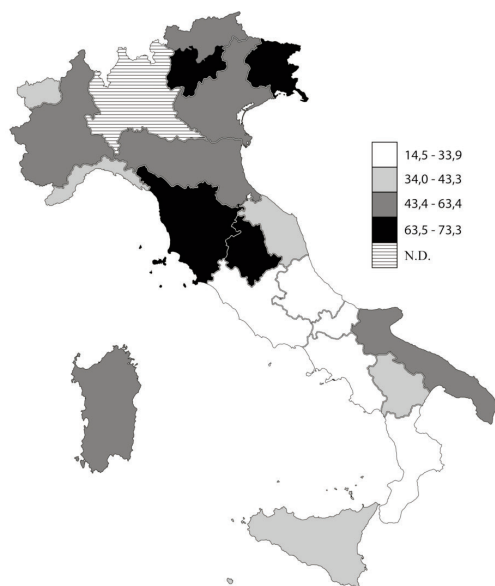


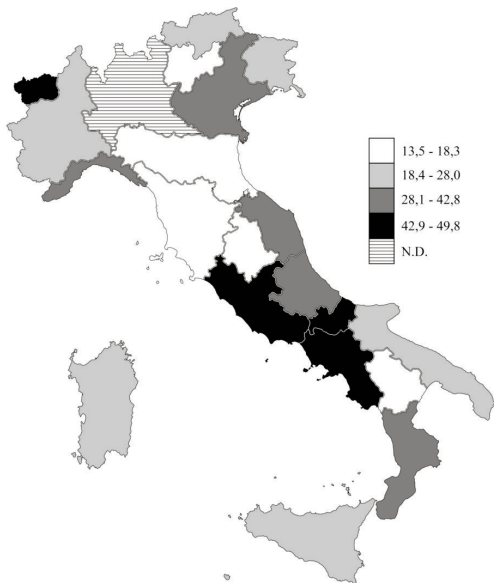
Tabella 2 - *Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il cancro alla cervice uterina a scopo preventivo nei 3-5 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione - Anni 2019-2023*

Regioni	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2019)	Δ % (2023-2022)
Piemonte	19,3	18,7	21,8	22,1	19,0	-1,6	-14,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	1,4	n.d.	7,9	29,0	49,8	3457,1	71,7
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Bolzano-Bozen	25,2	33,1	37,9	25,0	28,0	11,1	12
Trento	19,3	22,8	18,5	20,0	15,8	-18,1	-21,0
Veneto	26,6	25,4	27,0	30,2	29,0	9,0	-4,0
Friuli-Venezia Giulia	23,4	20,1	23,1	22,2	19,4	-17,1	-12,6
Liguria	43,6	45,1	45,7	37,1	42,8	-1,8	15,4
Emilia-Romagna	17,0	24,3	19,5	16,5	18,3	7,6	10,9
Toscana	16,1	11,9	14,4	18,2	16,5	2,5	-9,3
Umbria	20,3	18,3	12,6	22,2	13,5	-33,5	-39,2
Marche	32,8	31,6	29,9	33,0	39,1	19,2	18,5
Lazio	44,2	35,7	44,6	45,9	49,2	11,3	7,2
Abruzzo	29,7	25,0	34,9	30,6	35,4	19,2	15,7
Molise	30,8	35,8	32,9	30,4	46,3	50,3	52,3
Campania	39,1	47,8	48,2	49,0	49,2	25,8	0,4
Puglia	40,5	44,5	22,4	27,7	24,4	-39,8	-11,9
Basilicata	11,8	16,6	21,6	18,0	15,7	33,1	-12,8
Calabria	24,5	32,0	27,3	35,3	42,3	72,7	19,8
Sicilia	18,3	23,0	25,2	26,8	27,9	52,5	4,1
Sardegna	15,7	15,7	26,2	20,4	23,0	46,5	12,7
Italia	28,3	30,3	30,6	30,5	31,2	10,2	2,3

n.d. = non disponibile.
Nota: dal 2017 la Lombardia non aderisce al sistema di sorveglianza PASSI.

Fonte dei dati: PASSI. Anno 2025.

Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il cancro alla cervice uterina a scopo preventivo nei 3-5 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione. Anno 2023



Raccomandazioni di Osservasalute

I risultati evidenziano la necessità di rafforzare e rendere più omogenea, su tutto il territorio nazionale, l'offerta dei programmi di screening per il cancro della cervice uterina organizzati. La persistente variabilità regionale e il mancato pieno recupero dei livelli pre-pandemici in molte aree del Paese rendono prioritario un investimento specifico nelle regioni a più bassa copertura, attraverso azioni strutturali di programmazione, gestione e monitoraggio.

Parallelamente, è fondamentale promuovere l'adesione allo screening attraverso interventi di sensibilizzazione mirati e sistematici, sia tramite l'invio formale dell'invito da parte delle ASL sia attraverso il coinvolgimento attivo degli operatori sanitari, in particolare dei MMG. L'azione combinata di questi strumenti si conferma efficace nel sostenere comportamenti di prevenzione, in particolare tra le donne meno propense a aderire spontaneamente per motivi socio-economici e/o culturali.

Lo screening su iniziativa spontanea, sebbene rappresenti una modalità legittima di accesso alla prevenzione da parte di molte donne, spesso eseguito a seguito di diretto consiglio del medico curante o durante una visita ginecologica di routine, non garantisce lo stesso

livello di equità, gratuità e integrazione nei percorsi assistenziali dei programmi organizzati. È quindi importante evitare che, soprattutto nelle regioni con offerta pubblica debole, esso diventi la principale modalità di accesso, con il rischio di amplificare disuguaglianze nell'accesso, nella qualità diagnostico-terapeutica e nella tracciabilità degli esiti.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization (WHO). Cervical cancer. Fact sheet. Disponibile sul sito: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer.
- (2) I numeri del cancro in Italia, 2024. A cura di: AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, Osservatorio Nazionale Screening, PASSI e PASSI d'Argento SIAPEC - IAP. Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2025/01/2024_NDC_web-def.pdf.
- (3) Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Strategia globale per accelerare l'eliminazione del tumore della cervice uterina come problema di sanità pubblica. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2020. Licenza: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (4) Fondazione AIRC per la Ricerca sul Cancro. Screening oncologici in ogni regione: mettiamo ordine. Disponibile sul sito: www.airc.it/cancro/prevenzione-tumore/guida-agli-screening/screening-oncologici-in-ogni-regione-mettiamo-ordine.

Screening per il tumore del colon-retto

Significato. Il tumore del colon-retto è uno dei tumori più frequenti nella popolazione italiana, secondo solo al tumore della mammella per incidenza complessiva. La diagnosi precoce, insieme al progresso dei trattamenti, ha prodotto un significativo miglioramento nelle percentuali di guarigione e nella sopravvivenza di questa neoplasia. Oggi si stima una probabilità di sopravvivenza netta a 5 anni pari al 65% negli uomini e 66% nelle donne e una probabilità di vivere ulteriori 4 anni condizionata ad aver superato il primo anno dopo la diagnosi, pari al 77% per gli uomini e 79% per le donne. Nel 2024, sono state stimate circa 48.706 nuove diagnosi di tumore del colon-retto (27.473 uomini e 21.233 donne) e si stima siano 442.600 le persone viventi in Italia dopo una diagnosi di tumore del colon retto (227.600 uomini e 215 mila donne). Nel 2022 sono stati stimati 24.200 decessi (13.000 uomini e 11.200 donne); tuttavia, non sono disponibili le stime per il 2023.

La ricerca del Sangue Occulto Fecale (SOF) e le indagini endoscopiche (colonscopia e retto-sigmoidoscopia) costituiscono i principali strumenti di screening nella popolazione asintomatica: consentono di individuare e asportare gli adenomi prima che si trasformino in carcinoma e di diagnosticare precocemente eventuali neoplasie, riducendo così la mortalità. Per

questa ragione, in Italia, il Ministero della Salute raccomanda alle ASL di organizzare programmi di screening rivolti alla popolazione di età 50-69 anni, che offrano la ricerca del SOF con frequenza biennale.

Tutte le regioni (con l'eccezione del Piemonte) offrono alle persone di età 50-69 anni il test per la ricerca di SOF ogni 2 anni (con colonscopia come test di secondo livello, nei casi positivi al SOF). Alcune (tra cui il Lazio e l'Umbria) estendono l'invito fino ai 74 anni. Il Piemonte offre la retto-sigmoidoscopia a 58 anni una volta nella vita e in caso di non risposta offre il SOF biennale fino a 69 anni.

Il sistema PASSI rileva informazioni sulla copertura dello screening del tumore del colon-retto, nell'ambito dei programmi organizzati dalle ASL oppure su iniziativa personale, i fattori predittivi della pratica dello screening e le attività di promozione. Nella presente Sezione vengono presentati i dati PASSI stimati su un campione complessivo di 25.063 persone di età 50-69 anni e riferiti al biennio 2022-2023. Nel 2023 l'attività dei programmi di screening coloretale ha mostrato, per il terzo anno consecutivo, un progressivo incremento dei volumi di inviti alla popolazione e si può considerare rientrato il ritardo legato alla pandemia da COVID-19.

Percentuale di persone che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto a scopo preventivo nell'ambito di programmi organizzati

Numeratore	Persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo nell'ambito di programmi organizzati
Denominatore	Persone di età 50-69 anni intervistate che dichiarano di essersi sottoposte o meno a screening per il tumore del colon-retto

x 100

Percentuale di persone che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto a scopo preventivo nell'ambito di programmi su iniziativa spontanea

Numeratore	Persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo su iniziativa spontanea
Denominatore	Persone di età 50-69 anni intervistate che dichiarano di essersi sottoposte o meno a screening per il tumore del colon-retto

x 100

Validità e limiti. Gli indicatori forniscono una stima della quota complessiva di popolazione coperta da un intervento preventivo appropriato (sia nell'ambito di programmi organizzati che su iniziativa spontanea) e derivano dall'integrazione cumulativa delle prevalenze di coloro che hanno eseguito il SOF e/o l'endoscopia negli intervalli di tempo specificati. Gli studi, che

hanno valutato la validità dei dati riferiti per stimare l'effettuazione dello screening con il test SOF e gli esami endoscopici, hanno evidenziato una sovrastimazione per entrambi i test.

In mancanza di certezze sull'intervallo ottimale di esecuzione dell'esame endoscopico, l'indicatore è stato basato su un periodo di riferimento di 5 anni,

seguito l'indicazione del *Behavioural Risk Factor Surveillance System*. Sono state escluse le persone che si sono rifiutate di rispondere e quelle che hanno risposto "non so". Entrambi gli indicatori elementari, in base ai quali si calcolano questi indicatori cumulativi, possono sovra-stimare la copertura; pertanto, in assenza di studi effettuati nel contesto italiano, è consigliata cautela nell'interpretazione di questo dato.

L'espressione di questi indicatori si riferiscono al calcolo della stima per ASL; per garantire idonea rappresentatività degli stessi indicatori a livello regionale e nazionale, i dati delle singole ASL vengono aggregati per regione e opportunamente pesati. Le ASL piemontesi sono escluse da queste stime a causa della non confrontabilità dei programmi di screening adottati. La Lombardia non partecipa alla sorveglianza PASSI, pertanto non sono inclusi i dati riferiti a questa regione.

Valore di riferimento/Benchmark. L'atteso è che la totalità delle persone nella fascia di età 50-69 anni sia invitata a eseguire lo screening e lo esegua nei tempi consigliati.

Descrizione dei risultati

La copertura media nazionale dello screening per il tumore del colon-retto è molto lontana dall'atteso: dai dati PASSI 2023, il 38,7% della popolazione *target* riferisce di aver aderito alla campagna di screening organizzato dalla regione di appartenenza per la diagnosi precoce dei tumori colorettali, mentre il 7,9% riferisce di essersi sottoposto su iniziativa spontanea ad uno degli esami previsti: ricerca del SOF negli ultimi 2 anni oppure colonscopia/retto-sigmoidoscopia, negli ultimi 5 anni (Grafico 1). Si osserva un marcato gradiente geografico sia per i programmi di screening organizzati sia per le iniziative spontanee. Il ricorso ai programmi di screening organizzati è molto più elevato al Nord (61,3%), moderato al Centro (43,7%) e decisamente ridotto al Sud e nelle Isole (20,1%). Lo screening su iniziativa spontanea è, invece, relativamente più consistente al Centro (10,0%) e al Sud e nelle Isole (7,7%) rispetto al Nord (6,3%).

L'analisi dell'evoluzione 2019-2023 mostra ampie eterogeneità nell'adesione alle campagne di screening organizzato (Tabella 1). Si osservano diminuzioni marcate in Calabria (-46,5%), Basilicata (-42,6%), Campania (-32,5%), Sicilia (-25,2%), Marche (-19,5%), Abruzzo (-19,2%), Toscana (-16,3%), PA Trento (-16,1%), Sardegna (-14,0%) e Lazio (-12,3%). Rialzi eccezionali riguardano soprattutto la Puglia (+364,1%), seguita dal

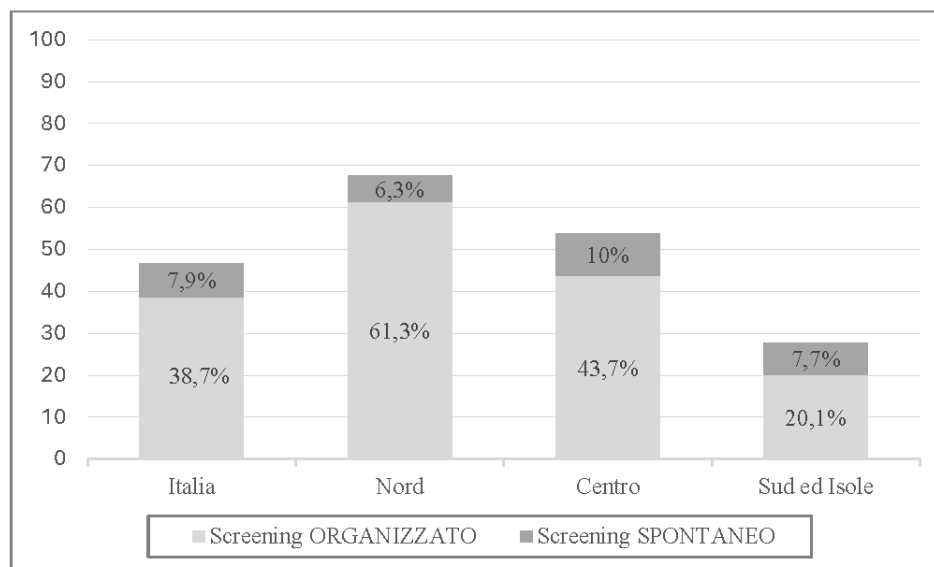
Molise (+98,9%) e, in maniera più contenuta, dalla Liguria (+12,0%). Andamenti con decrementi minimi si osservano in Valle d'Aosta (-8,8%), PA Bolzano (-8,5%), Umbria (-7,2%), Emilia-Romagna (-3,6%), Veneto (-3,1%) e Friuli-Venezia Giulia (-0,4%). Il picco di contrazione si è registrato nel 2020, in piena emergenza COVID-19, per la sospensione o il rallentamento dei programmi di screening organizzati. Il biennio successivo ha manifestato tentativi di recupero, ma in molte regioni i livelli del 2023 restano inferiori al 2019.

Parallelamente, lo screening su iniziativa spontanea ha mostrato dinamiche spesso opposte (Tabella 2). Aumenti significativi si sono registrati in Basilicata (+278,3%), Calabria (+183,3%), Marche (+78,9%), Emilia-Romagna (+65,2%), Molise (+45,8%), Campania (+24,2%), Toscana (+21,6%), PA Trento (+11,6%) e Lazio (+7,8%). Diminuzioni in Umbria (-49,0%), Sicilia (-37,5%), PA Bolzano (-23,3%), Abruzzo (-13,9%), Friuli-Venezia Giulia (-11,7%), Liguria (-11,5%), Veneto (-9,7%), Puglia (-5,6%) e Sardegna (-3,7%).

Sebbene le coperture dello screening per il tumore del colon-retto siano ancora lontane dall'atteso, l'andamento è in crescita in tutto il Paese, grazie all'aumento dell'offerta e dell'adesione allo screening organizzato. Nel biennio 2022-2023, a livello nazionale, la partecipazione ai programmi di screening organizzati è cresciuta passando dal 37,9% al 38,7% (+2,1%) (Tabella 1). Il quadro regionale mostra rilevanti incrementi in Molise (+136,2%), Puglia (+108,0%), Liguria (+26,3%), Campania (+18,2%), Sardegna (+13,7%), Marche (+8,4%), Toscana (+4,2%), Valle d'Aosta (+2,6%) e Veneto (+0,4%). Flessioni marcate in Calabria (-84,0%), Basilicata (-32,1%), Abruzzo (-21,3%), Sicilia (-14,9%) e PA Bolzano (-8,3%). Variazioni contenute in Umbria (-5,2%), PA Trento (-2,8%), Friuli-Venezia Giulia (-1,5%), Lazio (-1,1%) ed Emilia-Romagna (-0,5%).

Allo stesso modo, lo screening su iniziativa spontanea aumenta, a livello nazionale, passando dal 7,1% al 7,9% (+11,3%) (Tabella 2). Crescite importanti si rilevano in Basilicata (+42,6%), Valle d'Aosta (+42,2%), Lazio (+27,6%), Veneto (+27,3%), Toscana (+26,5%), Puglia (+24,4%) e Sardegna (+21,9%). Incrementi moderati si osservano in Calabria (+16,7%), PA di Bolzano (16,5%), Campania (+15,7%), Marche (+10,4%) ed Emilia-Romagna (+8,6%). Riduzioni in PA Trento (-36,0%), Sicilia (-34,8%), Molise (-30,5%), Liguria (-28,0%), Abruzzo (-11,2%), Umbria (-3,8%) e Friuli-Venezia Giulia (-3,6%).

Grafico 1 - Quota media (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo, su iniziativa spontanea o nell'ambito di programmi di screening organizzati, per macroarea - Anno 2023



Fonte dei dati: PASSI. Anno 2025.

Tabella 1 - Quota media (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo nell'ambito di screening organizzati, per regione - Anni 2019-2023

Regioni	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2022)	Δ % (2023-2022)
Piemonte	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	69,5	n.d.	56,1	61,8	63,4	-8,8	2,6
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Bolzano-Bozen	54,3	50,7	43,4	54,2	49,7	-8,5	-8,3
Trento	62,2	62,7	55,0	53,7	52,2	-16,1	-2,8
Veneto	70,2	62,3	60,1	67,7	68,0	-3,1	0,4
Friuli-Venezia Giulia	67,4	68,4	65,9	68,1	67,1	-0,4	-1,5
Liguria	41,6	55,5	39,1	36,9	46,6	12,0	26,3
Emilia-Romagna	61,8	59,2	64,1	59,9	59,6	-3,6	-0,5
Toscana	64,6	69,5	54,8	51,9	54,1	-16,3	4,2
Umbria	56,9	51,6	51,0	55,7	52,8	-7,2	-5,2
Marche	54,4	40,8	49,0	40,4	43,8	-19,5	8,4
Lazio	40,8	44,1	33,6	36,2	35,8	-12,3	-1,1
Abruzzo	29,2	37,7	27,1	30,0	23,6	-19,2	-21,3
Molise	17,7	30,5	9,6	14,9	35,2	98,9	136,2
Campania	24,0	14,2	13,1	13,7	16,2	-32,5	18,2
Puglia	3,9	4,6	7,2	8,7	18,1	364,1	108,0
Basilicata	58,2	42,3	32,9	49,2	33,4	-42,6	-32,1
Calabria	4,3	1,9	5,0	14,4	2,3	-46,5	-84,0
Sicilia	33,7	24,9	28,0	29,6	25,2	-25,2	-14,9
Sardegna	35,7	35,6	31,8	27,0	30,7	-14,0	13,7
Italia	42,2	36,3	35,5	37,9	38,7	-8,3	2,1

n.d. = non disponibile.

Nota: dal 2017 la Lombardia non aderisce al sistema di sorveglianza PASSI. Il Piemonte adotta un protocollo di screening differente, i cui dati non sono confrontabili con quelli delle altre regioni.

Fonte dei dati: PASSI. Anno 2025.

Quota media (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo nell'ambito di screening organizzati, per regione. Anno 2023

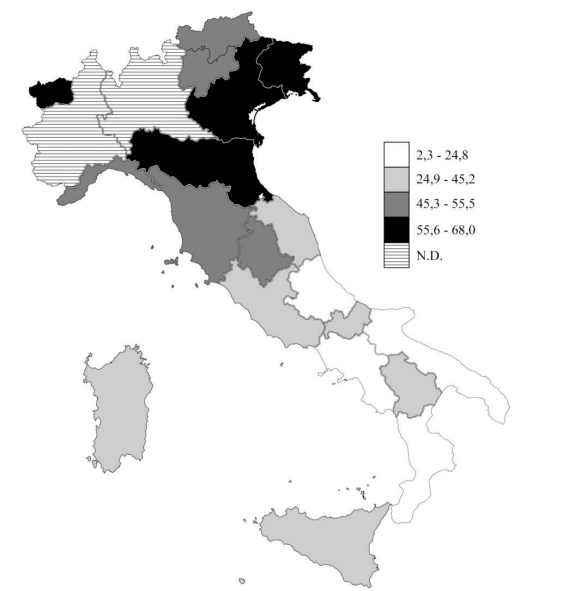
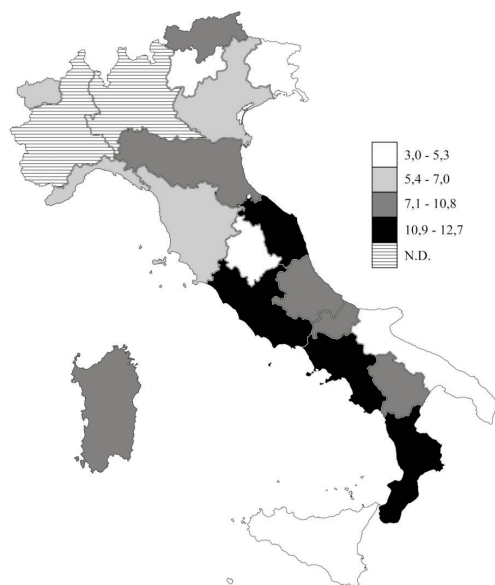


Tabella 2 - Quota media (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo su iniziativa spontanea, per regione - Anni 2019-2023

Regioni	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2019)	Δ % (2023-2022)
Piemonte	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,0	n.d.	1,0	4,5	6,4	n.d.	42,2
Lombardia	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Bolzano-Bozen	12,9	15,4	11,6	8,5	9,9	-23,3	16,5
Trento	4,3	8,3	7,7	7,5	4,8	11,6	-36,0
Veneto	6,2	8,7	8,4	4,4	5,6	-9,7	27,3
Friuli-Venezia Giulia	6,0	5,0	5,7	5,5	5,3	-11,7	-3,6
Liguria	6,1	2,6	4,6	7,5	5,4	-11,5	-28,0
Emilia-Romagna	4,6	6,8	7,1	7,0	7,6	65,2	8,6
Toscana	5,1	5,0	6,6	4,9	6,2	21,6	26,5
Umbria	9,8	6,7	7,5	5,2	5,0	-49,0	-3,8
Marche	7,1	10,1	12,4	11,5	12,7	78,9	10,4
Lazio	11,6	10,4	11,3	9,8	12,5	7,8	27,6
Abruzzo	10,1	9,2	11,3	9,8	8,7	-13,9	-11,2
Molise	7,2	5,3	5,6	15,1	10,5	45,8	-30,5
Campania	9,5	9,9	9,3	10,2	11,8	24,2	15,7
Puglia	5,4	4,9	3,9	4,1	5,1	-5,6	24,4
Basilicata	2,3	4,3	4,8	6,1	8,7	278,3	42,6
Calabria	4,2	5,2	6,6	10,2	11,9	183,3	16,7
Sicilia	4,8	5,8	5,7	4,6	3,0	-37,5	-34,8
Sardegna	8,1	9,6	7,8	6,4	7,8	-3,7	21,9
Italia	7,0	7,3	7,8	7,1	7,9	12,9	11,3

n.d. = non disponibile.
Nota: dal 2017 la Lombardia non aderisce al sistema di sorveglianza PASSI. Il Piemonte adotta un protocollo di screening differente, i cui dati non sono confrontabili con quelli delle altre regioni.
Fonte dei dati: PASSI. Anno 2025.

Quota media (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo su iniziativa spontanea, per regione. Anno 2023



Raccomandazioni di Osservasalute

Nel complesso, il 2023 ha mostrato un moderato miglioramento dello screening organizzato su scala nazionale, accompagnato però da ampie discrepanze regionali: alcune aree hanno registrato recuperi straordinari, mentre altre hanno visto forti contrazioni. Parallelamente, il ricorso agli screening su iniziativa spontanea si è rafforzato soprattutto nelle regioni con offerta istituzionale più debole, confermando un meccanismo di compensazione individuale alle disomogeneità dell'offerta pubblica. Questi andamenti suggeriscono che, nelle regioni in cui i programmi di screening organizzato hanno registrato cali persistenti, si sia attivata talvolta una risposta "spontanea" da parte della popolazione; viceversa, in aree con un'offerta stabile o solo lievemente ridotta, l'adesione volontaria ha contribuito a mitigare, seppur in misura variabile, le flessioni dell'organizzato. Ad ogni modo, l'effica-

cia della promozione dello screening cresce all'aumentare del numero di *input* ricevuti. Sicuramente, nell'ambito degli screening organizzati, la lettera di invito della ASL e il consiglio medico sono i più efficaci, soprattutto se utilizzati in modo combinato. Diventa, quindi, prioritario promuovere campagne di sensibilizzazione rivolte agli operatori sanitari affinché suggeriscano attivamente di aderire ai programmi di prevenzione.

Riferimenti bibliografici

- (1) I numeri del cancro in Italia, 2024. A cura di: AIOM, AIRTUM, Fondazione AIOM, Osservatorio Nazionale Screening, PASSI e PASSI d'Argento SIAPEC-IAP. Disponibile sul sito: www.aiom.it/wp-content/uploads/2025/01/2024_NDC_web-def.pdf.
- (2) Osservatorio nazionale screening. Rapporto sul 2023. Disponibile sul sito: www.osservatorionazionalescreening.it/content/rapporto.

Stato dell'eliminazione del morbillo e della rosolia in Italia

Dott. Antonio Sciurti, Dott.ssa Valentina Baccolini, Prof.ssa Azzurra Massimi, Dott.ssa Erika Renzi, Dott. Alessandro Sindoni, Dott. Valentin Imeshtari, Dott.ssa Martina Del Manso, Dott.ssa Melissa Baggieri, Dott. Antonino Bella, Dott. Fabio Magurano, Dott.ssa Antonietta Filia, Prof.ssa Carolina Marzuillo, Prof. Paolo Villari

L'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS è uno dei sei Uffici Regionali dell'OMS nel mondo e serve 53 Paesi. L'Ufficio fornisce supporto agli Stati membri e collabora con una serie di Istituzioni per migliorare il benessere e lo stato di salute nella Regione. Inoltre, lavora affinché tutti i suoi Stati membri raggiungano gli obiettivi previsti dalla Strategia della Salute per Tutti nel XXI Secolo, individuando ambiti di intervento prioritario di politica sanitaria, assistenza sanitaria, salute materno-infantile, prevenzione delle malattie non trasmissibili, studio dei determinanti sociali della salute, rapporto ambiente-salute e la lotta alle malattie trasmissibili, quali il morbillo e la rosolia. A questo proposito, in ciascun Paese è istituita una Commissione Nazionale di Verifica (CNV) per l'eliminazione del morbillo e della rosolia che ha il compito di analizzare i dati epidemiologici e laboratoristici relativi all'anno precedente e produrre un Rapporto Nazionale Annuale (*Annual Status Update*-ASU), da inviare all'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS. Il Rapporto viene successivamente analizzato dalla Commissione di Verifica dell'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia della Regione Europea (*European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination*-RVC) che valuta lo stato di eliminazione del morbillo e rosolia di ciascuno Stato membro e ne attesta i progressi. Per quanto riguarda l'Italia, la sorveglianza epidemiologica nazionale del morbillo e della rosolia è coordinata dal Dipartimento di Malattie Infettive dell'ISS con il Reparto Epidemiologia, Biostatistica e Modelli Matematici e il Laboratorio Nazionale di Riferimento per il morbillo e la rosolia ed il contributo della rete nazionale di Laboratori Regionali di Riferimento (MoRoNet), che comprende 15 laboratori in 14 regioni. Dal 2015, la CNV dell'Italia ha inviato all'Ufficio Regionale Europeo undici Report nazionali.

Negli ultimi anni è stata registrata una progressiva riduzione del numero di casi di morbillo e rosolia in Italia, probabilmente favorita dalle misure non farmacologiche messe in atto per prevenire la trasmissione di SARS-CoV-2 nel corso della pandemia da COVID-19. Nel 2021 e nel 2022 sono stati segnalati, rispettivamente, 9 e 15 casi, con incidenze annuali inferiori a 1 caso per milione di abitanti. Nel 2023 sono stati registrati 44 casi (0,4 casi per milione di abitanti), di cui la maggior parte è risultata importata o legata a importazione (66%) e verificatesi negli ultimi mesi dell'anno. Per la rosolia, invece, nessun caso è stato segnalato nel 2021, mentre sono stati segnalati 4 casi nel 2022 e 2 casi nel 2023.

Per quanto riguarda le coperture vaccinali contro il morbillo, la prima dose ha mostrato un lieve incremento negli ultimi anni passando dal 93,85% nel 2021 al 94,40% nel 2022 e al 94,64% nel 2023, mentre la copertura per la seconda dose ha evidenziato una progressiva piccola riduzione, scendendo dall'85,64% nel 2021 all'85,06% nel 2022 e all'84,79% nel 2023. Allo stesso modo, dal 2021 al 2023 le coperture vaccinali contro la rosolia sono aumentate per la prima dose (passando dal 93,85% al 94,64%), mentre quelle della seconda dose sono diminuite (passando dall'85,51% all'84,74%). Nel 2023, in particolare, 11 regioni hanno riportato coperture per la prima dose, sia contro morbillo che rosolia, inferiori al *target* del 95% fissato dall'OMS; in particolare, la PA di Bolzano ha riportato una copertura <90%. Inoltre, nessuna delle regioni/PA ha raggiunto il *target* del 95% per la seconda e 14 hanno mostrato coperture <90% per la seconda dose (Grafico 1).

Considerando sia l'andamento epidemiologico di morbillo e rosolia in questi anni e le coperture vaccinali registrate, la CNV ha attestato, per l'anno 2023, l'interruzione della trasmissione del morbillo per 24 mesi e l'interruzione della trasmissione della rosolia per oltre 36 mesi consecutivi, confermando così il raggiungimento dello stato di eliminazione di quest'ultima. Tali conclusioni sono state recepite e confermate dall'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS nella tredicesima riunione della RVC della Regione Europea per l'eliminazione del morbillo e della rosolia.

Mentre per la rosolia si è mantenuto un numero ridotto di casi anche nel 2024 (2 notifiche) con assenza di catene di trasmissione, a partire dalla fine del 2023 è stato osservato un rapido aumento del numero di casi di morbillo, che ha raggiunto i 1.055 casi nel 2024. Tutte le regioni/PA, ad eccezione di Valle d'Aosta e Umbria, sono state interessate da almeno 1 caso, anche se circa il 70% dei casi è stato notificato in 5 regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio, Campania e Sicilia). La maggior parte di questi è risultata acquisita localmente (974 casi, 92,3%) e 81 importati (7,7%), con un'incidenza pari 16,5 casi per milione di abitanti (escludendo i casi importati). Dei 974 casi acquisiti localmente, 23 sono risultati legati a casi importati e 377 sono stati classificati come autoctoni, mentre per i restanti 574 casi non è stata identificata una fonte di infezione. La maggior parte dei casi (85,2%) si è verificata in individui non vaccinati e il 5,7% aveva ricevuto solo una dose di vaccino contro il morbillo. Poco più della metà dei casi (51,9%) ha interessato individui di età ≥ 30 anni, di cui l'86,7%

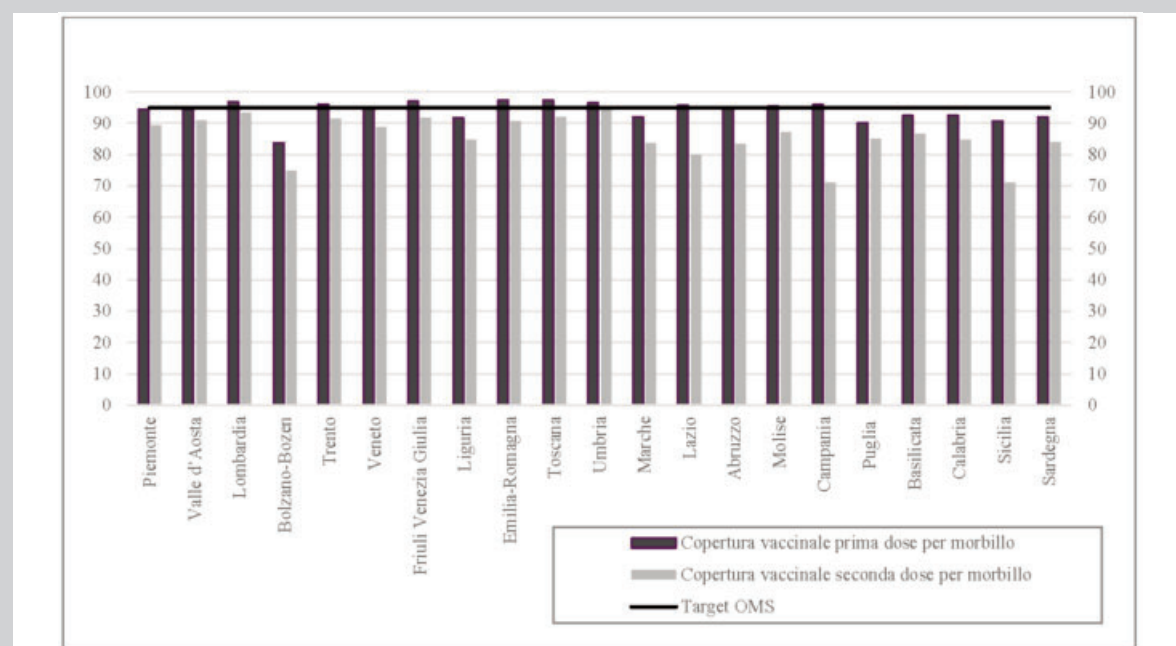
non vaccinati. Il 17,3% dei casi si è verificato tra individui di età 20-29 anni (78,1% non vaccinati). Si sono, inoltre, registrati 45 casi (4,6%) tra bambini di età <1 anno, 44 dei quali non vaccinati. I restanti casi hanno coinvolto persone di età compresa tra 1-19 anni (26,1%). In totale sono state riportate 133 catene di trasmissione, che hanno costituito quasi il 40% di tutti i casi.

Nel 2024 la caratterizzazione del genotipo virale è risultata disponibile nel 59,9% dei casi, mentre i dati sul sequenziamento completo nel 42,1% dei casi. I genotipi di morbillo isolati più frequentemente sono stati B3 e D8. Tra le sequenze rilevate, una sola variante ha mostrato una circolazione persistente a livello nazionale, con trasmissione confermata in ogni mese del 2024 e prolungata fino all'inizio del 2025 (≥ 12 mesi), suggerendo l'esistenza di una catena di trasmissione endemica o la presenza di ripetute importazioni dall'estero che ne hanno determinato una persistenza nel territorio nazionale (10 casi importati). Al contrario, le altre varianti identificate hanno mostrato andamenti temporali limitati, riflettendo eventi di trasmissione più brevi o geograficamente circoscritti. A livello regionale, invece, non vi è stata evidenza di trasmissione endemica per nessuna variante di morbillo in nessuna delle regioni. Tuttavia, l'elevata proporzione di casi privi di dati genotipici e/o di sequenziamento in alcune regioni, in particolare in Campania, Sicilia e Lazio (oltre il 45%), ha limitato la possibilità di ricostruire accuratamente le catene di trasmissione e, di conseguenza, di documentare con certezza l'interruzione della trasmissione endemica.

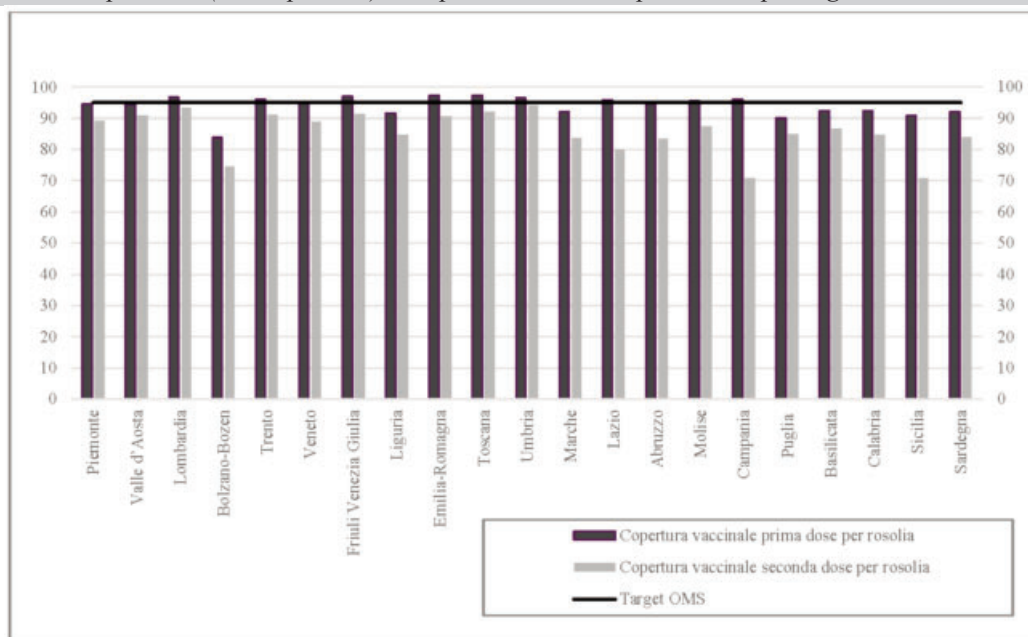
Per quanto riguarda, invece, le coperture vaccinali del 2024, dati preliminari confermano il trend nazionale registrato negli scorsi anni, sia per morbillo che per rosolia, con un lieve incremento della copertura delle prime dosi e un piccolo calo delle seconde dosi rispetto all'anno precedente.

Sulla base di queste evidenze, la CNV ha sottolineato alcune raccomandazioni necessarie per raggiungere e sostenere l'obiettivo di eliminazione del morbillo e della rosolia in Italia: 1. approvare con urgenza il nuovo Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita quale cornice strategica e operativa aggiornata per il coordinamento delle azioni a livello nazionale e regionale; 2. potenziare il sistema di sorveglianza integrata, sia epidemiologica che microbiologica, ovvero rafforzare l'integrazione tra epidemiologia classica e molecolare, al fine di garantire l'adequatezza, la completezza e la coerenza dei dati di genotipizzazione, soprattutto in relazione al sequenziamento dei ceppi virali e dello stato di importazione, in coerenza con gli standard dell'OMS; 3. sviluppare e attuare programmi formativi nazionali, coordinati dall'ISS con il supporto del Ministero della Salute e il coinvolgimento attivo delle regioni, rivolti agli operatori sanitari e finalizzati al miglioramento delle competenze specifiche in tema di sorveglianza integrata; 4. introdurre campagne di comunicazione mirate per il recupero delle coperture vaccinali contro morbillo e rosolia, con particolare attenzione alla popolazione adulta suscettibile (non vaccinata o vaccinata con una sola dose), ai migranti con storia vaccinale incerta o assente, ai soggetti fragili, agli operatori sanitari, ai viaggiatori internazionali e alle comunità scolastiche e universitarie.

Grafico 1 - Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale per morbillo per regione - Anno 2023



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Aggiornamento: 17 dicembre 2024. Anno 2025.

Grafico 2 - Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale per rosolia per regione - Anno 2023

Fonte dei dati: Ministero della Salute. 17 dicembre 2024. Anno 2025.

Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization. WHO Regional Office for Europe. Disponibile sul sito: www.who.int/europe/about-us/about-who-europe/organization.
- (2) Ministero della Salute - OMS - Ufficio regionale per l'Europa. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=1783&area=rapporti&menu=mondiale.
- (3) Istituto Superiore di Sanità. Morbillo & Rosolia News: il bollettino della sorveglianza integrata morbillo-rosolia. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/morbillo/bollettino.
- (4) World Health Organization. WHO Regional Office for Europe. Eliminating measles and rubella - Framework for the verification process in the WHO European Region. 2014. Disponibile sul sito: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350499/WHO-EURO-2014-4528-44291-62561-eng.pdf>.
- (5) Adamo G. et al. Regional reports for the subnational monitoring of measles elimination in Italy and the identification of local barriers to the attainment of the elimination goal. PLoS One. 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0205147.
- (6) Facchin G. et al. Decline in reported measles cases in Italy in the COVID-19 era, January 2020 - July 2022: The need to prevent a resurgence upon lifting non-pharmaceutical pandemic measures. Vaccine. 2023. DOI: 10.1016/j.vaccine.2023.01.021.
- (7) Ministero della Salute - Vaccinazioni dell'età pediatrica e dell'adolescenza, Coperture vaccinali. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/it/banche-dati/vaccinazioni-dell'eta-pediatrica-e-dell'adolescenza-coperture-vaccinali.
- (8) World Health Organization. WHO Regional Office for Europe. 13th meeting of the European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination (RVC). Disponibile sul sito: [www.who.int/europe/news-room/events/item/2024/09/10/default-calendar/13th-meeting-of-the-european-regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination-\(rvc\)](http://www.who.int/europe/news-room/events/item/2024/09/10/default-calendar/13th-meeting-of-the-european-regional-verification-commission-for-measles-and-rubella-elimination-(rvc)).
- (9) Istituto Superiore di Sanità. Il nuovo Piano per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/morbillo/PianoEliminazioneMorbilloRosoliaCongenita2010-2015.
- (10) World Health Organization. WHO Regional Office for Europe. Guidelines for measles and rubella outbreak investigation and response in the WHO European Region. 2013. Disponibile sul sito: www.who.int/europe/publications/m/item/guidelines-for-measles-and-rubella-outbreak-investigation-and-response-in-the-who-european-region.

Assistenza farmaceutica territoriale

L'assistenza farmaceutica territoriale rappresenta un pilastro strategico del nostro SSN e la sua attività si fonda su una rete capillare di presidi, tra cui spiccano le farmacie convenzionate, oggi in piena evoluzione verso il modello di “farmacia dei servizi” (1). Questo sistema complesso di erogazione, finanziamento e *governance* è progettato per rispondere alle esigenze terapeutiche dei cittadini, dalla prevenzione alla gestione delle cronicità, fino al trattamento delle patologie acute (2).

L'assistenza farmaceutica territoriale si configura come un sistema dinamico, continuamente modellato dalla tensione tra innovazione terapeutica, esigenze di Sanità Pubblica e sostenibilità economica. Le prospettive future si orientano verso una maggiore integrazione con gli altri livelli di cura, potenziata dalla digitalizzazione e dall'uso strategico dei dati. Il quadro normativo e gestionale dell'assistenza farmaceutica pubblica affida all'AIFA un ruolo centrale nella regolamentazione, applicando processi di *Health Technology Assessment*, negoziando i prezzi e definendo la rimborsabilità. La responsabilità della *governance* è condivisa tra lo Stato e le Regioni e, per bilanciare l'accesso a terapie innovative con la sostenibilità finanziaria, il sistema si avvale di leve strategiche quali gli accordi di rimborsabilità condizionata, la promozione di farmaci equivalenti e biosimilari e il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva.

Dal punto di vista della Sanità Pubblica, l'Aggregazione Funzionale Territoriale persegue obiettivi che vanno oltre la mera dispensazione, promuovendo l'appropriatezza d'uso, monitorando l'aderenza terapeutica e garantendo la farmacovigilanza sul territorio. In questa visione, le farmacie evolvono verso veri e propri centri di servizio, partecipando attivamente a campagne di screening, educazione sanitaria e somministrazione di vaccini.

La spesa farmaceutica pubblica lorda, nel 2023, si è attestata a 24,9 miliardi di €, rappresentando il 68,7% della spesa farmaceutica totale e il 19,0% della spesa sanitaria pubblica. Tale valore evidenzia un aumento del 5,7% rispetto al 2022 (3). La componente a maggior incidenza sulla spesa pubblica è quella relativa agli acquisti diretti (da parte di ASL, AO, Residenze Sanitarie Assistenziali e Istituti penitenziari), che costituisce il 44,8% del totale (3). La spesa a carico del cittadino, invece, ha raggiunto un totale di 10,6 miliardi di €, con un aumento del 7,4% rispetto al 2022 (3).

Il presente Capitolo si propone di esplorare in dettaglio la dinamica dei consumi e della spesa farmaceutica, con particolare riguardo alle differenze regionali.

Riferimenti bibliografici

(1) L'art.11 della Legge n. 69 del 18 giugno 2009 (G.U. n. 140 del 19.06.2009 S.O).

(2) Jommi C, Pantellini F, Stagi L, Verykiou M, Cavazza M. The economic impact of compassionate use of medicines. BMC Health Serv Res. 2021 Dec 4; 21(1): 1303. doi: 10.1186/s12913-021-07255-w. PMID: 34863155; PMCID: PMC8645125.

(3) Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed). L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2023. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2024.

Consumo territoriale di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. In accordo con le raccomandazioni dell'OMS, i consumi di farmaci vengono misurati secondo valori di riferimento standard, indicati come DDD, che rappresentano "la dose media giornaliera di mantenimento per un farmaco, nella sua indicazione terapeutica principale in pazienti adulti" (1). Il consumo in DDD è, generalmente, espresso come "DDD/1.000 ab die", ossia come numero medio di

dosi di farmaco consumate giornalmente ogni 1.000 abitanti. L'indicatore consente di: analizzare e confrontare i consumi di tutti i farmaci, non considerando le differenze legate al tipo di confezione e alla posologia; valutare il consumo di farmaci in una specifica area geografica (Stato, regione e ASL); realizzare confronti fra realtà territoriali; effettuare confronti nel tempo.

Consumo farmaceutico territoriale di farmaci di Classe A a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore	Consumo farmaceutico territoriale di farmaci di Classe A a carico del Servizio Sanitario Nazionale in <i>Defined Daily Dose</i>	x 1.000
Denominatore	Popolazione residente pesata per età x 365	

Validità e limiti. Poiché il consumo territoriale di farmaci si riferisce all'assistenza farmaceutica convenzionata con il SSN, risultano esclusi dall'indicatore i consumi ospedalieri, la Distribuzione Diretta (DD), vale a dire la distribuzione dei farmaci da parte di strutture sanitarie pubbliche tramite l'erogazione del farmaco direttamente da parte della farmacia dell'Ospedale, come avviene, ad esempio, per il primo ciclo di terapia alla dimissione ospedaliera o alla visita ambulatoriale, e la Distribuzione per Conto (DpC), ossia l'erogazione di farmaci acquistati da parte delle strutture sanitarie e distribuiti, per loro conto, dalle farmacie pubbliche e private. La variabilità dei consumi è strettamente dipendente dalle caratteristiche delle popolazioni a confronto (età, genere e caratteristiche epidemiologiche). Al fine di minimizzare le differenze dipendenti da età e genere e rendere maggiormente confrontabili i dati regionali, i consumi vengono ponderati utilizzando il sistema di pesi predisposto dal Ministero della Salute e costituito da sette fasce di età, con una ulteriore suddivisione fra uomini e donne per la classe di età 15-44 anni. I dettagli sulla necessità di pesare i dati di consumo e sui metodi di pesatura sono disponibili nei riferimenti bibliografici (2). La metodologia adottata per porre a confronto il consumo dei farmaci è denominata *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC) e DDD. L'uso delle DDD evita l'introduzione di distorsioni indotte dal cambiamento di confezione di alcune specialità presenti nell'anno precedente con un diverso numero di DDD per singolo pezzo. La classificazione ATC e le DDD vengono assegnate e mantenute, a livello internazionale, dal Centro Collaborativo per le Statistiche sui Farmaci di Oslo dell'OMS, che pubblica annualmente la lista ufficiale dei farmaci classificati secondo l'ATC in DDD. In Italia, il Centro di riferimento per il sistema ATC/DDD è il *Drug Utilization Research Group* (DURG), un'associazione scientifica affiliata

all'*European DURG* (Euro DURG) che dal 1995 mantiene e distribuisce un archivio dei farmaci in commercio in Italia con ATC e DDD. L'ATC individua un sistema di classificazione dei principi attivi dei farmaci, raggruppandoli in differenti categorie sulla base dell'apparato/organo su cui essi esercitano l'azione terapeutica e in funzione delle loro proprietà chimiche e farmacologiche. I dati di consumo dei farmaci a carico del SSN sono raccolti dalla Federazione Nazionale Unitaria Titolari di Farmacia. Sebbene siano flussi di dati amministrativi raccolti a scopo contabile, sono da considerarsi la migliore fonte attualmente disponibile e consolidata da anni. Si riferiscono all'uso territoriale dei medicinali prescritti a carico del SSN.

Valore di riferimento/Benchmark. In considerazione della particolare natura aggregata dell'indicatore non è possibile suggerire un valore di riferimento definito.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, la spesa farmaceutica territoriale è stata di 23,6 miliardi di €, in aumento del 4,9% rispetto all'anno precedente. La componente pubblica della spesa territoriale è stata di 12.998 milioni di € (pari al 55% della spesa territoriale complessiva), con una spesa pro capite di 221,0€, in crescita del 3,0% rispetto al 2022. La componente privata a carico del cittadino ha raggiunto i 10.650 milioni di € registrando un aumento del 7,4% rispetto all'anno precedente, con una spesa pro capite pari a 155,8€ (valore nazionale). Su base nazionale, il consumo giornaliero di farmaci di fascia A rimborsati dal SSN è stato pari a 1.128,1 DDD per 1.000 abitanti, con una variazione negativa di -1,1% rispetto all'anno precedente (Tabella 1). I dati evidenziano un gradiente geografico, con livelli di consumo superiori rispetto alla media nazionale nelle regioni del Sud, nelle Isole e nelle regioni del Centro ad ecce-

zione della Toscana rispetto alle regioni del Nord. Nel 2023, la regione con il più alto numero di dosi consumate è stata la Basilicata con 1.289,5 DDD/1.000 ab die, seguita da Campania (1.259,7 DDD/1.000 ab die) e Puglia (1.232,8 DDD/1.000 ab die). La PA di Bolzano rappresenta il territorio con il minor numero di dosi consumate (861,3 DDD/1.000 ab die) collocandosi al di sotto della media nazionale, seguita da Valle d'Aosta (932,2 DDD/1.000 ab die) e Liguria (984,3 DDD/1.000 ab die).

Di seguito si propone un'analisi approfondita delle principali classi terapeutiche di farmaci in base ai livelli di consumo, integrata da alcuni indicatori di spesa.

I dati nazionali indicano che i farmaci cardiovascolari costituiscono la classe a maggiore utilizzo nell'ambito dell'assistenza farmaceutica convenzionata, con un consumo pari a 495,0 DDD/1.000 ab die. Questa categoria terapeutica costituisce la seconda voce di spesa pubblica con un totale di 3.557,0 milioni di €, corrispondente al 13,7% dei costi a carico del SSN. Rappresentano, inoltre, la seconda classe farmacologica per spesa pro capite totale (60,43€) e la prima per spesa pubblica pro capite relativa all'assistenza convenzionata (52,25€) (Tabella 2). La regione con il più alto consumo di farmaci cardiovascolari è l'Umbria 586,0 DDD/1.000 ab die, seguita da Campania e Sicilia (rispettivamente, 545,0 DDD/1.000 ab die e 533,2 DDD/1.000 ab die). La PA di Bolzano registra il consumo più basso di dosi (364,8 DDD/1.000 ab die) seguita dalla Valle d'Aosta (382,6 DDD/1.000 ab die). I farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo rappresentano la seconda classe per consumo, con un valore nazionale di 254,9 DDD/1.000 ab die. Rappresentano la terza categoria di farmaci per spesa pubblica totale con un importo pari a 3.321 milioni di € con una spesa pro capite complessiva pari a 56,39€ di cui 30,73€ in regime convenzionato e 25,66€ per acquisti diretti da parte delle strutture pubbliche. Le regioni con il più alto consumo giornaliero di dosi definite sono la Basilicata e la Sardegna (rispettivamente, 320,6 e 318,1 DDD/1.000 ab die), mentre le regioni con un basso consumo sono l'Umbria e la Toscana (166,1 e 175,5 DDD/1.000 ab die).

La categoria farmacologica relativa ai farmaci destinati al trattamento delle malattie del sangue e degli organi ematopoietici si colloca nettamente dietro rispetto alle due precedenti classi, con un valore medio nazionale di 89,8 DDD/1.000 ab die. Le regioni del Centro mostrano un consumo di questa classe di farmaci superiore alla media nazionale con un valore di 104,4 DDD/1.000 ab die (+16,13%). La spesa pubblica totale per questa classe di farmaci è di 2.587,0 milioni di €, con importo pro capite pari a 43,95€. Tale dato evidenzia un consumo contenuto a fronte di un impatto economico rilevante. Altre classi che registrano valori progressivamente decrescenti nel consumo giornaliero di dosi definite sono quelle relative al

sistema nervoso (71,8 DDD/1.000 ab die), genito-urinario e ormoni sessuali (46,4 DDD/1.000 ab die), respiratorio (40,7 DDD/1.000 ab die) e quella relativa ai preparati ormonali sistemici con esclusione degli ormoni sessuali (39,9 DDD/1.000 ab die). Si registra un maggior consumo di farmaci per il sistema respiratorio e genito-urinario nelle regioni del Sud e nelle Isole con valori superiori, rispettivamente, del 16,7% (47,5 vs 40,7 DDD/1.000 ab die) e del 7,3% rispetto alla media nazionale (49,8 vs 46,4 DDD/1.000 ab die). Al contrario, nelle regioni del Centro si osservano livelli medi di consumo più elevati per i farmaci del sistema nervoso e per i preparati ormonali sistemici, con incrementi significativi del 6,1% (76,2 vs 71,8) e del 18,5% (47,3 vs 39,9) rispetto alla media nazionale. La spesa farmaceutica associata a queste categorie mostra una marcata variabilità. I farmaci utilizzati per le patologie del sistema nervoso si collocano al sesto posto in termini di spesa pubblica (2.061 milioni di €) con una spesa pro capite complessiva di 34,88€. I farmaci per il sistema respiratorio rappresentano la settima voce di spesa farmaceutica totale con una spesa pubblica di 1.655,2 milioni di € e una spesa pro capite di 28,12€ di cui più della metà relativa all'assistenza farmaceutica convenzionata. Le restanti categorie, caratterizzate da livelli di consumo inferiori, evidenziano un impatto economico contenuto, con una spesa pubblica pro capite inferiore ai 12,0€ ciascuna. A differenza delle categorie farmaceutiche precedenti, i farmaci antineoplastici e immunomodulatori rappresentano la prima voce di spesa pubblica, con un importo pari a 7.358,0 milioni di € e un consumo pari a 6,6 DDD/1.000 ab die. La spesa pro capite complessiva associata a questa categoria è pari a 125,03€ di cui una quota prevalente (il 96,4% pari a 120,47 €) è a carico di strutture sanitarie pubbliche. La regione con il più alto numero di dosi giornaliere è la Lombardia (8,8 DDD/1000 ab die) seguita da Sardegna (8,5 DDD/1.000 ab die), PA di Trento e Friuli-Venezia Giulia (entrambe 7,7 DDD/1.000 ab die). Le regioni che presentano un consumo minore sono la Toscana con 1,4 DDD/1.000 ab die e l'Emilia-Romagna con 2,7 DDD/1.000 ab die. Un'altra categoria a basso consumo che presenta particolarità è quella relativa agli antimicrobici generali per uso sistemico (16,3 DDD/1.000 ab die). Tale classe farmacologica presenta una spesa farmaceutica totale pari a 2.762,1 milioni di € e una spesa pro capite pari a 46,92€, di cui il 75,2% (35,28€) è a carico di strutture pubbliche. La regione con il consumo di dosi giornaliero maggiore risulta la Campania (21,6 DDD/1.000 ab die) seguita a breve distanza dall'Abruzzo (21,5 DDD/1.000 ab die) e da Basilicata e Calabria (entrambe 20,8 DDD/1.000 ab die). Infine, la PA di Bolzano presenta il numero minore di dosi giornaliere pari a 9,4 DDD/1.000 ab die, discostandosi dal valore medio nazionale di -42,3%.

Tabella 1 - Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) farmaceutico territoriale in regime di assistenza convenzionata per singolo farmaco di Classe A, I livello Anatomico Terapeutico Clinico, a carico del Servizio Sanitario Nazionale per regione - Anno 2023

Regioni	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	Totale
Piemonte	222,1	83,2	461,1	4,3	43,1	38,6	12,9	6,9	33,5	77,4	1,0	34,0	24,3	0,0	1.042,5
Valle d'Aosta	232,6	63,1	382,6	3,7	41,8	32,5	12,5	5,8	34,1	68,4	1,0	34,5	19,6	0,1	932,2
Lombardia	293,7	79,5	467,7	3,8	43,5	29,6	14,0	8,8	28,6	76,3	1,2	37,3	18,2	0,3	1.102,6
Bolzano- Bozen	213,7	55,2	364,8	3,7	31,4	30,7	9,4	5,8	23,9	78,2	0,8	27,3	16,4	0,0	861,3
Trento	262,8	99,8	432,2	5,9	44,3	45,3	14,2	7,7	33,5	69,2	1,0	42,7	17,2	0,0	1.075,8
Veneto	226,7	51,8	474,7	4,6	40,3	33,9	11,9	7,0	27,7	65,4	1,1	32,8	19,6	0,0	997,5
Friuli-Venezia Giulia	267,3	80,8	494,2	5,3	39,6	40,6	12,6	7,7	36,1	61,5	1,3	34,0	23,9	0,0	1.104,8
Liguria	238,8	54,7	422,8	4,1	45,7	23,8	12,6	6,6	30,2	82,9	0,6	40,0	21,5	0,0	984,3
Emilia- Romagna	223,7	105,9	516,8	4,8	47,1	44,5	13,7	2,7	32,8	69,0	1,1	37,5	28,5	0,0	1.128,0
Toscana	175,5	103,2	488,1	4,4	44,7	48,4	14,5	1,4	32,0	86,6	1,3	38,0	27,0	0,0	1.065,2
Umbria	166,1	85,3	586,0	4,0	50,6	50,9	18,5	7,0	35,2	77,1	1,4	33,0	25,4	0,1	1.140,5
Marche	214,2	87,4	521,8	4,0	54,2	46,0	18,4	6,7	43,8	74,1	1,0	33,5	31,9	0,1	1.137,1
Lazio	243,3	112,9	499,4	5,1	48,4	46,3	18,6	7,1	45,1	69,6	1,1	45,9	22,6	0,1	1.165,5
Abruzzo	262,6	115,1	487,6	4,9	48,3	47,7	21,5	6,9	52,4	79,1	1,0	39,7	27,3	0,1	1.194,2
Molise	279,4	101,7	491,6	5,2	45,2	49,4	19,7	6,8	52,9	65,8	0,7	36,3	16,9	0,1	1.171,6
Campania	312,6	85,7	545,0	8,3	51,2	37,0	21,6	6,7	49,3	62,3	0,9	59,7	19,2	0,1	1.259,7
Puglia	274,1	113,4	520,3	5,4	51,9	50,0	20,7	7,1	54,5	67,5	0,7	46,9	20,3	0,1	1.232,8
Basilicata	320,6	118,0	516,9	6,7	53,5	51,8	20,8	6,7	58,2	69,0	0,7	44,0	22,5	0,1	1.289,5
Calabria	271,0	117,7	511,2	6,3	46,9	41,5	20,8	7,1	52,8	69,4	0,9	37,8	20,1	0,2	1.203,7
Sicilia	258,8	87,4	533,2	6,2	48,1	39,0	18,8	6,4	44,6	63,9	0,9	42,3	18,3	0,1	1.168,1
Sardegna	318,1	84,3	472,1	5,7	49,2	47,7	15,1	8,5	48,6	81,8	1,1	45,4	20,8	0,2	1.198,6
Italia	254,9	89,8	495,0	5,1	46,4	39,9	16,3	6,6	38,8	71,8	1,0	40,7	21,8	0,1	1.128,1

Legenda: A = Gastrointestinale e metabolismo, B = Sangue e organi emopoietici, C = Cardiovascolare, D = Dermatologici, G = Genito-urinario e ormoni sessuali, H = Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali, J = Antimicrobici, L = Farmaci antineoplastici e immunomodulatori, M = Muscolo-scheletrico, N = Nervoso, P = Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti, R = Respiratorio, S = Organi di senso, V = Vari.

Fonte dei dati: AIFA. Report regionali sul consumo dei farmaci in Italia. Anno 2025.

Consumo (valori in DDD/1.000 ab die pesate) farmaceutico territoriale totale in regime di assistenza convenzionata di farmaci di Classe A, I livello Anatomico Terapeutico Clinico, a carico del Servizio Sanitario Nazionale per regione. Anno 2023

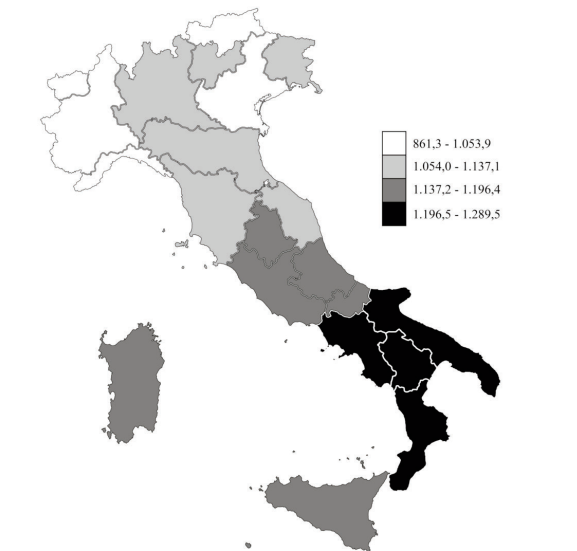


Tabella 2 - Spesa (valori in milioni di €) pubblica totale e pubblica pro capite (totale, per assistenza farmaceutica convenzionata, per acquisto da parte di strutture sanitarie pubbliche) per farmaci di Classe A, I livello Anatomico Terapeutico Clinico, a carico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2023

Farmaci di Classe A	Spesa pubblica totale	Spesa pro capite totale	Spesa pubblica pro capite	
			Per assistenza farmaceutica convenzionata	Per acquisto da parte di strutture sanitarie pubbliche
Cardiovascolare	3557,0	60,43	52,25	8,18
Apparato gastrointestinale e metabolismo	3321,0	56,39	30,73	25,66
Sangue e Organi emopoietici	2587,0	43,95	7,19	36,76
Sistema nervoso	2061,0	34,88	23,65	11,23
Respiratorio	1655,2	28,12	15,56	12,55
Sistema muscolo-scheletrico	663,3	11,26	5,36	5,90
Sistema genito-urinario e ormoni sessuali	423,1	7,17	5,70	1,48
Preparati ormonali sistemici, esclusi gli ormoni sessuali	479,5	8,14	4,05	4,09
Antimicrobici per uso sistemico	2762,1	46,92	11,64	35,28
Organi di senso	400,5	6,80	3,76	3,04
Farmaci antineoplastici e immunomodulatori	7358,0	125,03	4,55	120,47
Dermatologici	332,7	5,64	1,35	4,29
Vari	375,2	6,37	0,19	6,19

Nota: la spesa non è inclusiva dell’ossigeno.

Fonte dei dati: AIFA. Report regionali sul consumo dei farmaci in Italia. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il consumo di prodotti farmaceutici rappresenta una importante quota di spesa per il SSN. Per i farmaci di Classe A, la distribuzione può essere di due tipologie: tramite strutture sanitarie pubbliche o mediante assistenza farmaceutica territoriale convenzionata. L’analisi sopra proposta ha analizzato questa seconda modalità di distribuzione sulla quale eventuali misure correttive potrebbero essere efficaci in quanto insistono su comportamenti dei singoli cittadini. Esiste, in Italia, una notevole variabilità geografica in termini di consumo, con chiaro gradiente Nord-Sud ed Isole per determinate classi farmaceutiche. Le regioni con con-

sumi più elevati dovrebbero attentamente monitorare l’utilizzo di farmaci nel proprio territorio, sviluppando strumenti di valutazione e di indagine per analizzare i consumi in termini di appropriatezza e di impatto sulla salute pubblica, soprattutto nella popolazione anziana che è molto spesso polimedicata e, pertanto, particolarmente soggetta a rischi derivanti da un utilizzo non appropriato. Parallelamente, tutte le regioni dovrebbero implementare misure volte a garantire l’uso corretto ed appropriato dei farmaci, anche mediante sensibilizzazione, educazione della popolazione e campagne di prevenzione volte alla correzione degli stili di vita.

Riferimenti bibliografici

(1) Guidelines for ATC classification and DDD assignment. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Oslo 2012.

(2) Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2023. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2024.

Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Significato. La spesa farmaceutica lorda pro capite territoriale corrisponde alla spesa relativa ai farmaci a carico del SSN distribuiti dalle farmacie pubbliche e

private, comprensiva degli sconti obbligatori di legge e della quota per compartecipazione, incluso il ticket (per le regioni dove è applicato).

Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Numeratore Spesa farmaceutica a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Denominatore Popolazione residente pesata per età

Validità e limiti. I dati presentati non includono la spesa farmaceutica derivante dalla Distribuzione Diretta (DD), ossia la distribuzione dei farmaci da parte delle strutture sanitarie pubbliche tramite l'erogazione del farmaco direttamente da parte della farmacia dell'Ospedale. I dati, inoltre, non includono la Distribuzione per Conto (DpC). Pur con i limiti citati, l'indicatore permette di effettuare un confronto dei dati di spesa tra le diverse regioni, tenendo conto delle differenze anagrafiche della popolazione sul territorio. Per i motivi illustrati nell'indicatore precedente, "Consumo territoriale di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale", la spesa viene pesata in rapporto alla distribuzione della popolazione per fasce di età (1, 2).

Valore di riferimento/Benchmark. In considerazione della particolare natura dell'indicatore, non è possibile individuare un valore di riferimento.

Descrizione dei risultati

Nel 2023, la spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite pesata per età a carico del SSN è pari a 166,2€. Il valore risulta sostanzialmente stabile rispetto al 2022 (165,8€), con una variazione percentuale pari al +0,2%. Le regioni con la spesa pro capite per farmaci più elevata sono Campania (196,1€), Basilicata (195,6€), Calabria (189,0€), Lombardia (187,4€) e Puglia (185,7€). Le regioni che hanno la spesa pro

capite più bassa sono, invece, PA di Bolzano (116,3€) con un valore molto inferiore rispetto al dato nazionale, Valle d'Aosta (132,5€), Emilia-Romagna (132,7€), Veneto (133,5€) e Toscana (135,9€).

Nell'arco temporale 2011-2023, a livello nazionale si è registrata una riduzione della spesa lorda pro capite pari a -18,6% (da 204,3€ del 2011 a 166,2€ del 2023). In particolare, le maggiori riduzioni di spesa pro capite si evidenziano in Sicilia (-32,5%), Veneto (-24,8%), Valle d'Aosta (-24,6%), Sardegna (-24,0%), Lazio (-22,7%), Piemonte (-22,6%) e Liguria (-22,5%). Le regioni con la minore riduzione di spesa sono la Basilicata (-0,8%) e la Lombardia (-2,3%); tutte le altre regioni e PA, invece, hanno avuto un valore intermedio di riduzione della spesa pro capite che varia tra -22,0% e -11,2%.

Per quanto riguarda le variazioni di spesa del 2023 rispetto al 2022, solo 7 regioni presentano una riduzione, mentre il resto delle regioni presenta un aumento. Le regioni che presentano una diminuzione di spesa sono Umbria (-4,0%), Toscana (-1,0%), Campania (-0,9%), Abruzzo (-0,4%), Puglia (-0,3%), Sicilia (-0,3%) e Lazio (-0,2%), mentre le regioni che presentano un aumento superiore al 2% rispetto al 2022 sono Marche (+2,8%), Basilicata (+2,5%) e Sardegna (2,2%). Infine, nel 2023 a livello nazionale si registra un minimo incremento della spesa, pari a 0,2%, rispetto al 2022.

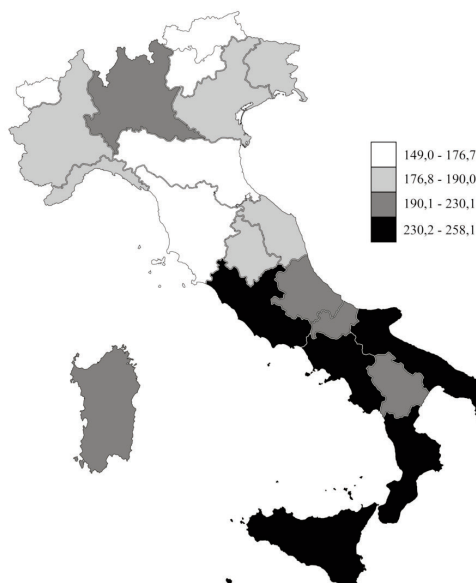
Tabella 1 - Spesa (valori in €) farmaceutica territoriale* lorda pro capite pesata per età a carico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2001, 2011-2022

Regioni	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Δ % (2023-2011)	Δ % (2023-2022)
Piemonte	182,0	170,3	166,7	160,5	155,9	151,5	151,4	144,8	143,4	138,2	138,1	140,1	140,9	-22,6	0,6
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	175,7	167,9	163,7	158,5	154,1	141,8	139,2	136,4	135,4	131,9	129,6	131,5	132,5	-24,6	0,8
Lombardia	191,9	185,1	179,4	171,9	174,9	173,1	175,3	174,4	175,4	176,4	177,4	186,2	187,4	-2,3	0,6
Bolzano-Bozen	149,0	132,5	129,1	129,8	129,3	128,7	123,3	120,1	117,8	114,4	113,4	115,3	116,3	-22,0	0,9
Trento	162,2	153,9	147,1	145,2	145,3	145,4	144,0	139,9	139,7	135,6	136,8	141,9	144,1	-11,2	1,6
Veneto	177,6	168,6	162,1	156,1	151,3	147,5	144,0	136,9	134,8	131,0	130,8	132,9	133,5	-24,8	0,5
Friuli-Venezia Giulia	187,2	171,4	164,7	160,5	158,6	157,6	158,4	149,8	147,8	144,6	143,1	144,7	146,0	-22,0	0,9
Liguria	188,3	166,8	160,6	153,7	151,7	148,6	152,5	147,8	146,9	144,2	143,2	145,5	145,9	-22,5	0,3
Emilia-Romagna	170,2	153,3	145,4	139,2	136,6	132,2	130,9	127,2	126,9	123,6	126,8	130,7	132,7	-22,0	1,5
Toscana	167,7	153,4	148,6	143,7	143,0	141,6	144,7	140,0	137,4	134,7	134,7	137,3	135,9	-19,0	-1,0
Umbria	180,9	172,3	170,9	164,0	165,4	165,7	168,3	166,8	167,1	164,1	163,7	155,0	148,8	-17,7	-4,0
Marche	190,0	176,5	178,8	179,0	178,8	177,4	177,0	167,2	164,5	157,7	157,8	159,5	164,0	-13,7	2,8
Lazio	234,4	220,1	216,2	205,4	203,3	198,1	194,6	187,6	187,1	182,1	181,6	181,5	181,2	-22,7	-0,2
Abruzzo	221,9	206,5	204,3	203,3	205,1	201,3	201,8	192,0	180,8	177,8	179,2	184,2	183,4	-17,4	-0,4
Molise	206,1	190,3	186,0	178,9	177,1	165,9	169,2	164,7	166,2	163,1	160,8	167,2	169,5	-17,8	1,4
Campania	232,0	231,2	228,0	224,0	222,5	217,6	204,1	201,2	199,9	197,3	199,9	197,9	196,1	-15,5	-0,9
Puglia	235,0	220,3	219,2	218,0	214,8	213,1	203,7	190,6	188,9	185,0	184,9	186,3	185,7	-21,0	-0,3
Basilicata	197,1	180,3	179,2	179,7	180,2	178,7	181,7	179,4	181,9	181,4	186,8	190,8	195,6	-0,8	2,5
Calabria	231,2	223,0	216,6	213,3	208,9	204,5	199,8	190,7	191,8	188,8	187,8	187,8	189,0	-18,3	0,6
Sicilia	258,1	245,2	235,9	207,5	197,0	188,9	180,6	175,2	176,3	178,1	175,0	174,7	174,2	-32,5	-0,3
Sardegna	229,0	229,4	209,1	203,6	202,5	188,7	181,6	172,3	167,3	167,8	167,0	170,3	174,1	-24,0	2,2
Italia	204,3	193,0	187,7	180,4	178,3	174,4	172,0	166,5	165,5	163,0	163,3	165,8	166,2	-18,6	0,2

*Escluse la Distribuzione Diretta e la Distribuzione per Conto.

Fonte dei dati: OsMed, AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale 2023. Anno 2025.

Spesa (valori in €) farmaceutica territoriale lorda pro capite pesata per età a carico del Servizio Sanitario Nazionale per regione. Anno 2011

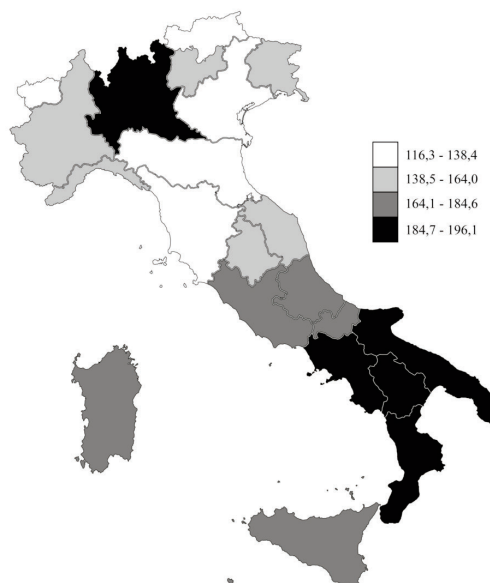


Raccomandazioni di Osservasalute

Le regioni hanno l'obbligo di contenere la spesa farmaceutica entro il limite del tetto della spesa sanitaria complessiva, fissato dall'art. 5 della Legge n. 222/2007, "Conversione in legge, con modificazioni, del DL n. 159/2007, recante interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale". Questo obiettivo va perseguito attraverso meccanismi di razionalizzazione ed aumenti di efficienza dei SSR.

Le ampie differenze tra le regioni nei valori attuali e nei trend di spesa fanno presupporre che, in alcune

Spesa (valori in €) farmaceutica territoriale lorda pro capite pesata per età a carico del Servizio Sanitario Nazionale per regione. Anno 2023



realtà, siano ancora perseguibili larghi margini di efficienza.

Riferimenti bibliografici

- (1) I consumi dei farmaci: dati grezzi e pesati. In Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2012.
- (2) L'assistenza farmaceutica territoriale. Rapporto Osservasalute 2003. Casa editrice Vita e Pensiero, Milano 2003.
- (3) Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2023. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2024.

Assistenza ospedaliera

In continuità con le Edizioni precedenti del Rapporto Osservasalute, questo Capitolo presenta i principali indicatori sull'attività ospedaliera in Italia, evidenziando trend e variabilità territoriale ed offrendo elementi di riflessione per analisi utili alla programmazione sanitaria, che si muove nell'ottica della riduzione delle disuguaglianze tra le regioni nell'erogazione dei LEA, attraverso la promozione di una più stretta integrazione tra Ospedale e territorio, anche con la realizzazione degli interventi previsti dal PNRR, al fine di garantire una maggiore soddisfazione dei bisogni sanitari, implementando gli strumenti individuati per la riduzione delle liste di attesa e incentivando l'utilizzo delle soluzioni di intelligenza artificiale nel rispetto dei principi di non discriminazione e di adeguata informazione dei pazienti.

I dati sull'attività ospedaliera presentati nel Capitolo sono tratti dal "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2023", a cura del Ministero della Salute, ex Direzione generale della programmazione sanitaria (oggi Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria), presentato a marzo 2025.

La fonte dei dati è rappresentata dal flusso informativo "SDO", la cui qualità e completezza informativa lo rendono unico nel panorama dei flussi del NSIS del Ministero della Salute.

Il flusso SDO viene utilizzato, tra l'altro, come fonte dati per il calcolo degli indicatori di monitoraggio dell'erogazione dei LEA del Nuovo Sistema di Garanzia, introdotto dal 1° gennaio 2020 con il DM 12 marzo 2019 (24 indicatori relativi all'assistenza ospedaliera).

Il presente Capitolo, con l'analisi di indicatori quali, ad esempio, la dotazione dei posti letto (elaborati dall'Ufficio di Statistica del Ministero della Salute), il tasso di ospedalizzazione, i tempi di attesa per particolari procedure e interventi chirurgici, la degenza media e la mobilità ospedaliera e alcuni indicatori di appropriatezza, consente di descrivere i mutamenti in atto nei sistemi ospedalieri regionali offrendo elementi utili per la lettura, in chiave sia epidemiologica sia gestionale del ricorso al ricovero ospedaliero.

Un elemento normativo di novità intervenuto di recente è rappresentato dal DL n. 73/2024, convertito nella Legge n. 107/2024, che disciplina misure urgenti di garanzia per l'erogazione e il monitoraggio delle prestazioni sanitarie, anche ai fini della riduzione delle liste di attesa e al rispetto dei tempi massimi previsti per l'accesso ai LEA i cui effetti, nelle dinamiche sui tempi di erogazione delle prestazioni, potranno essere evidenziati nel prossimo futuro dalla misurazione degli specifici indicatori.

Posti letto per tipo di attività, regime di ricovero e aree

I dati anagrafici e le caratteristiche organizzative delle strutture di ricovero e cura, nonché i dati relativi ai fattori produttivi (posti letto e apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura) e all'attività degli istituti di ricovero, sono rilevati attraverso i flussi informativi attivati con il DPCM 17/05/1984 e poi ampliati con successivi DM, l'ultimo dei quali è il DM 22 dicembre 2023, recante "Variazione dei modelli di rilevazione dei dati delle attività gestionali delle strutture sanitarie".

I dati rilevati con i suddetti flussi informativi sono utilizzati dall'Ufficio di Statistica del Ministero della Salute per predisporre l'Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale, pubblicazione che presenta i dati statistici delle strutture della rete di offerta sanitaria. In questa Sezione ci si sofferma sulla dotazione di posti letto degli Istituti di ricovero, distinti per degenza ordinaria, comprensivi di quelli a pagamento e con pernottamento, e posti letto di DH o Day Surgery, per i quali è prevista la sola presenza diurna. Sono stati presi in considerazione sia i posti letto dei reparti attivi a inizio anno, sia quelli dei reparti aperti in corso d'anno (modelli di rilevazione HSP12 "Posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate" e HSP13 "Posti letto per disciplina delle case di cura private" - quadro E relativo all'attività accreditata).

Per posti letto per acuti si intendono tutti i posti letto ad esclusione di quelli di lungodegenza e di riabilitazione; per posti letto per post-acuti si intendono i posti letto di riabilitazione (afferenti alle discipline 28 "Unità spinale", 56 "Recupero e riabilitazione funzionale" e 75 "Neuro-riabilitazione") e quelli di lungodegenza (afferenti alla disciplina 60 "Lungodegenti"). Sono qui esclusi i posti letto afferenti alla disciplina 31 "Nido" e quelli afferenti alla disciplina 04 "Osservazione Breve Intensiva-OBI": dal punto di vista organizzativo l'OBI è una unità funzionale del Pronto Soccorso.

Tabella 1 - Posti letto (valori assoluti) per tipologia di attività e regime di ricovero per regione - Anno 2023

Regioni	Posti letto per acuti			Posti letto per Post-acuti			Totale posti letto		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	12.307	1.665	13.972	4.092	83	4.175	16.399	1.748	18.147
Valle d'Aosta	361	45	406	64	0	64	425	45	470
Lombardia	29.033	2.210	31.243	6.944	93	7.037	35.977	2.303	38.280
Bolzano-Bozen	1.557	153	1.710	376	16	392	1.933	169	2.102
Trento	1.415	193	1.608	580	36	616	1.995	229	2.224
Veneto	12.765	1.116	13.881	2.326	137	2.463	15.091	1.253	16.344
Friuli-Venezia Giulia	3.417	437	3.854	315	2	317	3.732	439	4.171
Liguria	4.222	595	4.817	841	39	880	5.063	634	5.697
Emilia-Romagna	13.450	824	14.274	3.185	98	3.283	16.635	922	17.557
Toscana	9.301	1.481	10.782	1.117	63	1.180	10.418	1.544	11.962
Umbria	2.383	331	2.714	398	17	415	2.781	348	3.129
Marche	4.435	580	5.015	818	6	824	5.253	586	5.839
Lazio	15.180	1.973	17.153	3.791	241	4.032	18.971	2.214	21.185
Abruzzo	3.334	444	3.778	636	21	657	3.970	465	4.435
Molise	883	121	1.004	180	2	182	1.063	123	1.186
Campania	13.251	2.291	15.542	2.253	183	2.436	15.504	2.474	17.978
Puglia	12.219	764	12.983	1.759	20	1.779	13.978	784	14.762
Basilicata	1.322	212	1.534	385	17	402	1.707	229	1.936
Calabria	4.267	683	4.950	976	92	1.068	5.243	775	6.018
Sicilia	12.503	1.757	14.260	2.113	115	2.228	14.616	1.872	16.488
Sardegna	4.514	686	5.200	477	32	509	4.991	718	5.709
Italia	162.119	18.561	180.680	33.626	1.313	34.939	195.745	19.874	215.619

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Elaborazione a cura dell'Ufficio di Statistica. Anno 2025.

La dotazione complessiva di posti letto a livello nazionale è pari a 215.619, di cui l'83,8% per acuti ed il restante 16,2% per post-acuti.

Significato. Il numero assoluto dei posti letto non consente un reale raffronto tra le regioni sulla dotazione di posti letto. Si ricorre, pertanto, all'indicatore che esprime la dotazione di posti letto rispetto alla popolazione. Si considera la popolazione residente, che

costituisce un'informazione certa delle Anagrafi comunali e per maggiore precisione si considera la popolazione residente media dell'anno in esame, ossia la media aritmetica della popolazione residente al tempo (t) e ($t+1$).

Posti letto

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\Sigma \text{ posti letto}}{(\Sigma \text{ popolazione residente}_{(t)} + \Sigma \text{ popolazione residente}_{(t+1)}) / 2} \times 1.000$$

Validità e limiti. L'indicatore consente il raffronto tra regioni sulla disponibilità dei posti letto, rispetto alla popolazione residente. Nelle regioni, oltre ai residenti, vi è una quota di popolazione presente, che in caso di necessità ricorre all'assistenza ospedaliera. Questa quota di popolazione non è di facile computo e spesso sfugge alle statistiche anagrafiche ufficiali. Pertanto, per il calcolo dell'indicatore, è preferibile considerare la popolazione residente.

Valore di riferimento/Benchmark. Il DM n. 70 del 2 aprile 2015, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", fissa lo standard a 3,7 i posti letto per 1.000 residenti, comprensivi di 0,7 posti letto per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie, con piccole variazioni che tengono conto della mobilità ospedaliera tra regioni. Dal computo della dotazione standard sono da escludere i posti letto a pagamento.

Per un approfondimento circa l'utilizzo dei posti letto ospedalieri indicati nella Tabella 1, si propone un'aggregazione per aree funzionali omogenee (Tabella 3), così come di seguito indicate.

- *Area Medica*, comprensiva delle seguenti discipline: Allergologia; DH; Angiologia; Cardiologia; Medicina Sportiva; Ematologia; Malattie Endocrine, Ricambio e Nutrizione; Immunologia; Geriatria; Malattie Infettive e Tropicali; Medicina del Lavoro; Medicina Generale; Nefrologia; Neurologia; Psichiatria; Tossicologia; Astanteria; Dermatologia; Emodialisi; Gastroenterologia; Medicina Nucleare; Oncologia; Oncoematologia; Pneumologia; Radiologia; Radioterapia; Reumatologia; Radioterapia Oncologica; Terapia del Dolore; Cure Palliative.

- *Area Chirurgica*, comprensiva delle seguenti discipline:

Cardiochirurgia; Chirurgia Generale; Chirurgia Maxillo-Facciale; Chirurgia Plastica; Chirurgia Toracica; Chirurgia Vascolare; Neurochirurgia; Oculistica; Odontoiatria e Stomatologia; Ortopedia e Traumatologia; Otorinolaringoiatria; Urologia; Nefrologia (Abilitazione al Trapianto Rene); Day Surgery.

- *Area Critica*, comprensiva delle seguenti discipline: Grandi Ustioni; Terapia Intensiva; Unità Coronarica; Terapia Semi-Intensiva.

- *Area Materno Infantile Pediatrica*, comprensiva delle seguenti discipline:

Cardiochirurgia Pediatrica; Chirurgia Pediatrica; Neuropsichiatria Infantile; Ostetricia e Ginecologia; Pediatria; Grandi Ustioni Pediatriche; Fisiopatologia della Riproduzione Umana; Neonatologia; Oncoematologia Pediatrica; Terapia Intensiva Neonatale; Neurochirurgia Pediatrica; Nefrologia Pediatrica; Urologia Pediatrica.

- *Area Post-Acuzie*, comprensiva delle seguenti discipline:

Unità Spinale; Recupero e Riabilitazione Funzionale; Lungodegenti; Neuro-Riabilitazione.

- *Area Residuale*, comprensiva dei posti letto afferenti alle discipline:

Detenuti, Pensionanti e Farmacologia Clinica.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale la dotazione di posti letto è complessivamente di 3,66 per 1.000 residenti, di cui 3,06 per acuti e 0,59 per post-acuti (Tabella 2).

A livello regionale si evidenzia il valore minimo in Campania con 3,21 posti letto per 1.000 residenti, di cui 2,77 per 1.000 per acuti e 0,43 per 1.000 per post-acuti. Il valore più elevato è in Piemonte con 4,27 posti letto per 1.000 residenti, di cui 3,29 per 1.000 per acuti e 0,98 per post-acuti.

L'Area Medica è l'area funzionale che presenta la quota prevalente di dotazione di posti letto (39,1%) e a seguire l'Area Chirurgica (28,3%), l'Area Post-Acuzie (16,2%), l'Area Materno Infantile Pediatrica (10,8%), l'Area Critica (5,2%), ed infine l'Area Residuale (0,4%) (Tabella 4).

Complessivamente, prescindendo dal regime di ricovero, la dotazione di posti letto per l'Area Medica a livello nazionale, è di 1,43 posti letto per 1.000 residenti. Nel confronto regionale, la dotazione minima è in Campania (1,11 posti letto per 1.000 residenti) e la massima in Liguria (1,77 posti letto per 1.000 residenti).

Per l'Area Chirurgica la disponibilità di posti letto a livello nazionale è 1,04 posti letto per 1.000 residenti. Il valore minimo in Liguria (0,86 posti letto per 1.000 residenti) ed il valore massimo in Molise (1,29 posti letto per 1.000 residenti).

La dotazione di posti letto per l'Area Post-Acuzie a livello nazionale è 0,59 posti letto per 1.000 residenti. I valori estremi della distribuzione regionale sono in Friuli-Venezia Giulia (0,27 posti letto per 1.000 resi-

denti) e nella PA di Trento (1,13 posti letto per 1.000 residenti). La differenza considerevole tra i valori estremi della distribuzione regionale fanno ritenere che le regioni abbiano diversamente organizzato le attività inerenti a questa area funzionale, avvalendosi in modo differenziato dell'assistenza territoriale.

Per l'Area Materno Infantile Pediatrica la dotazione di posti letto a livello nazionale è 0,40 posti letto per 1.000 residenti. La distribuzione regionale presenta il valore minimo in Molise (0,30 posti letto per 1.000 residenti) ed il valore massimo in Sardegna (0,51 posti letto per 1.000 residenti).

La dotazione di posti letto per l'Area Critica è di 0,19 posti letto per 1.000 residenti a livello nazionale. Il valore minimo assunto dalla distribuzione regionale è

in Valle d'Aosta (0,12 posti letto per 1.000 residenti) ed il valore massimo è nelle Marche (0,26 posti letto per 1.000 residenti).

Infine, l'Area Residuale presenta una dotazione di posti letto estremamente ridotta: a livello nazionale la dotazione è di 1 posto letto per 100.000 residenti. Il valore minimo della distribuzione è 0 in corrispondenza delle regioni che non hanno posti letto afferenti a questa area funzionale: le PA di Bolzano e Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Umbria e Puglia. I valori massimi si rilevano in Lombardia e Piemonte (rispettivamente 4,11 e 3,81 posti letto per 100.000 residenti). Per i raffronti regionali anche in questo caso si ricorre all'indicatore che esprime la dotazione di posti letto per area funzionale omogenea rispetto alla popolazione.

Tabella 2 - Posti letto (valori per 1.000) per tipologia di attività e regime di ricovero per regione - Anno 2023

Regioni	Posti letto per acuti			Posti letto per post-acuti			Totale posti letto		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	2,89	0,39	3,29	0,96	0,02	0,98	3,86	0,41	4,27
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	2,93	0,37	3,30	0,52	0,00	0,52	3,46	0,37	3,82
Lombardia	2,90	0,22	3,13	0,69	0,01	0,70	3,60	0,23	3,83
Bolzano-Bozen	2,91	0,29	3,19	0,70	0,03	0,73	3,61	0,32	3,92
Trento	2,60	0,35	2,96	1,07	0,07	1,13	3,67	0,42	4,09
Veneto	2,63	0,23	2,86	0,48	0,03	0,51	3,11	0,26	3,37
Friuli-Venezia Giulia	2,86	0,37	3,23	0,26	0,00	0,27	3,12	0,37	3,49
Liguria	2,80	0,39	3,19	0,56	0,03	0,58	3,36	0,42	3,78
Emilia-Romagna	3,03	0,19	3,21	0,72	0,02	0,74	3,74	0,21	3,95
Toscana	2,54	0,40	2,94	0,31	0,02	0,32	2,85	0,42	3,27
Umbria	2,79	0,39	3,18	0,47	0,02	0,49	3,25	0,41	3,66
Marche	2,99	0,39	3,38	0,55	0,00	0,56	3,54	0,40	3,94
Lazio	2,65	0,35	3,00	0,66	0,04	0,71	3,32	0,39	3,71
Abruzzo	2,62	0,35	2,97	0,50	0,02	0,52	3,12	0,37	3,49
Molise	3,05	0,42	3,46	0,62	0,01	0,63	3,67	0,42	4,09
Campania	2,37	0,41	2,77	0,40	0,03	0,43	2,77	0,44	3,21
Puglia	3,13	0,20	3,33	0,45	0,01	0,46	3,58	0,20	3,79
Basilicata	2,47	0,40	2,87	0,72	0,03	0,75	3,19	0,43	3,62
Calabria	2,32	0,37	2,69	0,53	0,05	0,58	2,85	0,42	3,27
Sicilia	2,60	0,37	2,97	0,44	0,02	0,46	3,04	0,39	3,43
Sardegna	2,87	0,44	3,30	0,30	0,02	0,32	3,17	0,46	3,63
Italia	2,75	0,31	3,06	0,57	0,02	0,59	3,32	0,34	3,66

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Elaborazione a cura dell'Ufficio di Statistica. Anno 2025.

Tabella 3 - Posti letto (valori assoluti) per Area Funzionale Omogenea e regime di ricovero per regione - Anno 2023

Regioni	Posti letto Area Medica			Posti letto Area Chirurgica			Posti letto Area Critica			Posti letto Area Materno Infantile Pediatrica			Posti letto Area Post-Acuzie			Posti letto Area Residuale			Totale Posti letto		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	6.600	775	7.375	3.340	647	3.987	914	14	928	1.346	174	1.520	4.092	83	4.175	107	55	162	16.399	1.748	18.147
Valle d' Aosta	182	29	211	121	10	131	15	0	15	42	6	48	64	0	64	1	0	1	425	45	470
Lombardia	13.313	589	13.902	9.929	1.235	11.164	1.525	6	1.531	3.858	377	4.235	6.944	93	7.037	408	3	411	35.977	2.303	38.280
Bolzano-Bozen	681	58	739	542	60	602	109	0	109	225	35	260	376	16	392	-	-	-	1.933	169	2.102
Trento	748	65	813	439	98	537	69	2	71	159	28	187	580	36	616	-	-	-	1.995	229	2.224
Veneto	6.463	273	6.736	4.039	699	4.738	731	2	733	1.532	142	1.674	2.326	137	2.463	-	-	-	15.091	1.253	16.344
Friuli-Venezia Giulia	1.645	186	1.831	1.185	190	1.375	205	0	205	382	61	443	315	2	317	-	-	-	3.732	439	4.171
Liguria	2.384	287	2.671	1.074	222	1.296	307	2	309	438	82	520	841	39	880	19	2	21	5.063	634	5.697
Emilia-Romagna	6.795	234	7.029	4.328	456	4.784	931	0	931	1.361	131	1.492	3.185	98	3.283	35	3	38	16.635	922	17.557
Toscana	4.301	677	4.978	3.090	564	3.654	614	3	617	1.266	237	1.503	1.117	63	1.180	30	0	30	10.418	1.544	11.962
Umbria	1.120	125	1.245	823	166	989	170	0	170	270	40	310	398	17	415	-	-	-	2.781	348	3.129
Marche	2.321	296	2.617	1.218	223	1.441	390	3	393	505	56	561	818	6	824	1	2	3	5.253	586	5.839
Lazio	7.334	973	8.307	4.821	795	5.616	1.220	0	1.220	1.781	205	1.986	3.791	241	4.032	24	0	24	18.971	2.214	21.185
Abruzzo	1.503	204	1.707	1.188	188	1.376	224	0	224	415	52	467	636	21	657	4	0	4	3.970	465	4.435
Molise	418	63	481	325	50	375	56	0	56	80	8	88	180	2	182	4	0	4	1.063	123	1.186
Campania	5.176	1.044	6.220	4.722	846	5.568	1.046	17	1.063	2.284	383	2.667	2.253	183	2.436	23	1	24	15.504	2.474	17.978
Puglia	5.749	381	6.130	3.872	255	4.127	951	3	954	1.647	125	1.772	1.759	20	1.779	-	-	-	13.978	784	14.762
Basilicata	589	115	704	421	66	487	129	0	129	182	31	213	385	17	402	1	0	1	1.707	229	1.936
Calabria	1.863	319	2.182	1.527	260	1.787	287	5	292	584	99	683	976	92	1.068	6	0	6	5.243	775	6.018
Sicilia	5.259	782	6.041	4.490	792	5.282	940	7	947	1.784	175	1.959	2.113	115	2.228	30	1	31	14.616	1.872	16.488
Sardegna	1.967	351	2.318	1.578	222	1.800	278	5	283	691	106	797	477	32	509	0	2	2	4.991	718	5.709
Italia	76.411	7.826	84.237	53.072	8.044	61.116	11.111	69	11.180	20.832	2.553	23.385	33.626	1.313	34.939	693	69	762	195.745	19.874	215.619

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Elaborazione a cura dell'Ufficio di Statistica. Anno 2025.

Tabella 4 - Posti letto (valori per 1.000) per Area Funzionale Omogenea e regime di ricovero per regione - Anno 2023

Regioni	Posti letto Area Medica			Posti letto Area Chirurgica			Posti letto Area Critica			Posti letto Area Materno Infantile Pediatria			Posti letto Area Post-Acuzie			Posti letto Area residuale			Totale Posti letto		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale
Piemonte	1,55	0,18	1,73	0,79	0,15	0,94	0,21	0,00	0,22	0,32	0,04	0,36	0,96	0,02	0,98	0,03	0,01	0,04	3,86	0,41	4,27
Valle d' Aosta	1,48	0,24	1,72	0,98	0,08	1,07	0,12	0,00	0,12	0,34	0,05	0,39	0,52	0,00	0,52	0,01	0,00	0,01	3,46	0,37	3,82
Lombardia	1,33	0,06	1,39	0,99	0,12	1,12	0,15	0,00	0,15	0,39	0,04	0,42	0,69	0,01	0,70	0,04	0,00	0,04	3,60	0,23	3,83
Bolzano-Bozen	1,27	0,11	1,38	1,01	0,11	1,12	0,20	0,00	0,20	0,42	0,07	0,49	0,70	0,03	0,73	0,00	0,00	0,00	3,61	0,32	3,92
Trento	1,37	0,12	1,49	0,81	0,18	0,99	0,13	0,00	0,13	0,29	0,05	0,34	1,07	0,07	1,13	0,00	0,00	0,00	3,67	0,42	4,09
Veneto	1,33	0,06	1,39	0,83	0,14	0,98	0,15	0,00	0,15	0,32	0,03	0,35	0,48	0,03	0,51	0,00	0,00	0,00	3,11	0,26	3,37
Friuli-Venezia Giulia	1,38	0,16	1,53	0,99	0,16	1,15	0,17	0,00	0,17	0,32	0,05	0,37	0,26	0,00	0,27	0,00	0,00	0,00	3,12	0,37	3,49
Liguria	1,58	0,19	1,77	0,71	0,15	0,86	0,20	0,00	0,20	0,29	0,05	0,34	0,56	0,03	0,58	0,01	0,00	0,01	3,36	0,42	3,78
Emilia-Romagna	1,53	0,05	1,58	0,97	0,10	1,08	0,21	0,00	0,21	0,31	0,03	0,34	0,72	0,02	0,74	0,01	0,00	0,01	3,74	0,21	3,95
Toscana	1,17	0,18	1,36	0,84	0,15	1,00	0,17	0,00	0,17	0,35	0,06	0,41	0,31	0,02	0,32	0,01	0,00	0,01	2,85	0,42	3,27
Umbria	1,31	0,15	1,46	0,96	0,19	1,16	0,20	0,00	0,20	0,32	0,05	0,36	0,47	0,02	0,49	0,00	0,00	0,00	3,25	0,41	3,66
Marche	1,56	0,20	1,76	0,82	0,15	0,97	0,26	0,00	0,26	0,34	0,04	0,38	0,55	0,00	0,56	0,00	0,00	0,00	3,54	0,40	3,94
Lazio	1,28	0,17	1,45	0,84	0,14	0,98	0,21	0,00	0,21	0,31	0,04	0,35	0,66	0,04	0,71	0,00	0,00	0,00	3,32	0,39	3,71
Abruzzo	1,18	0,16	1,34	0,93	0,15	1,08	0,18	0,00	0,18	0,33	0,04	0,37	0,50	0,02	0,52	0,00	0,00	0,00	3,12	0,37	3,49
Molise	1,44	0,22	1,66	1,12	0,17	1,29	0,19	0,00	0,19	0,28	0,03	0,30	0,62	0,01	0,63	0,01	0,00	0,01	3,67	0,42	4,09
Campania	0,92	0,19	1,11	0,84	0,15	0,99	0,19	0,00	0,19	0,41	0,07	0,48	0,40	0,03	0,43	0,00	0,00	0,00	2,77	0,44	3,21
Puglia	1,47	0,10	1,57	0,99	0,07	1,06	0,24	0,00	0,24	0,42	0,03	0,45	0,45	0,01	0,46	0,00	0,00	0,00	3,58	0,20	3,79
Basilicata	1,10	0,21	1,31	0,79	0,12	0,91	0,24	0,00	0,24	0,34	0,06	0,40	0,72	0,03	0,75	0,00	0,00	0,00	3,19	0,43	3,62
Calabria	1,01	0,17	1,18	0,83	0,14	0,97	0,16	0,00	0,16	0,32	0,05	0,37	0,53	0,05	0,58	0,00	0,00	0,00	2,85	0,42	3,27
Sicilia	1,09	0,16	1,26	0,93	0,16	1,10	0,20	0,00	0,20	0,37	0,04	0,41	0,44	0,02	0,46	0,01	0,00	0,01	3,04	0,39	3,43
Sardegna	1,25	0,22	1,47	1,00	0,14	1,14	0,18	0,00	0,18	0,44	0,07	0,51	0,30	0,02	0,32	0,00	0,00	0,00	3,17	0,46	3,63
Italia	1,30	0,13	1,43	0,90	0,14	1,04	0,19	0,00	0,19	0,35	0,04	0,40	0,57	0,02	0,59	0,01	0,00	0,01	3,32	0,34	3,66

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Elaborazione a cura dell'Ufficio di Statistica. Anno 2025.

Ospedalizzazione per età, genere, regime di ricovero e tipo di attività

Significato. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato è un indicatore utilizzato per misurare la frequenza di ricoveri ospedalieri in una popolazione, tenendo

conto delle differenze di età e genere tra diverse popolazioni; è utile per confrontare i tassi di ospedalizzazione tra diverse regioni.

Tasso standardizzato di ospedalizzazione

$$\text{Indice di mortalità standardizzato} = \frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 1.000$$

Validità e limiti. È utile per confrontare i tassi di ospedalizzazione in diverse aree e viene utilizzato altresì per la valutazione dell'accesso alle cure ospedaliere in diverse regioni e per pianificare le risorse sanitarie e ottimizzare l'offerta dei servizi ospedalieri.

Valore di riferimento/Benchmark. In mancanza di normative specifiche e di indicazioni di letteratura rispetto alle quali attuare confronti, si considera come riferimento il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Il tasso di ospedalizzazione, standardizzato per età e genere nel 2023, è risultato pari a 117,45 per 1.000, in aumento rispetto al 2022 (112,8 per 1.000 abitanti) registrando un incremento in tutte le sue componenti (acuti, riabilitazione e lungodegenza) rispetto agli anni precedenti. Nella Tabella 1 sono riportati i tassi

di ospedalizzazione standardizzati per regione, per tipo di attività e regime di ricovero per l'anno 2023. In generale, si registra una forte variabilità geografica tra le regioni, con un minimo di 106,11 dimissioni per 1.000 abitanti in Puglia ed un massimo di 137,19 per 1.000 abitanti nella PA di Bolzano.

Nello specifico dell'attività per acuti (Grafico 1), si riporta la variabilità regionale; rispetto ad una media nazionale di 84,78 e 27,41, rispettivamente, per i ricoveri in regime ordinario e in regime diurno, si va da un minimo per la Puglia (91,20 per 1.000 in regime ordinario e 10,99 per 1.000 in regime diurno) a un massimo per la Valle d'Aosta (96,43 in regime ordinario e 42,14 in DH).

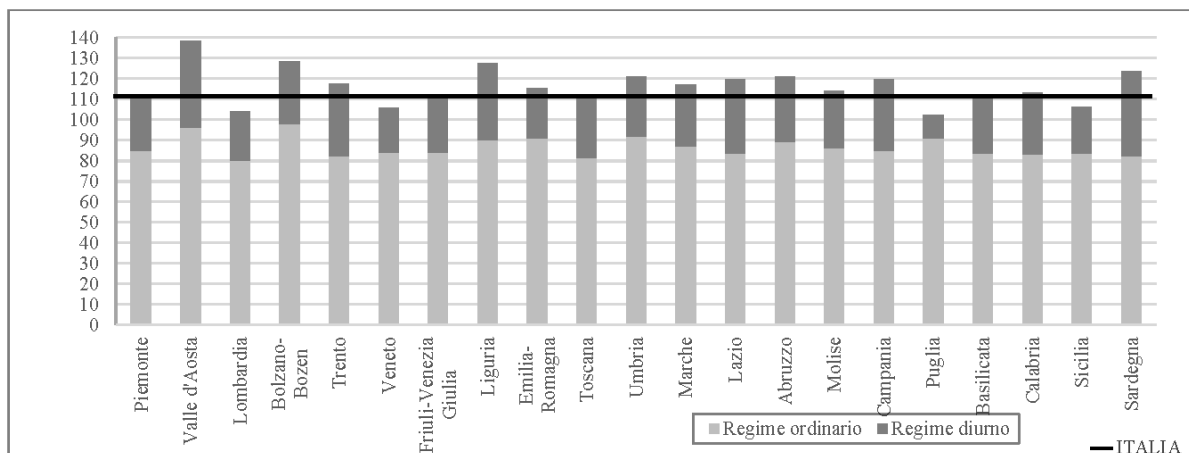
Il Grafico 2 riporta la distribuzione delle dimissioni per età e genere; si può osservare come l'attività per acuti in regime ordinario sia nettamente prevalente in ogni fascia di età, seguita dalla attività per acuti in regime diurno.

Tabella 2 - Ospedalizzazione (tasso standardizzato e specifico per 1.000) per tipo di attività e regime di ricovero per regione - Anno 2023

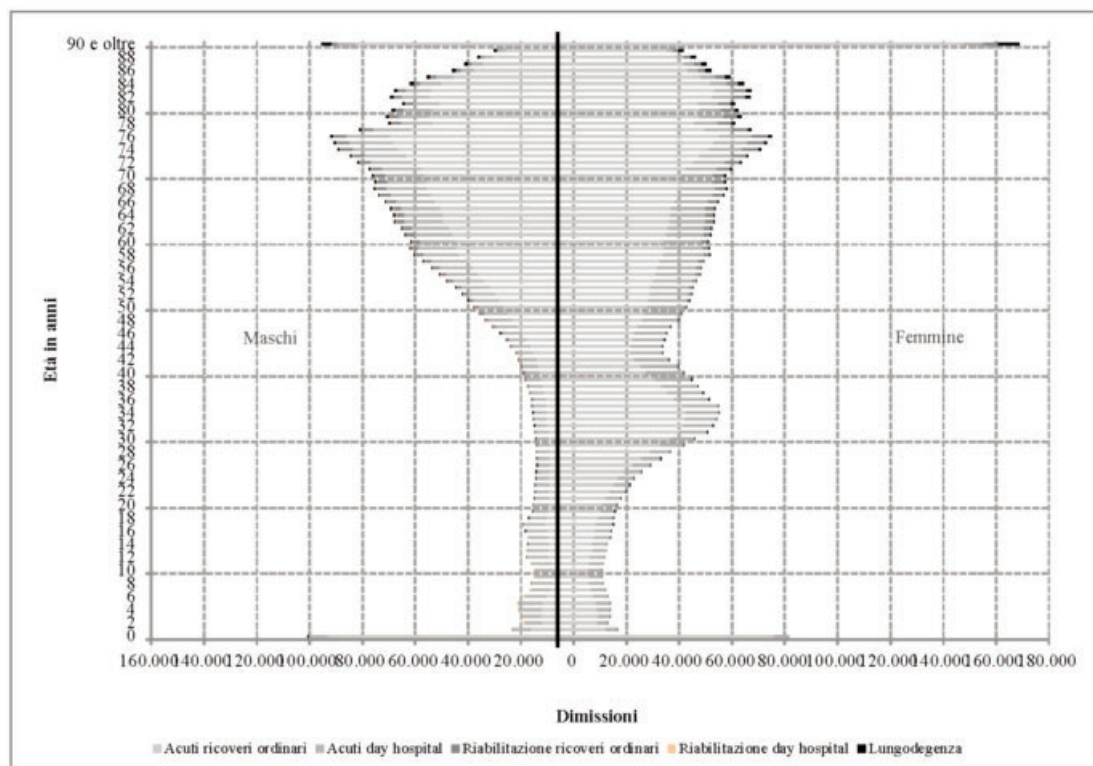
Regioni	Acuti			Riabilitazione			Lungodegenza	Lungodegenza		
	RO	DH	Totale	RO	DH	Totale		RO	DH	Totale
Piemonte	85,07	26,94	112,01	6,22	0,45	6,67	1,01	92,30	27,39	119,69
Valle d'Aosta	96,43	42,14	138,57	6,47	0,06	6,53	0,84	103,73	42,20	145,93
Lombardia	79,93	24,17	104,11	5,95	0,15	6,10	0,43	86,31	24,33	110,63
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>97,97</i>	<i>30,32</i>	<i>128,29</i>	<i>5,55</i>	<i>0,48</i>	<i>6,02</i>	<i>2,88</i>	<i>106,40</i>	<i>30,80</i>	<i>137,19</i>
<i>Trento</i>	<i>82,34</i>	<i>35,20</i>	<i>117,55</i>	<i>6,01</i>	<i>0,94</i>	<i>6,96</i>	<i>1,36</i>	<i>89,72</i>	<i>36,15</i>	<i>125,87</i>
Veneto	84,03	21,74	105,77	3,96	0,55	4,50	0,31	88,30	22,29	110,59
Friuli-Venezia Giulia	83,84	27,67	111,51	2,12	0,18	2,31	0,47	86,43	27,86	114,29
Liguria	89,95	37,80	127,75	5,50	0,56	6,06	0,99	96,44	38,36	134,81
Emilia-Romagna	90,89	24,50	115,39	2,39	0,32	2,72	3,40	96,68	24,82	121,50
Toscana	81,37	29,17	110,54	1,75	0,18	1,93	0,24	83,36	29,35	112,71
Umbria	91,77	29,10	120,87	3,44	0,46	3,90	0,65	95,86	29,56	125,42
Marche	86,97	30,12	117,09	2,71	0,13	2,84	1,29	90,97	30,25	121,22
Lazio	83,69	36,19	119,88	4,02	0,84	4,86	0,93	88,64	37,03	125,67
Abruzzo	89,36	31,85	121,21	4,10	0,12	4,23	0,68	94,14	31,97	126,12
Molise	86,12	27,76	113,87	3,82	0,20	4,03	0,07	90,01	27,96	117,97
Campania	84,79	34,80	119,59	2,93	0,62	3,55	0,68	88,39	35,42	123,82
Puglia	91,20	10,99	102,19	3,28	0,21	3,49	0,43	94,91	11,20	106,11
Basilicata	83,39	28,92	112,31	3,62	0,22	3,83	1,29	88,29	29,13	117,43
Calabria	83,01	30,17	113,18	4,60	0,62	5,22	0,63	88,23	30,80	119,03
Sicilia	83,46	22,64	106,10	3,56	0,60	4,16	0,50	87,52	23,24	110,76
Sardegna	82,15	41,50	123,65	2,26	0,32	2,58	0,35	84,76	41,82	126,59
Italia	84,78	27,41	112,19	4,00	0,41	4,41	0,85	89,63	27,82	117,45

Nota: il tasso di ospedalizzazione è calcolato sui soli ricoveri di residenti in Italia e dimessi da strutture pubbliche e private accreditate.

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2023. Anno 2025.

Grafico 1 - Ospedalizzazione (tasso standardizzato e specifico per 1.000) per acuti per regione - Anno 2023

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Grafico 2 - Distribuzione delle dimissioni per età e genere. Composizione per tipo di attività e regime di ricovero - Anno 2023

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Composizione ospedalizzazione per DRG medici e DRG chirurgici

Significato. I DRG esprimono il sistema di classificazione utilizzato per determinare le tariffe delle prestazioni ospedaliere; nello specifico, i DRG medici riguardano le diagnosi e le terapie mediche legati alla

struttura dell'offerta e alle politiche organizzative, mentre i DRG chirurgici sono relativi agli interventi chirurgici influenzati da fattori legati alle *performance* dei medici e alla scelta dei pazienti.

Dimissioni con Diagnosis Related Group chirurgici

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{N \text{ dimissioni } \textit{Diagnosis Related Group} \text{ medici}}{\text{Totale dimissioni}} \times 100$$

Dimissioni con Diagnosis Related Group medici

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{N \text{ dimissioni } \textit{Diagnosis Related Group} \text{ medici}}{\text{Totale dimissioni}} \times 100$$

Validità e limiti. Accuratezza nella classificazione e rilevanza clinica; i DRG chirurgici sono progettati per classificare i pazienti in base alle procedure chirurgiche eseguite, garantendo una certa accuratezza nella classificazione. Inoltre, tengono conto delle diverse procedure chirurgiche e delle risorse utilizzate, consentendo una classificazione rilevante dal punto di vista clinico.

Per quanto riguarda i DRG medici, questi coprono tutta la casistica ospedaliera medica, garantendo che ogni paziente sia attribuito a una categoria specifica. Inoltre, le tipologie di pazienti sono simili dal punto di vista clinico, consentendo una classificazione coerente e logica.

La limitazione principale proviene dal fatto che la validità, sia dei DRG chirurgici che medici, dipende dalla codifica, che può essere influenzata da errori o incoerenze.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori vengono confrontati con il 50% di DRG di ciascuna tipologia.

Descrizione dei risultati

A livello nazionale, il 50,2% dei ricoveri nel 2023 è relativo a DRG chirurgici, con una variabilità minima tra le regioni, fatta eccezione per la Liguria e la Basilicata dove la quota di interventi con DRG chirurgici è, rispettivamente, pari al 38,5% e 38,8%. Nel Grafico 1 è riportata la composizione della percentuale di dimissioni per DRG medici e DRG chirurgici o non classificati nelle regioni, espressa attraverso le percentuali.

La distribuzione delle dimissioni per regione, tipo di DRG e regime di ricovero sono illustrate nella Tabella 2. Sia per le dimissioni con DRG chirurgici, che per le dimissioni con DRG medici o non specificati, vengono riportati il numero di dimissioni e le percentuali di ricoveri in regime ordinario e in regime diurno. Per quanto riguarda le dimissioni con DRG chirurgici, la quota di ricoveri in regime diurno risulta pari al 26,45%, con oscillazioni da un minimo del 7,21% in Puglia ad un massimo del 40,75% nella PA di Trento; per le dimissioni con DRG medici o non classificabili, tale quota è inferiore (pari al 19,94%), con una quota minima in Puglia dell'8,08% ad un massimo nel Lazio con un livello del 33,54%.

Grafico 1 - Composizione (valori per 100) delle dimissioni con Diagnosis Related Group medico e chirurgico per regione - Anno 2023



Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Tabella 1 - Distribuzione delle dimissioni (valori assoluti e valori per 100) per tipo di DRG (versione 24) e regime di ricovero per acuti per regione - Anno 2023

Regioni	DRG Chirurgici					DRG Medici o Non classificabili				
	RO		DH		Totale	RO		DH		Totale
	Dimissioni	%	Dimissioni	%		Dimissioni	%	Dimissioni	%	
Piemonte	217.411	78,64	59.059	21,36	276.470	193.993	76,97	58.058	23,03	252.051
Valle d'Aosta	5.716	66,88	2.831	33,12	8.547	7.044	71,38	2.824	28,62	9.868
Lombardia	477.306	69,05	213.894	30,95	691.200	465.623	89,69	53.543	10,31	519.166
Bolzano-Bozen	24.494	68,39	11.323	31,61	35.817	34.625	86,63	5.342	13,37	39.967
Trento	20.172	59,25	13.871	40,75	34.043	28.407	83,81	5.487	16,19	33.894
Veneto	235.084	74,28	81.406	25,72	316.490	239.965	88,98	29.731	11,02	269.696
Friuli-Venezia Giulia	55.576	72,38	21.211	27,62	76.787	62.570	80,17	15.480	19,83	78.050
Liguria	61.899	73,73	22.053	26,27	83.952	91.694	68,31	42.537	31,69	134.231
Emilia-Romagna	255.536	73,84	90.552	26,16	346.088	271.851	88,94	33.822	11,06	305.673
Toscana	175.335	71,99	68.235	28,01	243.570	187.588	79,35	48.819	20,65	236.407
Umbria	37.107	69,47	16.306	30,53	53.413	51.593	86,25	8.223	13,75	59.816
Marche	69.070	72,68	25.968	27,32	95.038	70.812	77,76	20.257	22,24	91.069
Lazio	277.386	73,72	98.897	26,28	376.283	281.155	66,46	141.918	33,54	423.073
Abruzzo	55.834	72,03	21.683	27,97	77.517	63.616	79,77	16.136	20,23	79.752
Molise	12.291	76,98	3.675	23,02	15.966	15.759	78,04	4.435	21,96	20.194
Campania	230.253	74,46	78.963	25,54	309.216	228.398	67,18	111.594	32,82	339.992
Puglia	166.753	92,79	12.957	7,21	179.710	202.114	91,92	17.776	8,08	219.890
Basilicata	14.988	68,43	6.916	31,57	21.904	27.085	78,35	7.485	21,65	34.570
Calabria	55.435	75,63	17.861	24,37	73.296	77.294	73,82	27.406	26,18	104.700
Sicilia	184.087	73,50	66.355	26,50	250.442	222.214	85,70	37.077	14,30	259.291
Sardegna	58.951	63,82	33.422	36,18	92.373	80.395	69,63	35.070	30,37	115.465
Italia	2.690.684	73,55	967.438	26,45	3.658.122	2.903.795	80,06	723.020	19,94	3.626.815

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Ospedalizzazione per particolari patologie a elevato impatto sociale

Significato. La difficoltà da parte del paziente di scegliere fra le varie opzioni di trattamento, nonché la mancanza di un elevato consenso professionale circa le scelte terapeutiche, possono determinare l'elevata variabilità del tasso di intervento per specifiche procedure chirurgiche.

Di seguito vengono analizzati e descritti i tassi di ospedalizzazione nella popolazione di età ≥ 65 anni riguardanti procedure terapeutiche relative a patologie ad elevato impatto sociale e ad alta prevalenza: inter-

venti di cataratta, interventi per sostituzione di protesi di anca e bypass coronarico e angioplastica coronarica. Per ognuna delle procedure prese in esame, la letteratura evidenzia tassi di ospedalizzazione molto variabili, sia in contesti internazionali che nazionali. Viene qui illustrata variabilità geografica tra le regioni, che può fornire indicazioni sulla dimensione dell'offerta, su eventuali limitazioni nell'accesso ai servizi e, indirettamente, su fenomeni di inappropriata organizzativa.

Tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana per intervento di cataratta

$$\text{Tasso di ospedalizzazione} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (età } \geq 65 \text{ anni) per intervento di cataratta}^1}{\text{Popolazione residente } \geq 65 \text{ anni}} \times 100.000$$

Tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana per intervento di sostituzione dell'anca

$$\text{Tasso di ospedalizzazione} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (età } \geq 65 \text{ anni) per interventi di sostituzione dell'anca}^2}{\text{Popolazione residente } \geq 65 \text{ anni}} \times 100.000$$

Tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana per intervento di bypass coronarico

$$\text{Tasso di ospedalizzazione} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (età } \geq 65 \text{ anni) per interventi di bypass coronarico}^3}{\text{Popolazione residente } \geq 65 \text{ anni}} \times 100.000$$

Tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana per intervento di angioplastica coronarica

$$\text{Tasso di ospedalizzazione} = \frac{\text{Dimissioni ospedaliere (età } \geq 65 \text{ anni) per interventi di angioplastica coronarica}^4}{\text{Popolazione residente } \geq 65 \text{ anni}} \times 100.000$$

¹Dimissioni in regime ordinario e diurno con intervento principale relativo a "cataratta" (codici ICD-9-CM 13.**).

²Dimissioni in regime ordinario con intervento principale di "sostituzione di anca" (codici ICD-9-CM 81.51, 81.52, 81.53).

³Dimissioni in regime ordinario con intervento principale o secondario di "bypass coronarico" (codici ICD-9-CM 36.1*).

⁴Dimissioni in regime ordinario e diurno con intervento principale o secondario di "angioplastica coronarica" (codici ICD-9-CM 36.0*).

Validità e limiti. L'interpretazione dei dati deve tenere conto che alcune regioni potrebbero aver rivisitato le modalità di codifica delle procedure chirurgiche in esame, nell'intento di migliorare la qualità delle relative rendicontazioni sulla base delle indicazioni normative fornite.

Valore di riferimento/Benchmark. In assenza di altre indicazioni in letteratura, si utilizza come valore di riferimento il valore nazionale.

Descrizione dei risultati

Il tasso di ospedalizzazione nella popolazione di età ≥ 65 per cataratta (Tabella 1, Grafico 1) è pari a 155,00

per 100.000 abitanti. Spicca il dato della Campania (695,58 per 100.000), molto elevato rispetto alle altre regioni, e valori molto bassi per Calabria (43,19 per 100.000) e Valle d'Aosta (39,06 per 100.000).

Il tasso di ospedalizzazione della popolazione di età ≥ 65 per intervento di sostituzione dell'anca (Tabella 1, Grafico 2) è pari a 631,37 per 100.000. Pur essendo minore rispetto all'indicatore precedentemente descritto, anche in questo caso si registra una variabilità tra regioni, con un *range* che va da un massimo di 972,24 per 100.000 per la PA di Bolzano, a un minimo di 428,86 per 100.000 per la Sardegna. Da rilevare la variabilità tra le regioni che mostra un gradiente geografico, con le regioni del Nord che presentano tutte

valori al di sopra del livello nazionale, mentre le regioni del Sud (ad eccezione dell'Abruzzo) e le Isole presentano tutti valori inferiori.

Il terzo indicatore preso in esame è il tasso di ospedalizzazione della popolazione di età ≥ 65 per intervento di bypass coronarico (Tabella 1, Grafico 3), con un livello nazionale di 83,02 per 100.000 abitanti. Come per gli altri indicatori precedentemente descritti, è presente una considerevole variabilità regionale nei tassi, ma non un evidente gradiente tra le diverse aree

geografiche del Paese; il range varia da 36,01 per 100.000 per la PA di Bolzano a 130,07 per 100.000 per il Molise.

Il tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana per intervento di angioplastica coronarica (Tabella 1, Grafico 4) è pari a 571,81 per 100.000 abitanti. Il tasso per la Valle d'Aosta corrisponde al doppio del valore nazionale (1.142,39), mentre i livelli più bassi si registrano per la Sardegna (341,20 per 100.000) e la PA di Bolzano (333,31 per 100.000).

Tabella 1 - Ospedalizzazione (tasso per 100.000) per acuti in Istituti pubblici e privati accreditati nella popolazione di età ≥ 65 anni per particolari interventi e/o procedure per regione - Anno 2023

Regioni	Tasso di ospedalizzazione per intervento di cataratta ¹	Tasso di ospedalizzazione per intervento di sostituzione dell'anca ²	Tasso di ospedalizzazione per intervento di bypass coronarico ³	Tasso di ospedalizzazione per intervento di angioplastica coronarica ⁴
Piemonte	131,83	654,53	69,26	750,71
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	39,06	810,41	48,82	1.142,39
Lombardia	105,52	687,07	74,83	688,32
Bolzano-Bozen	261,29	972,24	36,01	333,31
Trento	282,17	807,67	98,28	439,10
Veneto	69,57	711,81	72,48	488,63
Friuli-Venezia Giulia	115,13	846,69	126,33	342,91
Liguria	45,26	714,67	59,96	565,12
Emilia-Romagna	88,90	699,77	84,48	484,89
Toscana	99,86	705,57	82,03	441,86
Umbria	114,37	678,81	57,19	505,94
Marche	93,07	602,91	76,44	491,89
Lazio	123,32	620,99	100,15	604,11
Abruzzo	202,04	666,74	126,20	491,74
Molise	322,58	567,12	130,07	641,27
Campania	695,58	535,24	103,71	656,00
Puglia	114,89	520,40	82,65	538,24
Basilicata	175,00	462,19	101,71	562,41
Calabria	43,19	472,60	105,00	587,93
Sicilia	59,71	478,16	72,80	566,22
Sardegna	193,66	428,86	60,13	341,20
Italia	155,00	631,37	83,02	571,81

¹Dimissioni in regime ordinario e diurno con intervento principale relativo a "cataratta" (codici ICD-9-CM 13.**).

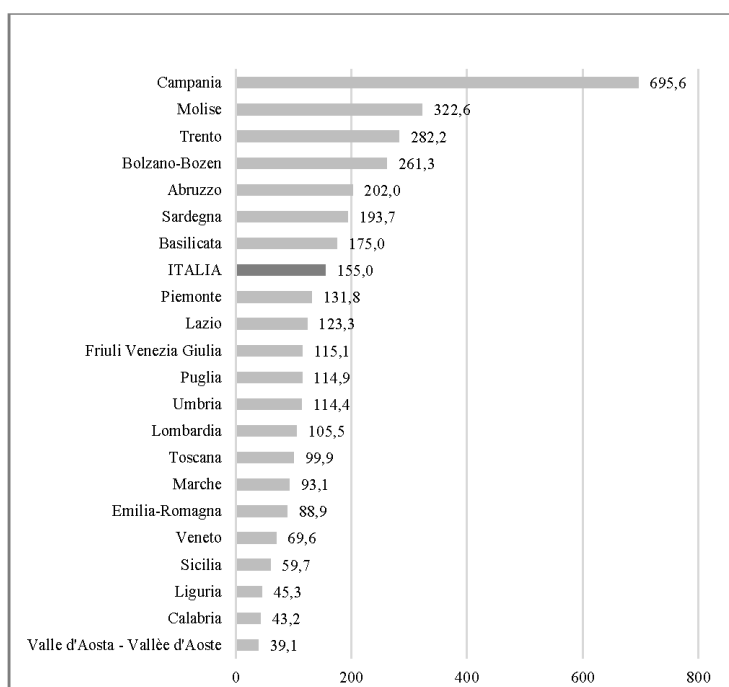
²Dimissioni in regime ordinario con intervento principale di "sostituzione di anca" (codici ICD-9-CM 81.51, 81.52, 81.53).

³Dimissioni in regime ordinario con intervento principale o secondario di "bypass coronarico" (codici ICD-9-CM 36.1*).

⁴Dimissioni in regime ordinario e diurno con intervento principale o secondario di "angioplastica coronarica" (codici ICD-9-CM 36.0*).

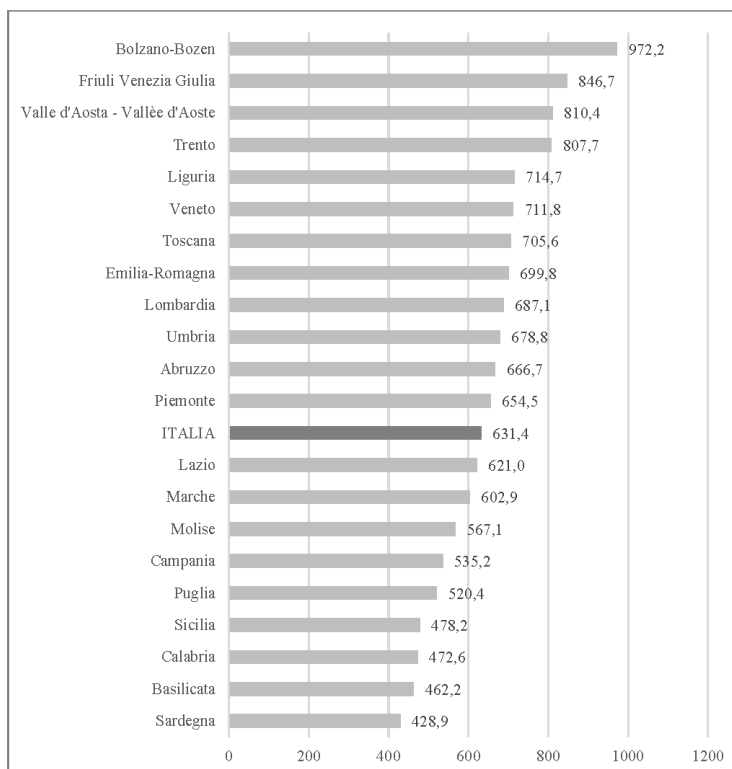
Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Grafico 1 - Ospedalizzazione (tasso per 100.000) per acuti in Istituti pubblici e privati accreditati nella popolazione anziana (età ≥ 65 anni) per particolari interventi e/o procedure per regione - Anno 2023



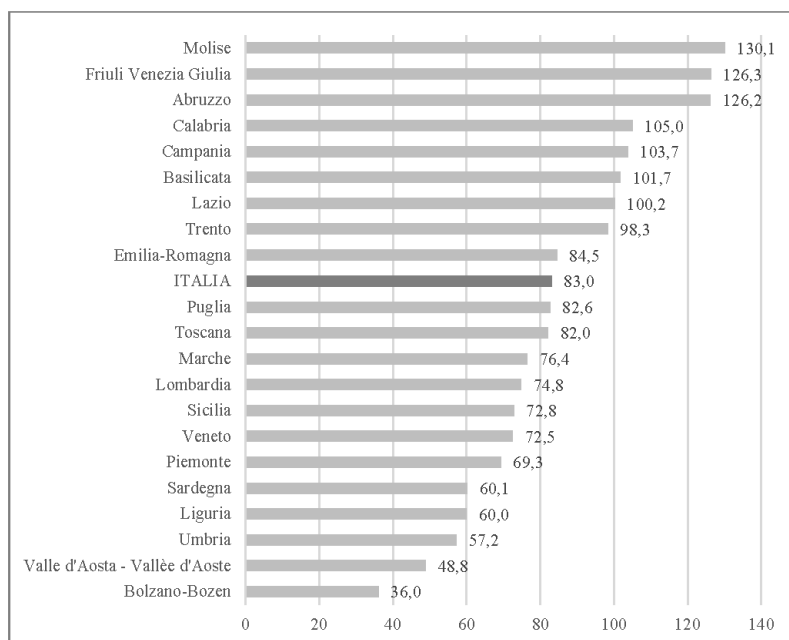
Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Grafico 2 - Ospedalizzazione (tasso per 100.000) per acuti in Istituti pubblici e privati accreditati nella popolazione anziana (età ≥ 65 anni) per intervento di sostituzione dell'anca per regione - Anno 2023



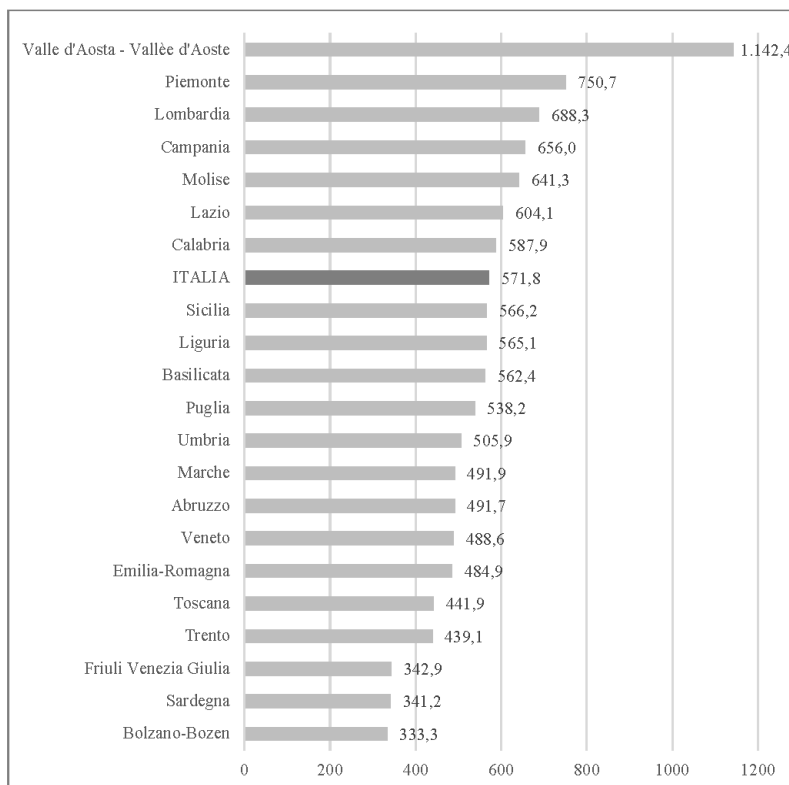
Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Grafico 3 - Ospedalizzazione (tasso per 100.000) per acuti in Istituti pubblici e privati accreditati nella popolazione anziana (età ≥ 65 anni) per intervento di bypass coronarico per regione - Anno 2023



Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Grafico 4 - Ospedalizzazione (tasso per 100.000) per acuti in Istituti pubblici e privati accreditati nella popolazione anziana (età ≥ 65 anni) per intervento di angioplastica coronarica per regione - Anno 2023



Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Tempi di attesa per particolari interventi chirurgici

Un particolare obiettivo del SSN è quello di aumentare l'efficienza nell'ambito del governo delle liste di attesa per avere prestazioni sanitarie.

A tal fine, è stato emanato il DL n. 73 del 7 giugno 2024, convertito nella Legge n. 107 del 29 luglio 2024, per tutelare il diritto alla salute, prevedendo un sistema di monitoraggio efficace e strumenti di controllo che consentano di poter intervenire presso le aziende in caso di inadempienza.

Il provvedimento prevede che ciascuna regione individui un responsabile unico dell'assistenza sanitaria regionale, con il compito di definire gli interventi utili a correggere le criticità emerse a seguito dei controlli.

Le prestazioni sanitarie devono essere garantite nei tempi previsti per la classe di priorità, individuata nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa. In caso di impossibilità per il servizio pubblico a rispettare tali tempi, la prestazione dovrà essere garantita ricorrendo all'intramoenia o al privato accreditato, dietro corrispondenza del ticket, senza alcun ulteriore aggravio di spesa.

A vantaggio dei professionisti sanitari è prevista la detassazione delle prestazioni aggiuntive, eseguite per ridurre le liste di attesa. Infine, a partire dal 2025, è abolito il tetto di spesa per le assunzioni di personale.

Significato. Le informazioni sul ricovero ospedaliero, presenti nel flusso SDO, quali la data di ricovero e la data di prenotazione per un particolare intervento chirurgico, consentono di calcolare, per tipologia di intervento, l'attesa media espressa in giorni. La data di prenotazione è quella in cui la richiesta di

ricovero programmato è pervenuta all'operatore ospedaliero, addetto alla prenotazione, con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge n. 724/1994.

Attesa media (in giorni) per particolare intervento chirurgicoⁱ

Numeratore	$\Sigma (\text{data di ricovero}_i - \text{data di prenotazione}_i)$
Denominatore	$\Sigma \text{ dimissioni ospedaliere}_i$

i = indica un generico intervento chirurgico, di cui si vogliono conoscere i tempi di attesa.

Validità e limiti. Il calcolo dell'indicatore sul tempo di attesa media per un particolare intervento chirurgico esclude i ricoveri in urgenza, ma considera i casi con data di prenotazione valida.

Questa regola di validità dell'indicatore evidenzia dei limiti nel calcolo, perché è considerata valida la data di prenotazione anche nel caso in cui, per lo stesso episodio di ricovero, non sia stata data indicazione sulla tipologia del ricovero (urgente o in elezione) o l'indicazione fornita risulta non coerente con un'altra informazione relativa all'episodio di ricovero, ossia l'indicazione del regime di ricovero (ordinario o diurno) in cui è stato effettuato l'intervento chirurgico.

Valore di riferimento/Benchmark. Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa attualmente vigente, siglato con Intesa Stato-Regioni, è del 2019-2021 e prevede che le prestazioni sanitarie siano garantite nei tempi previsti per la classe di priorità individuata.

In particolare, per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa deve riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica.

Descrizione dei risultati

La Tabella 1 riporta il tempo medio di attesa, ovvero l'attesa media espressa in giorni, per alcuni interventi chirurgici, eseguiti in elezione in regime di RO.

L'attesa media è calcolata sui soli ricoveri non urgenti, con data di prenotazione valida. Le procedure chirurgiche considerate per tipologia di intervento sono quelle indicate nell'Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010 relativa al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012.

Gli interventi chirurgici qui considerati sono quelli per tumore alla mammella, per tumore alla prostata e per protesi d'anca, utilizzando la classificazione di codici ICD-9-CM del 2007. Per completezza di informazione sono anche riportate in tabella il numero complessivo delle dimissioni ospedaliere per ciascuno di questi interventi e la relativa percentuale di validità della data di prenotazione per l'inserimento nella lista di attesa.

Per tumore alla mammella sono considerate le procedure di mastectomia (codice 85.4x) associate alle diagnosi di tumori maligni della mammella della donna (codice 174.x). A livello nazionale l'attesa media per il ricovero è stata di poco inferiore a 27 giorni nel 2023, con consistente variabilità a livello regionale.

Particolarmente elevata l'attesa media in Sardegna (78,1 giorni), che quasi triplica il valore medio nazionale.

Per tumore alla prostata sono considerate le procedure di prostatectomia radicale (codice 60.5) associate alle diagnosi di tumori maligni della prostata (codice 185). A livello nazionale l'attesa media per il ricovero è stata di 55,0 giorni nel 2023, con elevata variabilità a livello regionale. Il valore regionale con il valore più elevato di attesa in giorni per il ricovero è quello dell'Abruzzo (118,6 giorni) che raddoppia l'attesa media rilevata a livello nazionale (55,0 giorni).

Per la protesi d'anca, che rappresenta la causa di ricovero più elevata rispetto alle altre qui considerate (oltre 130 mila dimissioni ospedaliere) sono considerate le procedure di revisione di protesi d'anca, sia acetabolare che dei componenti femorali (codici 00.70-00.73) e sostituzione totale o parziale dell'anca e revisione di sostituzione dell'anca (codici 81.51-81.53). A livello nazionale l'attesa media per il ricovero è stata di circa 56 giorni nel 2023, con elevata variabilità a livello regionale. I valori regionali oscillano da 13,1 giorni (Molise), circa ¼ dell'attesa media

nazionale, a 98,2 giorni (Friuli-Venezia Giulia) che, invece, quasi raddoppia il valore medio nazionale.

La Tabella 2 riporta il tempo medio di attesa espressa in giorni per interventi chirurgici, eseguiti in elezione in regime di ricovero diurno, per ernia inguinale. Nel 2023, le dimissioni per questa patologia di intervento sono state oltre 72.000. Le procedure chirurgiche qui considerate sono la riparazione monolaterale e bilaterale di ernia inguinale (codici 53.0x, 53.1x).

L'attesa media in lista di attesa per il ricovero è, a livello nazionale, di 128,8 giorni con valori regionali che vanno da 33,4 giorni (Calabria) a 198,5 giorni (Liguria).

Relativamente agli interventi chirurgici finora considerati, la Tabella 3 riporta il numero complessivo delle dimissioni e relativa attesa media (in giorni) per il ricovero nel periodo 2019-2023, comprensivo del periodo pandemico da COVID-19.

Rispetto all'anno 2022, si osservano significativi miglioramenti nel 2023 sui tempi d'attesa per gli interventi relativi al tumore alla mammella e per protesi d'anca, eseguiti in regime di RO e per quelli per ernia inguinale, eseguiti in regime diurno.

Tabella 1 - Dimissioni (valori assoluti) con data di prenotazione valida (valori per 100) e attesa media (valori in giorni) per alcuni interventi chirurgici in elezione in Ricovero Ordinario per regione - Anno 2023

Regioni	Interventi per tumore alla mammella			Interventi per tumore alla prostata			Interventi per protesi d'anca		
	Totale dimissioni	Data prenotazione valida	Attesa media	Totale dimissioni	Data prenotazione valida	Attesa media	Totale dimissioni	Data prenotazione valida	Attesa media
Piemonte	1.018	99,9	28,0	1.824	99,9	61,1	11.608	99,6	83,6
Valle d'Aosta	31	100,0	17,5	66	100,0	58,4	292	100,0	27,5
Lombardia	3.335	99,3	23,2	4.200	96,8	70,2	27.561	99,0	65,9
Bolzano-Bozen	100	75,0	12,0	154	68,8	18,8	1.658	88,7	47,8
Trento	142	100,0	25,6	183	100,0	37,5	1.899	100,0	62,9
Veneto	1.749	100,0	18,6	2.776	99,6	36,5	11.568	99,5	62,3
Friuli-Venezia Giulia	460	100,0	30,6	376	100,0	54,0	3.135	99,9	98,2
Liguria	392	99,2	32,2	459	99,8	74,0	2.287	99,6	44,0
Emilia-Romagna	1.184	99,9	22,6	1.598	98,8	49,0	15.744	99,7	70,8
Toscana	659	99,8	20,1	1.786	99,7	47,3	9.629	99,5	41,2
Umbria	202	98,0	45,0	263	98,5	78,2	1.545	99,0	48,1
Marche	292	100,0	39,8	571	100,0	53,8	2.941	99,8	62,3
Lazio	1.265	92,3	25,9	1.925	93,8	40,6	11.170	96,6	44,4
Abruzzo	143	100,0	32,9	388	100,0	118,6	2.920	98,7	29,0
Molise	36	100,0	9,3	37	100,0	41,7	426	100,0	13,1
Campania	851	100,0	25,0	808	100,0	48,9	7.807	100,0	24,9
Puglia	1.182	100,0	27,3	1.396	100,0	52,5	5.913	100,0	23,9
Basilicata	95	100,0	21,0	88	100,0	47,4	502	100,0	43,5
Calabria	242	100,0	45,3	298	100,0	41,8	2.451	100,0	19,1
Sicilia	932	97,6	29,5	850	98,5	70,4	7.120	99,3	33,3
Sardegna	364	99,2	78,1	175	99,4	43,7	2.231	98,5	35,4
Italia	14.674	98,8	26,7	20.221	98,2	55,0	130.407	99,1	55,5

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Tabella 2 - Dimissioni (valori assoluti) con data di prenotazione valida (valori per 100) e attesa media (valori in giorni) per alcuni interventi chirurgici in elezione in Day Hospital - Anno 2023

Regioni	Totale dimissioni	Data prenotazione valida	Attesa media
Piemonte	2.804	100,0	186,9
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	184	100,0	65,2
Lombardia	23.095	99,2	151,0
Bolzano-Bozen	1.084	92,6	83,2
Trento	1.249	100,0	64,3
Veneto	1.442	99,7	111,4
Friuli-Venezia Giulia	2.155	100,0	145,5
Liguria	728	99,9	198,5
Emilia-Romagna	5.474	99,1	176,9
Toscana	6.637	99,4	137,1
Umbria	1.481	99,4	189,8
Marche	1.426	99,9	122,0
Lazio	6.720	94,6	104,1
Abruzzo	1.967	98,0	70,8
Molise	321	100,0	60,5
Campania	3.584	100,0	82,6
Puglia	1.330	100,0	45,8
Basilicata	786	99,9	176,2
Calabria	515	100,0	33,4
Sicilia	5.683	97,1	78,5
Sardegna	3.621	99,3	96,0
Italia	72.286	98,7	128,8

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell’edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Tabella 3 - Dimissioni (valori assoluti) e attesa media (valori in giorni) per alcuni interventi chirurgici in elezione - Anni 2019-2023

Interventi chirurgici	2019		2020		2021		2022		2023	
	Totale dimissioni	Attesa media	Totale dimissioni	Attesa media	Totale dimissioni	Attesa media	Totale dimissioni	Attesa media	Totale dimissioni	Attesa media
Tumore alla mammella	15.109	26,6	13.812	26,4	14.557	26,7	14.575	30,1	14.674	26,7
Tumore alla prostata	17.536	52,8	14.730	48,8	15.967	47,9	18.183	51,0	20.221	55,0
Protesi d'anca	115.683	80,5	96.503	82,2	114.719	81,0	124.702	83,7	130.407	55,5
Ernia inguinale	69.680	104,2	39.931	108,2	50.701	130,5	62.915	135,7	72.286	128,8

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell’edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull’attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Al fine di governare la tematica delle liste con tempi eccessivi di attesa per prestazioni del SSN, il DL n. 73 del 7 giugno 2024, convertito nella Legge n. 107 del 29 luglio 2024 ha istituito una Piattaforma nazionale, di cui si avvale il Ministero della Salute, finalizzata a realizzare l’interoperabilità con le piattaforme istituite da ciascuna Regione e PA. Tra gli obiettivi vi è la modu-

lazione dei tempi di attesa in relazione alle classi di priorità e la misurazione dell’appropriatezza nell’accesso alle prestazioni, anche utilizzando piattaforme di intelligenza artificiale, in coerenza con criteri di raggruppamenti di attesa omogenea e con le raccomandazioni previste dalle Linee Guida e suggerite dalle buone pratiche clinico-assistenziali.

Indicatori di appropriatezza

Nell'ambito della razionalizzazione della rete ospedaliera il legislatore ha più volte richiamato l'attenzione sulla appropriatezza clinica ed organizzativa dell'assistenza ospedaliera. Si richiama qui il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, che definisce appropriati i ricoveri ordinari per interventi o procedure che non possono essere eseguiti in DH o in Day Surgery, con identico o maggiore beneficio e identico o minor rischio per il paziente, e con minore impiego di risorse (art. 39, comma 1).

Già il Patto per la Salute 2010-2012, sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 3 dicembre 2009, ha posto tra gli obiettivi l'incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri. A tal proposito, il provvedimento ha introdotto una lista di prestazioni da trasferire in regime ambulatoriale (Allegato A del Patto per la Salute), in quanto sarebbero ad alto rischio di inappropriatezza organizzativa se venissero erogate in regime di ricovero, anche se di breve durata.

Nel suddetto provvedimento è stato anche definito un elenco di prestazioni ospedaliere, classificate secondo un criterio di raggruppamento omogeneo di diagnosi per consumo di risorse, noto in inglese come DRG, ad alto rischio di non appropriatezza se in regime di degenza ordinaria (Allegato B del Patto per la Salute). L'elenco è costituito complessivamente da 108 DRG, di cui se ne riportano di seguito alcuni a titolo informativo:

- 006 *Decompressione del tunnel carpale*;
- 008 Interventi su nervi periferici ed altri sul sistema nervoso centrale senza CC;
- 036 Interventi sulla retina;
- 038 Interventi primari sull'iride;
- 039 *Interventi sul cristallino*;
- 040, 041 Interventi sulle strutture extra oculari;
- 042 Interventi sulle strutture intraoculari;
- 051 Interventi sulle ghiandole salivari;
- 055 Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola;
- 059, 060 Tonsillectomia e/o adenoidectomia;
- 061, 062 Miringotomia con inserzione di tubo;
- 119 *Legatura e stripping di vene*;
- 158 Interventi su ano e stoma senza CC;
- 160, 162, 163 Interventi per ernia;
- 168, 169 Interventi sulla bocca;
- 227 Interventi sui tessuti molli;
- 228, 229 Interventi maggiori su pollice ed articolazioni con CC e interventi su mano o polso senza CC;
- 232 *Artroscopia*;
- 262 Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne;
- 266 Trapianti di pelle;
- 268, 270 Chirurgia plastica della pelle, tessuto sottocutaneo e della mammella;
- 339, 340 Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne;
- 343, 343 Circoncisione;
- 345 Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne;
- 360 Interventi su vagina, cervice e vulva;
- 362 Occlusione endoscopica delle tube;
- 364 Dilatazione e raschiamento;
- 377 Diagnosi relative a post-parto e post-aborto con intervento chirurgico;
- 381 Aborto con dilatazione e raschiamento;
- 503 Interventi sul ginocchio senza diagnosi di infezione;
- 538 Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore.

Nell'elenco sopra riportato sono stati evidenziati alcuni interventi chirurgici che vengono eseguiti prevalentemente in regime di ricovero diurno e in modalità di One Day Surgery (ricovero ordinario con un solo pernottamento), come rappresentato nella Tabella 1.

Per gli interventi evidenziati, la tabella mostra il numero di interventi per modalità di ricovero in cui sono stati eseguiti: diurno ed ordinario. A livello nazionale, la percentuale degli interventi eseguiti in regime diurno passa da 76,9% per la decompressione del tunnel carpale (DRG 006), a 81,6% per gli interventi sul cristallino con o senza vitrectomia (DRG 039), fino a 83,0% per la legatura e *stripping* di vene (DRG 119).

A livello regionale si evidenziano alcune differenze: valori percentuali minimi in Puglia per decompressione del tunnel carpale (22,8%) e per legatura e *stripping* di vene (30,9%); in Valle d'Aosta per interventi sul cristallino con o senza vitrectomia (20,0%).

Tabella 1 - Dimissioni (valori assoluti) con data di prenotazione valida (valori per 100) e attesa media (valori in giorni) per alcuni interventi chirurgici in elezione in Ricovero Ordinario per regione - Anno 2023

Regioni	006 - Decompressione del tunnel carpale				039 - Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia				119 - Legatura e stripping di vene			
	DH	One Day Surgery	Totale	% DH	DH	One Day Surgery	Totale	% DH	DH	One Day Surgery	Totale	% DH
Piemonte	351	164	168	67,6	1.448	1.468	1.502	49,1	2.054	799	807	71,8
Valle d'Aosta	2	0	0	100,0	3	12	12	20,0	129	3	3	97,7
Lombardia	607	144	158	79,3	2.632	421	577	82,0	619	476	536	53,6
Bolzano-Bozen	67	8	9	88,2	293	79	140	67,7	63	14	19	76,8
Trento	59	1	1	98,3	397	12	22	94,7	83	2	3	96,5
Veneto	141	69	70	66,8	1.035	191	206	83,4	154	78	96	61,6
Friuli-Venezia Giulia	50	15	17	74,6	398	163	201	66,4	807	162	163	83,2
Liguria	123	14	18	87,2	837	78	82	91,1	302	20	73	80,5
Emilia-Romagna	226	51	61	78,7	1.451	630	704	67,3	4.904	265	287	94,5
Toscana	130	40	40	76,5	1.149	99	112	91,1	2.024	137	146	93,3
Umbria	32	2	2	94,1	251	46	73	77,5	221	60	64	77,5
Marche	154	11	12	92,8	436	43	59	88,1	473	120	125	79,1
Lazio	233	137	141	62,3	2.098	232	287	88,0	2.258	322	417	84,4
Abruzzo	268	9	11	96,1	747	50	124	85,8	657	43	60	91,6
Molise	53	1	1	98,1	234	32	34	87,3	42	1	9	82,4
Campania	941	128	166	85,0	9.521	401	707	93,1	638	116	278	69,7
Puglia	68	211	230	22,8	887	247	758	53,9	72	83	161	30,9
Basilicata	50	4	5	90,9	199	18	30	86,9	99	25	31	76,2
Calabria	21	4	4	84,0	92	4	13	87,6	40	9	18	69,0
Sicilia	148	13	20	88,1	697	89	121	85,2	424	10	29	93,6
Sardegna	154	27	30	83,7	1.132	47	101	91,8	413	28	41	91,0
Italia	3.878	1.053	1.164	76,9	25.937	4.362	5.865	81,6	16.476	2.773	3.366	83,0

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Se si considerano congiuntamente gli interventi eseguiti in regime di ricovero diurno e in modalità di One Day Surgery rispetto alla totalità degli interventi effettuati, i valori percentuali aumentano sensibilmente. A livello nazionale si raggiungono i valori 95,3% per interventi sul cristallino con o senza vitrectomia, 97,0% per legatura e *stripping* di vene e 97,8% per decompressione del tunnel carpale (dati non presenti in tabella).

A livello regionale i valori percentuali aumentano fino a raggiungere il 100% per: decompressione del tunnel carpale (PA di Trento, Toscana, Umbria, Molise e Calabria), interventi sul cristallino con o senza vitrectomia e legatura e *stripping* di vene (Valle d'Aosta). Valori percentuali minimi si rilevano in Puglia: 66,5% legatura e *stripping* di vene, 68,9% interventi sul cristallino con o senza vitrectomia, 93,6% decompressione del tunnel carpale (dati non presenti in tabella).

Le strutture ospedaliere sono sempre più orientate verso scelte organizzative e cliniche in grado di erogare prestazioni sanitarie efficaci e congruenti, per quantità di risorse impiegate, con le loro caratteristiche di complessità e con quelle cliniche del paziente. L'utilizzo delle tecniche laparoscopiche costituisce una scelta ormai consolidata nella pratica chirurgica. Avvalendosi di una tecnica minimamente invasiva, la chirurgia laparoscopica oltre a ridurre il dolore e le complicanze post-operatorie, rende più breve il ricovero rispetto alla chirurgia tradizionale a cielo aperto. Un esempio di utilizzo di questa tecnica chirurgica è l'intervento di colecistectomia.

Significato. L'indicatore evidenzia il grado di diffusione della tecnica chirurgica mini invasiva, con i vantaggi insiti nell'utilizzo di questa pratica chirurgica.

L'indicatore esprime la quota parte di interventi di colecistectomia praticati con tecnica laparoscopica (valore percentuale).

Interventi di colecistectomia praticati con tecnica laparoscopica

Numeratore $\frac{\Sigma \text{interventi per colecistectomia laparoscopica}}{\Sigma \text{colecistectomie}} \times 100$

Denominatore

Validità e limiti. Il calcolo dell'indicatore considera gli interventi di colecistectomia (come intervento principale dell'episodio di ricovero) effettuati in regime di RO o diurno. Pertanto, a denominatore sono considerati i codici ICD-9-CM 51.22 (colecistectomia) e 51.23 (colecistectomia laparoscopica) e a numeratore è considerato il solo codice 51.23.

È esclusa dal calcolo dell'indicatore la colecistectomia parziale laparoscopica (codici ICD-9-CM 51.24); sono anche escluse le dimissioni afferenti agli *Major Diagnostic Categories* 14 e 15 che indicano, rispettivamente, le categorie diagnostiche relative a Gravidanza, parto e puerperio e Malattie e disturbi del periodo neonatale.

Valore di riferimento/Benchmark. In mancanza di normative specifiche e di indicazioni di letteratura rispetto alle quali attuare confronti, si considera come riferimento il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

I dati mostrano che la chirurgia laparoscopica è impiegata in modo prevalente per questo tipo di intervento. A livello nazionale l'indicatore raggiunge il 96,1% e i valori regionali confermano il consolidamento di questa pratica chirurgica in tutte le regioni, con proporzioni molto alte rispetto al totale degli interventi di colecistectomia.

Tabella 2 - Interventi (valori per 100 e valori assoluti) di colecistectomia laparoscopica per regione - Anno 2023

Regioni	Interventi di colecistectomie laparoscopiche	N interventi di colecistectomie laparoscopiche (numeratore)	N interventi di colecistectomie colecistectomie (denominatore)
Piemonte	95,2	7.187	7.550
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	77,8	84	108
Lombardia	96,7	16.336	16.886
Bolzano-Bozen	94,9	704	742
Trento	98,9	913	923
Veneto	96,4	7.190	7.459
Friuli-Venezia Giulia	96,7	1.639	1.695
Liguria	95,4	1.920	2.013
Emilia-Romagna	95,7	6.662	6.960
Toscana	96,5	7.278	7.539
Umbria	93,5	1.640	1.754
Marche	96,6	2.233	2.312
Lazio	96,5	9.212	9.550
Abruzzo	96,8	2.902	2.997
Molise	97,3	392	403
Campania	96,3	9.266	9.618
Puglia	94,9	6.223	6.554
Basilicata	97,8	634	648
Calabria	93,2	2.585	2.773
Sicilia	96,2	7.968	8.281
Sardegna	97,2	2.366	2.434
Italia	96,1	95.334	99.199

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Gli indicatori di appropriatezza descrivono l'orientamento delle strutture di ricovero verso scelte organizzative e cliniche volte all'erogazione di interventi sanitari efficaci e congruenti, per quantità di risorse impiegate, con le loro caratteristiche di complessità e con quelle cliniche del paziente.

Si richiama il DPCM 12 gennaio 2017, in particolare il comma 1 dell'art. 39 "Criteri di appropriatezza del ricovero ordinario", il comma 1 dell'art. 41 "Criteri di appropriatezza del day surgery", il comma 1 dell'art. 43 "Criteri di appropriatezza del ricovero di Day Hospital".

Degenza media, degenza media standardizzata per case mix e degenza media preoperatoria

Significato. La degenza media rappresenta il più semplice ed immediato indicatore di analisi di efficienza dell'attività di ricovero ospedaliero, ma risente dell'effetto confondente di una diversa composizione e complessità della casistica osservata per ciascun erogatore di prestazioni ospedaliere in regime di ricovero. Per ovviare a tale problema, la degenza viene standardizzata per *case-mix* ed il risultato della standar-

dizzazione è la degenza media che si osserverebbe se la casistica trattata, ad esempio in una struttura di ricovero, o nelle strutture di ricovero di una regione, fosse analoga, per composizione e complessità, ad un dato standard di riferimento, che può ad esempio coincidere con la casistica complessivamente osservata a livello nazionale.

Degenza media

Numeratore	Σ giornate di degenza
Denominatore	Σ numero di dimissioni

Degenza media standardizzata per case-mix

$$dm\_std_R = \frac{\sum_{i \in DRG} \left(\frac{gg\_deg_{i,R}}{dim_{i,R}} \cdot dim_{i,N} \right)}{\sum_{i \in DRG} (dim_{i,N})}$$

Dove $gg\_deg_{i,R}$ e $dim_{i,R}$ indicano, rispettivamente, il numero di giornate di degenza ed il numero di dimissioni da reparti per acuti in regime di RO per l'*i-esimo* DRG nella generica regione R e $dim_{i,N}$ rappresenta il numero di dimissioni per l'*i-esimo* DRG della casistica standard, ossia quella osservata a livello nazionale.

Validità e limiti. La degenza media standardizzata per *case mix* consente di confrontare la durata della degenza tra diversi erogatori: tenendo conto della complessità dei casi trattati, può aiutare a valutare l'efficienza dei servizi ospedalieri, identificando aree di miglioramento e ottimizzando la gestione dei pazienti. Può essere, inoltre, utilizzata per pianificare le risorse sanitarie e ottimizzare l'offerta di servizi ospedalieri. Le limitazioni possono derivare dalla complessità dei casi; la standardizzazione per *case mix* può non catturare completamente la complessità dei casi trattati, portando a confronti non del tutto accurati tra diversi erogatori. Inoltre, può non essere direttamente confrontabile tra diversi contesti sanitari, a causa di differenze nella organizzazione e nella gestione dei servizi ospedalieri.

Valore di riferimento/Benchmark. Per la degenza media, in assenza di altre specifiche, può essere utilizzato come riferimento il valore della degenza media nazionale. Il *benchmarking* della degenza media standardizzata per *case mix* può essere effettuato utilizzando l'Indice Comparativo di *Performance*, che rapporta la degenza media standardizzata per *case mix* di un dato erogatore alla degenza media dello standard di riferimento.

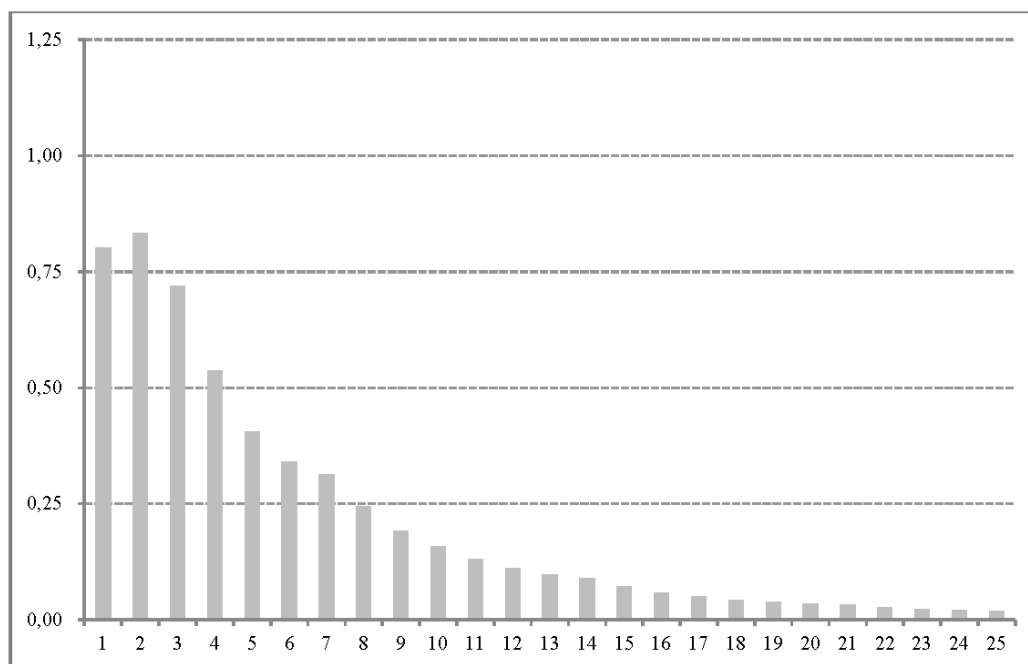
Descrizione dei risultati

La degenza media a livello nazionale nell'anno 2023 è stata pari a 7,1 giorni, in diminuzione rispetto all'anno 2022 (7,2 giorni) e agli anni 2020 e 2021 (7,5 giorni nel 2020 e 7,4 giorni nel 2021), e in avvicinamento rispetto agli anni antecedenti alla pandemia.

Il Grafico 1 rappresenta la distribuzione delle giornate di degenza delle dimissioni nell'anno 2023 (ricoveri per acuti in regime ordinario). Il valore mediano della degenza è di 2,5 giorni.

La degenza media preoperatoria, indicatore di efficienza organizzativa nelle strutture sanitarie, rimane stabile nel 2023 (1,60 giorni), con rilevanti differenze a livello regionale, in diminuzione costante rispetto all'anno 2020 quando è stata pari a 1,76 giorni. In Tabella 1 vengono riportati i dati al livello regionale. Nel Grafico 2 si illustrano i valori della degenza media standardizzata per *case mix* per regione; si osserva una notevole variabilità regionale, con valori minimi in Toscana (6,4 giorni), PA di Bolzano (6,5 giorni) e in Puglia (6,8 giorni) e valori massimi in Lombardia e Sardegna (7,7 giorni) e Friuli-Venezia Giulia (7,8 giorni), fino a un picco in Valle d'Aosta (9,0 giorni).

Grafico 1 - Dimissioni per classe di durata della degenza (valori in giorni) per acuti in regime di Ricovero Ordinario - Anno 2023



Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

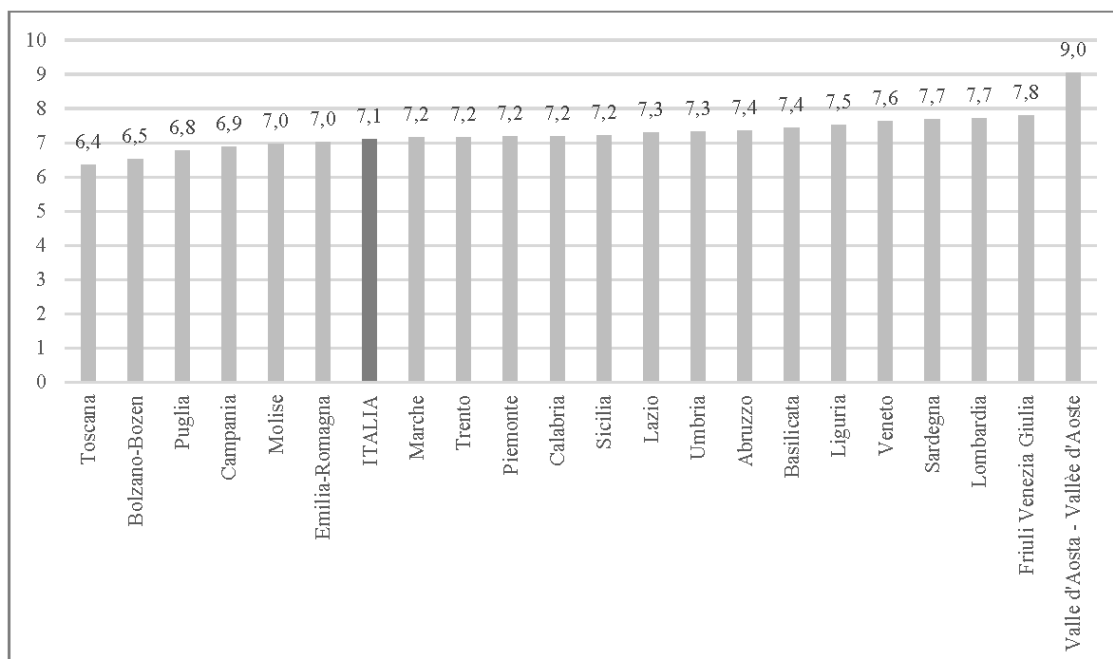
Tabella 1 - Degenza media, standardizzata per case-mix e programmatoria (valori in giorni) per acuti in regime di Ricovero Ordinario per regione - Anno 2023

Regioni	Degenza media	Degenza media std per case-mix	Degenza media preparatoria
Piemonte	6,94	7,18	1,15
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,81	9,05	2,07
Lombardia	7,25	7,72	1,47
Bolzano-Bozen	6,13	6,52	1,23
Trento	7,20	7,17	1,39
Veneto	7,53	7,62	1,45
Friuli-Venezia Giulia	7,51	7,80	1,52
Liguria	8,04	7,53	2,00
Emilia-Romagna	6,95	7,01	1,40
Toscana	6,56	6,35	1,20
Umbria	7,40	7,31	1,94
Marche	7,22	7,16	1,38
Lazio	7,11	7,30	1,76
Abruzzo	7,55	7,35	1,33
Molise	6,95	6,95	2,13
Campania	6,46	6,88	1,90
Puglia	6,71	6,78	1,86
Basilicata	7,61	7,44	2,14
Calabria	7,13	7,19	2,04
Sicilia	7,30	7,20	2,02
Sardegna	7,68	7,70	2,17
Italia	7,10	7,10	1,60

Note: sono incluse le dimissioni da Istituti pubblici, privati accreditati e non accreditati; la degenza preoperatoria in giorni risulta superiore a quella in ore poiché il conteggio in giorni determina inevitabilmente una approssimazione per eccesso.

Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Grafico 2 - Degenza media standardizzata per case-mix (valori in giorni) per acuti in regime di Ricovero Ordinario - Anno 2023



Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Mobilità ospedaliera

La mobilità ospedaliera considera gli spostamenti dei pazienti dalla propria regione di residenza a quella di ricovero, per sottoporsi a cure e/o interventi chirurgici. Le ragioni che determinano questi spostamenti possono essere di varia natura e non sempre immediatamente comprensibili. In molti casi la motivazione può essere ricondotta alla ricerca di strutture ospedaliere di alta specialità o notoriamente ritenute più specializzate di altre nel trattare determinate patologie. In altri casi può trattarsi di una mobilità di “confine”, ossia verso strutture extra-regionali, situate in zone limitrofe ai confini regionali e, quindi, la mobilità è determinata dalla vicinanza geografica e facilitazione nell’accesso alle cure. Inoltre, la mobilità ospedaliera può essere ricondotta ai casi di pazienti che necessitano di assistenza ospedaliera e sono domiciliati in una regione diversa da quella propria di residenza. Infine, esiste una migrazione ospedaliera “evitabile” dovuta ad una inadeguata allocazione dei presidi diagnostico-terapeutici, a disinformazione o ad inefficienze delle strutture locali.

Il fenomeno della mobilità ospedaliera di una regione esprime la capacità di attrarre pazienti che risiedono in altre regioni ed in tal caso si parla di mobilità attiva, o al contrario la tendenza dei pazienti ad emigrare fuori regione ed in questo caso si parla di mobilità passiva.

La matrice di mobilità ospedaliera, determinata dalla regione di ricovero per riga e regione di residenza o provenienza per colonna, consente di calcolare gli indicatori atti a misurare l’intensità del fenomeno. Gli indicatori in questione sono l’indice di attrazione e l’indice di fuga.

Significato. Il fenomeno della mobilità ospedaliera si estende anche ad una mobilità di tipo internazionale. Ci si limita in questo contesto all’assistenza ospedaliera erogata in Italia a cittadini residenti all’estero. Questo fenomeno assume particolare rilievo, tenendo conto delle indicazioni europee stilate nella Direttiva 2011/24/UE che mirano ad agevolare l’accesso ad un’assistenza sanitaria transfrontaliera sicura e di qualità nell’UE e a garantire la mobilità dei pazienti. Le amministrazioni regionali sono particolarmente

interessate al fenomeno della mobilità ospedaliera per gli effetti finanziari che ne scaturiscono. Con DM del 18 ottobre 2012 il Ministero della Salute ha fissato le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, riabilitazione e lungodegenza. Trattasi di tariffe omnicomprensive degli episodi di ricovero cui le regioni devono tener conto nell’adozione del proprio sistema tariffario.

Indice di attrazione per regione di ricovero

Numeratore	Σ dimissioni in mobilità attiva (pazienti non residenti nella regione di ricovero)
Denominatore	Σ dimissioni effettuate in regione (pazienti ovunque residenti)

x 100

Indice di fuga per regione

Numeratore	Σ dimissioni in mobilità passiva (residenti ricoverati in altra regione)
Denominatore	Σ dimissioni di residenti in regione ovunque ricoverati

x 100

Validità e limiti. La validità ed i limiti dell’analisi sulla mobilità ospedaliera si riferiscono alla qualità dell’informazione relativa alla regione di residenza del paziente, che è migliorata nel tempo e può essere considerata di elevata affidabilità. Possibili difficoltà sembrano, invece, emergere sulla codifica dello stato estero per i dimessi non residenti in Italia e con cittadinanza estera: si veda a tal proposito, nelle tabelle che seguono, l’esiguità del numero dei dimessi residenti all’estero in corrispondenza di alcune regioni di ricovero.

Inoltre, per definire più puntualmente le motivazioni che sottendono la mobilità sanitaria, occorrerebbe approfondire il fenomeno analizzando i settori noso-

logici che più incidono sulla migrazione.

Le tabelle che qui si presentano sulla mobilità ospedaliera considerano le dimissioni da strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate.

Valore di riferimento/Benchmark. L’Accordo Stato-Regioni per il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, all’art. 19 dedicato alla mobilità interregionale, stabilisce che le regioni individuino adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria. Detti accordi dovrebbero prevenire fenomeni distorsivi indotti dalle differenze tariffarie adottate dalle regioni e da differenti gradi di applica-

zione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale. Le regioni dovrebbero anche definire collaborazioni interregionali tali da conseguire un miglioramento dei risultati organizzativi rispetto a quelli che si avrebbero se ci si limitasse ad una scala organizzativa ristretta al proprio ambito territoriale. Infine, dovrebbero essere individuati meccanismi di controllo su eventuali comportamenti opportunistici di alcuni soggetti del sistema definendo tetti di attività condivisi e funzionali al governo complessivo della domanda.

La Legge n. 178 del 30 dicembre 2020, interviene con azione di governo sulla mobilità sanitaria interregionale. Al comma 492 dell'art.1 stabilisce che la sottoscrizione di accordi bilaterali costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN.

Descrizione dei risultati

Con riferimento alla mobilità per acuti in regime ordinario, dopo una riduzione del fenomeno registrata nel 2020, si rileva un ritorno alla situazione pre-pandemica già nel 2022, confermato nel 2023, con 8,5% dei ricoveri per acuti in regime ordinario effettuati in regione diversa da quella di residenza del paziente; la quota è tornata ai livelli del 2019 (8,3%), dopo essere scesa a 7,2% nel 2020, con un segnale di ripresa nel 2021 (7,8%) e nel 2022 (8,3%).

Le tabelle che seguono presentano l'entità della mobilità per regione in termini di numerosità delle dimissioni e relativi indici di attrazione e fuga. L'analisi

viene presentata relativamente all'attività per acuti, distintamente per regime di RO e Day Hospital, ambito in cui il fenomeno della mobilità presenta volumi maggiori rispetto alle attività post acuzie.

Le tabelle riportano per regione di ricovero anche le dimissioni dei residenti all'estero, senza alcuna ulteriore specificazione circa la provenienza geografica, se UE o extra europea.

Dalla Tabella 1 si evince che l'indice di attrazione più elevato è in Molise, con 31,2% dei dimessi non residenti in regione. Nel raffronto regionale la mobilità attiva in assoluto più contenuta è in Sicilia e Sardegna, rispettivamente, 1,8% e 2,0% dei dimessi non risiede in regione.

Con riferimento alla mobilità passiva, valori dell'indice di fuga più elevati si rilevano in Molise e a seguire in Basilicata con, rispettivamente, 32,6% e 29,7% dei propri residenti che si ricovera fuori regione.

La mobilità nelle dimissioni ospedaliere per acuti in regime diurno è rappresentata a livello nazionale da una quota del 9,6% dei ricoveri per acuti in regime diurno. La Tabella 2 mostra un indice di attrazione più elevato, anche in questo caso in Molise, con 33,8% dei dimessi non residenti in regione. È ancora nelle Isole che la mobilità attiva in assoluto è più contenuta: Sicilia e Sardegna, rispettivamente, 1,7% e 0,7% dei dimessi che non risiede in regione.

La mobilità passiva presenta valori più elevati dell'indice di fuga in Molise e a seguire in Basilicata con, rispettivamente, 36,6% e 26,6% dei propri residenti che si ricovera fuori regione.

Grafico 1 - Mobilità (valori assoluti) ospedaliera interregionale per acuti in regime di Ricovero Ordinario per regione - Anno 2023

Regioni	Regioni di residenza																				Totale ricoveri erogati		Mobilità attiva		Residenti estero
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Bolzano-South Tyrol	Trentino	Veneto	Friuli-Venezia Giulia	Liguria	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Dimissioni	%		
Piemonte	376.320	1.632	8.565	31	56	354	116	8.894	811	535	93	215	592	258	79	1.050	977	207	1.466	1.609	655	404.515	28.195	7	2.644
Valle d'Aosta	1.012	10.920	208	2	1	14	13	86	29	30	4	4	35	13	4	19	18	6	47	24	15	12.504	1.584	12,7	256
Lombardia	15.943	509	824.312	402	1.094	7.772	1.057	7.475	12.080	4.432	1.226	2.132	3.754	1.964	616	8.437	8.505	1.591	7.104	9.669	2.521	922.515	98.203	10,6	13.927
Bolzano-South Tyrol	60	0	396	52.138	1.084	818	108	49	209	126	24	45	232	30	6	76	100	4	37	105	35	55.682	3.544	6,4	3.437
Trentino	90	3	1.161	538	41.935	2.122	83	67	489	180	34	64	263	43	7	125	90	13	61	149	42	47.559	5.624	11,8	1.020
Veneto	998	43	10.321	1.088	4.235	425.670	5.844	453	5.302	1.350	353	899	1.310	737	153	2.490	2.120	342	1.435	3.606	1.076	469.725	44.055	9,4	5.077
Friuli-Venezia Giulia	76	3	324	17	45	5.989	108.117	56	175	97	37	71	204	38	17	208	187	17	122	445	65	116.310	8.193	7	1.836
Liguria	3.471	85	2.461	25	96	270	83	134.654	733	1.614	72	156	442	107	34	695	582	89	504	1.386	635	148.194	13.540	9,1	2.066
Emilia-Romagna	1.980	81	12.272	273	572	8.910	922	2.153	432.905	9.901	2.247	11.248	4.734	4.010	801	5.022	8.500	1.223	4.233	4.914	1.504	518.405	85.500	16,5	5.200
Toscana	637	53	1.605	64	84	561	177	4.042	1.517	323.071	3.864	863	6.099	669	144	3.983	1.781	388	2.078	2.104	678	354.662	31.291	8,9	3.701
Umbria	47	2	174	7	8	74	19	37	143	1.366	78.509	1.264	4.947	236	50	319	285	62	289	154	56	88.048	9.539	10,8	652
Marche	143	4	509	14	26	170	32	42	1.388	273	1.425	125.927	1.446	5.111	206	622	1.293	127	158	203	87	139.286	13.359	9,6	596
Lazio	431	24	1.213	68	73	563	188	291	731	2.056	3.162	1.213	479.774	5.512	1.851	11.973	5.118	1.934	7.275	3.319	1.321	528.090	48.316	9,1	3.520
Abruzzo	100	4	360	12	16	77	26	26	270	106	167	733	6.293	105.630	3.132	738	882	56	130	112	29	118.899	13.269	11,2	551
Molise	30	0	71	0	6	12	4	7	34	30	20	17	1.625	736	19.261	4.717	1.063	146	176	36	10	28.001	8.740	31,2	49
Campania	363	12	1.045	36	41	292	125	124	591	494	116	159	3.944	502	993	440.057	1.831	1.898	1.993	798	130	455.544	15.487	3,4	3.107
Puglia	386	12	1.202	43	40	300	113	92	663	226	79	196	852	410	1.095	3.767	3.473.303	6.476	3.061	422	64	366.802	19.499	5,3	2.065
Basilicata	57	0	133	0	7	17	1	15	57	52	5	7	108	21	16	2.730	1.389	35.233	2.047	24	9	41.928	6.695	16	145
Calabria	249	8	663	11	11	70	22	64	191	105	29	22	434	22	5	410	305	145	128.638	725	12	132.141	3.303	2,7	588
Sicilia	448	19	1.167	25	28	251	94	127	378	239	70	50	529	60	14	278	229	42	3.268	396.416	86	403.818	7.402	1,8	2.483
Sardegna	263	4	716	17	26	158	23	117	180	181	28	29	555	34	7	105	56	10	31	192	135.691	138.423	2.732	2	923
Totale residenti	403.004	13.418	868.878	54.811	49.484	454.464	117.167	158.871	458.876	346.464	91.564	145.314	518.172	126.163	28.571	487.821	382.614	50.109	164.153	426.412	144.721	5.491.051	468.570	8,5	
Mobilità passiva	26.684	2.498	44.566	2.673	7.549	28.794	9.050	24.217	25.971	23.393	13.055	19.387	38.398	20.533	9.310	47.764	35.311	14.876	35.515	29.996	9.030	468.570			
%	6,6	18,6	5,1	4,9	15,3	6,3	7,7	15,2	5,7	6,8	14,3	13,3	7,4	16,3	32,6	9,8	9,2	29,7	21,6	7	6,2	8,5			
Saldo ricoveri (a)	-1.511	914	-53.637	-871	1.925	-15.261	857	10.677	-59.529	-8.198	3.516	6.038	-9.918	7.264	570	32.277	15.812	8.181	32.012	21.594	6.298				0

Nota: sono stati considerati i ricoveri da strutture pubbliche e private accreditate.
(a) = il saldo ricoveri è calcolato come differenza fra il numero di residenti nella regione ricoverati altrove (mobilità passiva) ed il numero di ricoveri erogati a pazienti residenti in altre regioni (mobilità attiva).
Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Grafico 2 - Mobilità (valori assoluti) ospedaliera interregionale in Day Hospital per regione - Anno 2023

Regioni	Regioni di residenza																	Totale ricoveri erogati		Mobilità attiva		Rischio di estere			
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Basilicata-Campagna	Emilia-Romagna	Liguria	Friuli-Venezia Giulia	Veneto	Frosinone	Basilicata	Molise	Abruzzo	Marche	Lazio	Umbria	Toscana	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna		Totale ricoveri erogati	Dimissioni	%
Piemonte	111.246	470	1.469	8	18	61	26	1.442	97	89	22	42	100	39	16	221	240	56	383	388	144	116.577	5.331	4,6	457
Valle d'Aosta	707	4.827	12	6	7	13	9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5.639	812	14,4	16
Lombardia	6.121	163	229.862	124	309	3.688	300	2.471	5.066	1.122	295	714	1.078	780	158	1.630	2.413	362	1.990	2.184	1.190	262.220	32.338	12,3	3.199
Basilicata-Campagna	11	4	62	18.620	405	194	31	8	29	24	2	8	23	6	17	29	3	16	20	10	16.532	902	5,5	143	
Frosinone	16	2	208	221	17.616	147	18	10	85	26	6	14	30	11	19	28	3	24	42	15	19.241	1.625	8,4	117	
Veneto	227	8	3.682	300	1.301	97.730	1.495	115	1.912	359	125	171	340	153	59	512	426	61	312	729	251	110.487	12.948	11,5	534
Friuli-Venezia Giulia	15	2	102	8	12	3.493	32.115	18	65	32	24	31	40	18	3	68	58	12	37	165	25	36.343	4.228	11,6	348
Liguria	2.470	74	1.252	14	57	168	52	53.784	531	1.293	59	98	240	74	12	449	461	62	403	1.098	426	63.077	9.293	14,7	448
Emilia-Romagna	300	16	2.844	63	127	3.275	204	465	102.819	2.885	630	3.539	921	845	166	797	1.617	218	728	873	288	123.540	20.721	16,8	829
Toscana	240	13	575	20	38	212	59	1.511	764	104.129	1.565	352	1.204	204	46	1.120	556	167	767	859	283	114.684	10.555	9,2	505
Umbria	12	1	43	5	2	18	7	4	67	641	20.775	482	1.484	84	40	120	483	24	103	47	23	24.463	3.690	15,1	66
Marche	14	1	86	1	3	25	7	5	384	100	382	41.667	391	2.454	92	74	265	35	59	44	17	46.146	4.479	9,7	79
Lazio	243	10	715	33	68	293	124	115	469	1.114	2.128	955	199.494	3.668	1.128	7.339	4.193	1.245	5.052	2.434	907	232.203	32.714	14,1	734
Abruzzo	23	1	67	2	2	20	3	12	47	34	34	311	2.484	33.339	874	140	258	32	37	25	10	37.785	4.426	11,7	45
Molise	5	1	13	1	5	1	2	7	1	2	2	688	215	5.564	1.450	301	32	27	10	1	8.098	2.794	33,8	12	
Campagna	123	3	298	12	16	102	27	32	201	158	68	50	1.514	224	377	185.742	613	1.216	723	279	50	189.828	6.086	3,2	729
Puglia	16	1	62	4	1	14	3	6	36	12	1	19	47	31	96	180	292.271	624	206	28	3	30.661	1.390	4,5	72
Basilicata	10	24	1	1	6	1	2	27	11	4	4	41	4	12	1.316	467	11.852	590	8	14	381	2.529	17,6	19	
Calabria	42	5	147	1	6	21	3	17	41	27	5	10	140	4	5	127	37	138	44.134	251	1	45.162	1.028	2,3	105
Sicilia	58	4	232	7	7	53	17	25	71	38	10	12	123	9	1	62	57	7	932	101.138	27	102.190	1.752	1,7	270
Sardegna	48	1	119	2	8	33	6	16	39	30	3	6	91	7	3	22	10	2	4	39	67.929	68.418	489	0,7	74
Totale residenti	121.957	5.607	241.874	16.447	10.997	110.273	34.706	60.073	112.787	112.049	26.138	48.490	210.463	42.200	9.455	109.909	41.787	16.151	56.539	110.860	71.608	1.608.380	159.800	9,6	
Mobilità passiva	10.711	780	12.012	827	2.381	12.534	2.491	6.289	9.948	7.920	5.565	6.823	10.969	8.861	3.091	16.167	12.516	4.299	12.405	9.722	3.679	159.800			
%	8,8	13,9	5	5	11,9	11,4	7,5	10,5	8,8	7,1	20,5	14,1	5,2	21	36,6	8,1	30	26,6	21,9	8,8	5,1	9,6			
Saldo ricoveri (a)	5.580	-32	-20.346	-75	756	-214	-1.637	-3.804	-10.775	-2.835	1.678	2.344	-21.745	4.435	357	10.081	11.126	1.770	11.377	7.970	3.190				

Nota: sono stati considerati i ricoveri da strutture pubbliche e private accreditate.
(a) = il saldo ricoveri è calcolato come differenza fra il numero di residenti nella regione ricoverati altrove (mobilità passiva) ed il numero di ricoveri erogati a pazienti residenti in altre regioni (mobilità attiva).
Fonte dei dati: Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione e dell'edilizia sanitaria. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2023. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

La mobilità sanitaria rappresenta un fenomeno alquanto rilevante in termini quantitativi ed un aspetto di interesse nella programmazione sanitaria regionale e nazionale. Una valutazione della sua entità costituisce un indicatore dei livelli essenziali di assistenza che le regioni sono tenute ad assicurare e un possibile indicatore di ineguaglianze nell'accesso ai servizi.

La mobilità passiva, in particolare, può costituire un costo rilevante per le regioni. Pertanto, è importante che ciascuna regione valuti attentamente i motivi che spingono i pazienti a cercare prestazioni di assistenza ospedaliera al di fuori della regione di residenza. Un'analisi attenta può essere di stimolo ad avviare azioni migliorative sulla qualità delle prestazioni ospedaliere erogate nel proprio ambito territoriale.

Schede di Dimissione Ospedaliera-R

Dott.ssa Tiziana De Vito, Dott.ssa Alessandra Rossi, Dott.ssa Cristina Giordani, Dott.ssa Lucia Lispi

La SDO Riabilitativa ed il percorso per la sperimentazione dei nuovi criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera

Il DM del 5 agosto 2021, recante “Criteri di appropriatezza dell’accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera”, oggetto dell’Intesa tra il Governo e le Regioni/PA del 4 agosto 2021, definisce i criteri di appropriatezza dell’accesso dei pazienti adulti ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera nelle discipline di Recupero e riabilitazione funzionale (codice 56), di Neuroriabilitazione (codice 75) e di Unità Spinale (codice 28) per le *Major Diagnostic Category* (MDC) 1 Sistema Nervoso, MDC 4 Apparato Respiratorio, MDC 5 Apparato Cardiocircolatorio e MDC 8 Apparato muscolo scheletrico.

La metodologia prevista nel Decreto individua due diverse tipologie di ricovero, per ciascuna delle quali sono previsti diversi criteri di appropriatezza:

- “ricoveri di riabilitazione conseguenti ad evento acuto”: ricoveri di riabilitazione ospedaliera effettuati in regime ordinario e diurno, che sono stati preceduti, nei 12 mesi precedenti al ricovero in riabilitazione, da un ricovero in acuzie;
- “ricoveri di riabilitazione non conseguenti ad evento acuto”: ricoveri di riabilitazione ospedaliera effettuati in regime ordinario e diurno, che non sono stati preceduti, nei 12 mesi precedenti al ricovero in riabilitazione, da un ricovero in acuzie.

Nell’ambito di queste due categorie, il Decreto individua specifici criteri di appropriatezza per le discipline di Unità Spinale (codice 28) e Neuroriabilitazione (codice 75) e per i tre livelli di complessità della disciplina di Recupero e riabilitazione funzionale (codice 56) previsti nel documento “Linee di indirizzo per la individuazione dei percorsi appropriati in riabilitazione” (Accordo Stato-Regioni 4 agosto 2021), “sulla base della diversa gravità delle patologie disabilitanti e delle problematiche concomitanti, caratterizzati da un diverso fabbisogno di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, da un diverso utilizzo di attrezzature, farmaci, dispositivi, nonché da una diversa durata del periodo appropriato per il completamento del progetto riabilitativo”.

I livelli di complessità sono i seguenti:

- ricoveri di riabilitazione intensiva ad alta complessità (codice 56a);
- ricoveri di riabilitazione intensiva a minore complessità (codice 56b);
- ricoveri di riabilitazione estensiva (codice 56c).

La base dati informativa adottata per la rilevazione sistematica delle informazioni necessarie alla valutazione dei suddetti criteri di appropriatezza è il flusso informativo delle SDO, che è stato integrato con un nuovo tracciato record (tracciato C, cd. SDO-R) con il DM n.165 del 26 settembre 2023 “Regolamento recante norme concernenti l’aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli Istituti di ricovero pubblici e privati” in vigore dal 1° gennaio 2024. Tale tracciato contiene le informazioni relative alle scale funzionali di disabilità e complessità assistenziale individuate per descrivere il fabbisogno riabilitativo-assistenziale del paziente ricoverato in riabilitazione.

I campi di nuova introduzione sono i seguenti:

Campo	Descrizione
Scala di Rankin	La variabile indica il valore della scala di Rankin rilevato dagli operatori al momento dell’ammissione del paziente quale indicatore di funzionalità premorbosa (codice 28, 56, 75)
Scala di Barthel (BI)	La variabile indica il valore della scala di Barthel rilevato dagli operatori al momento dell’ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore di disabilità nelle attività di vita quotidiana (codice 28, 56, 75)
Scala di Barthel Dispnea (BI-D)	La variabile indica il valore della scala di Barthel-Dispnea rilevato dagli operatori al momento dell’ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore funzionale (solo codice 56)
Scala Six-Minute Walk Test (6MWT)	La variabile indica il valore del test funzionale <i>Six-Minute Walk Test</i> rilevato dagli operatori al momento dell’ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore funzionale (solo codice 56)
Scala Glasgow Coma Scale (GCS)	La variabile indica il valore della <i>Glasgow Coma Scale</i> rilevato dagli operatori al momento dell’ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore di disabilità (solo codice 75)

Campo	Descrizione
Scala <i>Glasgow Outcome Scale Extended</i> (GOSE)	La variabile indica il valore della <i>Glasgow Outcome Scale Extended</i> rilevato dagli operatori al momento dell'ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore di disabilità (solo codice 75)
Scala <i>Level Cognitive Functioning</i> (LCF)	La variabile indica il valore della <i>Level Cognitive Functioning</i> rilevato dagli operatori al momento dell'ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore dello stato di coscienza (solo codice 75)
ASIA <i>Impairment Scale</i> (ASIA)	La variabile indica il valore della <i>ASIA Impairment Scale</i> rilevato dagli operatori al momento dell'ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore del livello di lesione midollare e del grado di completezza (solo codice 28)
Scala <i>Spinal Cord Independency Measure</i> (SCIM)	La variabile indica il valore della scala <i>Spinal Cord Independency Measure</i> rilevato dagli operatori al momento dell'ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore di disabilità nelle attività di vita quotidiana (solo codice 28)
Scala <i>Rehabilitation Complexity Scale</i> (RCS)	La variabile indica il valore della scala <i>Rehabilitation Complexity Scale</i> rilevato dagli operatori al momento dell'ammissione e della dimissione del paziente quale indicatore di complessità assistenziale (codice 28, 56, 75)

Con lo stesso Decreto sono state, inoltre, introdotte alcune integrazioni specifiche in campi SDO già esistenti, in modo da rilevare informazioni utili alla descrizione del ricovero di riabilitazione:

- valori aggiuntivi per il campo "Provenienza del paziente" al fine di migliorare la caratterizzazione del percorso antecedente il ricovero riabilitativo;
- valori aggiuntivi per il campo "Modalità di Dimissione": al fine di migliorare la caratterizzazione dell'*outcome* del ricovero riabilitativo e dare evidenza e rilievo al *setting* di dimissione e alla continuità del percorso riabilitativo.

L'introduzione della SDO riabilitativa è stata preceduta e accompagnata da un percorso formativo, finalizzato alla condivisione con gli operatori dei contenuti del nuovo tracciato, delle regole per l'utilizzo corretto delle scale e per una corretta compilazione della SDO in caso di ricoveri di riabilitazione, applicabili in modo omogeneo nelle diverse realtà regionali e da un percorso di condivisione delle novità tecniche con i referenti regionali del flusso informativo SDO, che hanno supportato la necessaria implementazione dell'*infrastruttura Information and Communication Technology*.

Vigilanza sui dispositivi medici

Il settore dei dispositivi medici¹ assume un ruolo di grande rilevanza nell'innalzare il livello di protezione della salute della popolazione attraverso lo sviluppo di soluzioni innovative per la prevenzione, la riabilitazione, la diagnosi e il trattamento delle diverse condizioni cliniche. Assicurare, tuttavia, l'utilizzo di dispositivi medici performanti e sicuri durante il loro intero ciclo di vita è obiettivo delle attività di sorveglianza e vigilanza *post-market* esercitate dal Ministero della Salute, in qualità di Autorità Competente sui dispositivi medici in Italia.

Tutti i dispositivi medici presentano un rischio associato al loro utilizzo e la valutazione del rapporto rischio/beneficio è cruciale ai fini dell'autorizzazione all'immissione sul mercato di ogni dispositivo (valutazione *pre-market*), nonché per la loro persistenza sul mercato (valutazione *post-market*). Nella fase *pre-market*, il fabbricante progetta e produce il dispositivo medico secondo i requisiti generali di sicurezza e prestazione definiti nel Regolamento (UE) n. 745/2017² ed è in tale fase che si procede ad una valutazione della conformità del dispositivo stesso, valutazione che viene effettuata secondo procedure diverse a seconda della classe di rischio a cui appartiene il dispositivo e secondo quanto previsto dal Regolamento europeo. In Europa, la conformità del dispositivo è certificata dalla marcatura CE. È importante sottolineare come, nel caso di dispositivi appartenenti alle classi di rischio più alte, la procedura di valutazione della conformità richieda l'intervento di un Organismo Notificato, organismo indipendente designato da uno Stato membro a svolgere tale attività. Nella fase *post-market*, il fabbricante mette in atto una serie di attività, previste anch'esse nel Regolamento, finalizzate a garantire la sicurezza del dispositivo per l'intero ciclo di vita; le Autorità competenti monitorano le attività svolte dal fabbricante e svolgono attività di sorveglianza e vigilanza volte a garantire la circolazione sul mercato di dispositivi con un rapporto rischio/beneficio a favore di quest'ultimo.

Il sistema di vigilanza può essere definito come l'insieme di tutte quelle attività poste in essere a seguito del verificarsi di un incidente con un dispositivo medico e prevede la collaborazione attiva di tutti gli attori che a vario titolo ne sono coinvolti: gli operatori sanitari, i fabbricanti, le regioni e il Ministero della Salute di concerto con le altre Autorità competenti europee. Inoltre, la rete nazionale della dispositivo-vigilanza e i registri dei dispositivi medici rappresentano strumenti essenziali a supporto del sistema di vigilanza come descritto nel *Box* di approfondimento dedicato.

Sulla base della normativa nazionale³, nell'ambito della propria attività di vigilanza, il Ministero della Salute svolge l'essenziale compito di raccolta delle informazioni derivanti dalle segnalazioni di incidente⁴ correlati o potenzialmente correlabili con dispositivi medici di valutazione delle medesime e di monitoraggio e approfondimento, raccogliendo e gestendo le informazioni che riceve sia dagli operatori sanitari sia dagli operatori economici. Se necessario il Ministero della Salute può, in qualsiasi momento, intervenire autonomamente svolgendo indagini per proprio conto ed imponendo le misure correttive individuate e ritenute necessarie, sempre nell'ottica della tutela della salute e della sicurezza dei pazienti. Il Ministero della Salute, nel caso in cui ritenga che vi siano rischi per la salute pubblica, può definire restrizioni e/o limitazioni del commercio o della messa in servizio dei dispositivi medici.

L'analisi dei dati di vigilanza si basa su quanto notificato al Ministero della Salute e registrato nella Banca dati *Dispovigilance*, inserita all'interno del NSIS. In particolare, *Dispovigilance* contiene i rapporti inerenti alle segnalazioni di incidente, trasmessi dagli operatori sanitari e dai fabbricanti, le azioni correttive di sicurezza e gli avvisi di sicurezza.

¹Art. 2 (1) Reg. (UE) n. 745/2017 - Dispositivo medico: qualunque strumento, apparecchio, apparecchiatura, *software*, impianto, reagente, materiale o altro articolo, destinato dal fabbricante a essere impiegato sull'uomo, da solo o in combinazione, per una o più delle seguenti destinazioni d'uso mediche specifiche: diagnosi, prevenzione, monitoraggio, previsione, prognosi, trattamento o attenuazione di malattie; diagnosi, monitoraggio, trattamento, attenuazione o compensazione di una lesione o di una disabilità; studio, sostituzione o modifica dell'anatomia oppure di un processo o stato fisiologico o patologico; fornire informazioni attraverso l'esame in vitro di campioni provenienti dal corpo umano, inclusi sangue e tessuti donati, e che non esercita nel o sul corpo umano l'azione principale cui è destinato mediante mezzi farmacologici, immunologici o metabolici, ma la cui funzione può essere coadiuvata da tali mezzi. Si considerano dispositivi medici anche i seguenti prodotti: dispositivi per il controllo del concepimento o il supporto al concepimento; i prodotti specificamente destinati alla pulizia, disinfezione o sterilizzazione dei dispositivi di cui all'art. 1, paragrafo 4, e di quelli di cui al primo comma del presente punto.

²Regolamento UE n. 745/2017 (MDR) disponibile al seguente link: EUR-Lex - 02017R0745-20230320 - EN - EUR-Lex (europa.eu)

³Normativa nazionale di riferimento in materia di vigilanza sui dispositivi medici:

- D. Lgs. n. 137/2022 disponibile al seguente link: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/09/13/22G00145/sg.

- DM 31 marzo 2022 recante "Istituzione della rete nazionale per la dispositivo-vigilanza e del sistema informativo a supporto della stessa". (22A02409) (GU Serie Generale n.90 del 16-04-2022) www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/04/16/22A02409/sg.

- DM 26 gennaio 2023 disponibile al seguente link: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/03/31/23A01983/sg.

- Circolare 29 novembre 2022: www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_6.jsp?lingua=italiano&area=13&tipo=circolari&btnCerca=cerca.

⁴Definizioni di incidente e incidente grave, art. 2 del Regolamento (UE) n. 745/2017: "incidente": qualsiasi malfunzionamento o alterazione delle caratteristiche o delle prestazioni di un dispositivo messo a disposizione sul mercato, compreso l'errore d'uso determinato dalle caratteristiche ergonomiche, come pure qualsiasi inadeguatezza nelle informazioni fornite dal fabbricante e qualsiasi effetto collaterale indesiderato; "incidente grave" nei Regolamenti (UE) n. 745/2017: qualsiasi incidente che, direttamente o indirettamente, ha causato, può aver causato o può causare una delle seguenti conseguenze: il decesso di un paziente, di un utilizzatore o di un'altra persona; il grave deterioramento, temporaneo o permanente, delle condizioni di salute del paziente, dell'utilizzatore o di un'altra persona; una grave minaccia per la salute pubblica.

Le segnalazioni di incidente sono analizzate dal Ministero della Salute sulla base di diversi fattori quali la classe di rischio e la Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (CND⁵) di appartenenza del dispositivo coinvolto, l'esito dell'incidente sul paziente o utilizzatore, l'attitudine degli operatori sanitari a segnalare gli incidenti al Ministero della Salute rispetto a quella degli operatori economici e la regione e PA in cui è occorso l'evento.

Per ridurre quanto più possibile il fenomeno dell'*under reporting* (sotto-segnalazione), nonché per implementare il numero delle segnalazioni complete da parte degli operatori sanitari, il Ministero della Salute, di concerto con i referenti delle varie regioni e PA, anche grazie alla rete nazionale della dispositivo-vigilanza, continua a promuovere numerose iniziative per formare gli operatori sanitari e sensibilizzarli alla cultura della segnalazione dell'incidente. Si vuole, quindi, puntare ad infondere consapevolezza nell'operatore sanitario circa il ruolo centrale che esso ricopre nel sistema di vigilanza, in quanto primo attore a poter rilevare un incidente. Una sempre maggiore e pronta partecipazione degli operatori è, infatti, in grado di assicurare una pronta identificazione di *alert* e una tempestiva risposta a tutela della salute dei pazienti.

⁵I dettagli sulla CND sono disponibili sul sito del Ministero della Salute al seguente link: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=328&area=dispositivi-medici&menu=classificazione.

Vigilanza sui dispositivi medici

Significato. Il significato del primo indicatore “Incidenti per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici” è di descrivere la frequenza degli incidenti con i dispositivi medici notificati al Ministero della Salute e occorsi negli anni 2021-2023 in relazione alla categoria CND.

Il significato del secondo indicatore “Incidenti per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici ed esito dell’incidente” è di descrivere la frequenza degli incidenti con i dispositivi medici, sempre raggruppati per categoria CND, nell’anno 2023, in relazione all’esito che l’incidente ha avuto sul paziente o utilizzatore finale (decesso, inaspettato peggioramento dello stato di salute, grave minaccia per la salute pubblica e tutti gli altri incidenti da segnalare).

Lo scopo del terzo indicatore “Tasso di segnalazione

di incidente regionale”, espresso per 100.000 abitanti, è di mettere in evidenza il differente grado di sensibilità alla segnalazione di incidenti avvenuti con i dispositivi medici nelle diverse regioni e PA del territorio nazionale. Nello specifico, al fine di relativizzare il numero delle segnalazioni di incidente e rendere maggiormente confrontabili i dati tra regioni, l’indicatore è costruito rapportando il numero delle segnalazioni relative ai dispositivi medici dell’anno 2023 con il numero della popolazione residente in quello stesso anno per ciascuna specifica regione e PA.

Il quarto indicatore “Avvisi di sicurezza per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici” esprime la frequenza degli avvisi di sicurezza emessi dai fabbricanti nell’anno 2023 e la relativa distribuzione per categoria CND sia in termini assoluti e sia in termini percentuali.

Incidenti per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici

Incidenti per ciascuna categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici in assoluto e in percentuale sul totale

Incidenti per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici ed esito dell’incidente

Incidenti per ciascuna categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici distribuiti per tipologia di esito

Tasso di segnalazione di incidente

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Segnalazioni di incidenti}}{\text{Popolazione residente}} \times 100.000$$

Avvisi di sicurezza per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici

Avvisi di sicurezza per ciascuna categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici in valore assoluto e in percentuale sul totale.

Validità e limiti. Il principale limite del primo indicatore è relativo alla diversa attitudine sul territorio nazionale a effettuare la segnalazione di incidente da parte degli attori coinvolti. Sussistono, infatti, molte differenze territoriali nel recepimento della definizione di incidente da parte dell’operatore sanitario, in particolare quando non si rinviene un nesso causale certo con il dispositivo. Si ritiene, pertanto, che possa esserci un fenomeno di *under-reporting*. La base dati ha una validità in considerazione della data di riferimento, in quanto possono esserci differimenti tra la data di trasmissione dell’evento e la data dell’evento stesso. La categoria di CND “non definito” comprende le segnalazioni di incidente per le quali non è stato possibile risalire alla categoria di appartenenza del dispositivo medico.

Il principale limite del secondo indicatore risiede nella

diversa valutazione e conseguente classificazione dell’esito effettuata dall’operatore sanitario al momento della segnalazione. Nonostante siano state diffuse anche a livello europeo Linee Guida per la classificazione degli incidenti in relazione all’esito, sussistono ancora differenze significative nelle interpretazioni effettuate dagli operatori sanitari coinvolti.

Il terzo indicatore pone in evidenza il fenomeno dell’*under-reporting* presente in alcune regioni. Incide nella validità dell’indicatore la disomogeneità nella valutazione degli eventi considerati come incidenti, che risulta molto variabile sia tra regioni e PA, sia all’interno della regione stessa tra le diverse strutture sanitarie. Considerando la definizione di dispositivo medico e di incidente, la popolazione residente potrebbe non essere il denominatore più appropriato per relativizzare il confronto, tuttavia può essere con-

siderata una buona approssimazione (*proxy*). Sono, inoltre, state escluse dal calcolo quelle segnalazioni di incidente per cui non è stato possibile risalire alla regione o PA in cui lo stesso si è verificato.

Valore di riferimento/Benchmark. Per tutti gli indicatori presentati non esiste uno specifico valore di riferimento da tenere in considerazione. L'attività di vigilanza si concentra, infatti, nella raccolta, registrazione e monitoraggio delle segnalazioni di incidente che riguardano i dispositivi medici notificate ai sensi della normativa vigente. Gli indicatori hanno una finalità descrittiva.

Descrizione dei risultati

Nell'anno 2023 il sistema di vigilanza del Ministero della Salute ha registrato 9.639 segnalazioni di incidente con i dispositivi medici, in progressivo aumento rispetto agli anni precedenti (circa 8.400 segnalazioni di incidente notificate nel 2022). Nonostante l'aumento del numero delle segnalazioni degli ultimi anni, occorre prestare particolare attenzione alla corretta lettura dei dati di vigilanza: un numero più elevato di segnalazioni non corrisponde, infatti, necessariamente ad una riduzione della sicurezza dei dispositivi immessi sul mercato. L'appropriata interpretazione del dato prevede che si debbano tenere in considerazione altre variabili quali: il consumo dei dispositivi per i quali si è registrato un aumento delle segnalazioni in un determinato periodo; il sistema di gestione di qualità dei fabbricanti; la sensibilizzazione alla segnalazione da parte degli operatori economici e degli operatori sanitari/utilizzatori.

Inoltre, non si possono non considerare altri fattori di rilievo come: i maggiori obblighi per i fabbricanti introdotti dal Regolamento (UE) n. 745/2017, in termini sia di eventi da notificare alle Autorità competenti, sia di tempistiche entro cui farlo; l'istituzione della rete nazionale della dispositivo-vigilanza, divenuta operativa nell'anno 2023 e le attività di sensibilizzazione attuate dal Ministero della Salute. Tutto questo ha certamente favorito il diffondersi della cultura sull'importanza delle segnalazioni di incidente e la riduzione del fenomeno dell'*under-reporting*.

A conferma di quanto sopra, a fronte di un aumento del numero di segnalazioni di incidente, si evidenzia che non è stato rilevato un aumento di esiti gravi sulla salute dei pazienti; la percentuale delle segnalazioni di incidente che hanno determinato decesso o inaspettato peggioramento dello stato di salute si mantiene estremamente bassa come già rilevato negli anni precedenti.

Il maggior numero di segnalazioni di incidente, per l'anno 2023, coinvolge dispositivi medici appartenenti alla CND Z "Apparecchiature sanitarie e relativi accessori, software e materiali specifici", P "Dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi", J "Dispositivi impiantabili attivi", C

"Dispositivi per apparato cardiocircolatorio" e A "Dispositivi da somministrazione, prelievo e raccolta" con, rispettivamente, 3.259 (33,8%), 1.803 (18,7%), 1.192 (12,4%), 956 (9,9%) e 813 (8,4%) segnalazioni di incidenti (Tabella 1, Grafico 1). Dal confronto con le segnalazioni di incidente analizzate per CND relativamente all'anno precedente, si evince che in generale le categorie più rappresentate permangono sempre le stesse (Z, J, P, C e A), seppur con percentuali leggermente diverse. Le CND sopra riportate (Z, J, P, C e A) coprono l'83,2% degli incidenti dell'anno 2023. La distribuzione, in percentuale, di tali segnalazioni dell'anno 2023 per categoria di CND di appartenenza è riportata nel Grafico 1.

Le segnalazioni di incidente notificate nel 2023 come decesso o inaspettato peggioramento dello stato di salute sono state oggetto di approfondite valutazioni da parte del Ministero della Salute e sono state riclassificate sulla base di analisi più complesse, che hanno tenuto conto della descrizione dell'evento ma anche delle conclusioni delle indagini condotte dal fabbricante. Come risultato di tali valutazioni è emerso che, su un totale di 9.639 segnalazioni di incidente notificate nel 2023, 260 segnalazioni (2,7%) hanno avuto come conseguenza un decesso o un inaspettato peggioramento dello stato di salute. Di queste, 49 segnalazioni (0,5%) si riferiscono ad incidenti che hanno avuto come esito il decesso, mentre 211 segnalazioni (2,2%) un inaspettato peggioramento dello stato di salute. Appare quindi evidente che il 97,3% delle segnalazioni di incidente (9.379) non hanno determinato un esito grave sul paziente. Tale dato è in linea con quanto rilevato anche negli anni precedenti.

Nell'anno 2023 il maggior numero di segnalazioni con esito grave ha coinvolto dispositivi appartenenti alla CND J - dispositivi impiantabili attivi, alla CND P - dispositivi protesici impiantabili e prodotti per osteosintesi, alla CND Z - apparecchiature sanitarie e relativi accessori, *software* e materiali specifici e alla CND C - dispositivi per apparato cardiocircolatorio (Tabella 2).

Analizzando le segnalazioni di incidente dell'anno 2023, in riferimento alle regioni e PA, si osserva, in linea generale, un progressivo aumento del numero delle segnalazioni pervenute al Ministero della Salute da parte della quasi totalità delle regioni e PA. Tale dato è evidenziato dall'indicatore "Tasso di segnalazione di incidente regionale", espresso per 100.000 abitanti, che ha lo scopo di mettere in evidenza l'entità delle differenze nella segnalazione di incidente da parte delle diverse regioni. Nel complesso, a livello nazionale, si assiste a un progressivo miglioramento del tasso di segnalazione passando dal valore di 11,00 per 100.000 del 2021, a 14,25 per 100.000 del 2022, fino a un valore di 16,34 per 100.000 del 2023. Nel 2023, l'Emilia-Romagna (tasso 30,26 per 100.000), la Toscana (28,04 per 100.000), il Veneto (24,81 per

100.000) e la Lombardia (16,37 per 100.000) si sono confermate come le regioni con maggior numero di segnalazioni, in linea con l'andamento degli anni precedenti. Complessivamente, queste 4 regioni hanno inviato il 54% delle segnalazioni del 2023. Si osserva, inoltre, un significativo aumento delle segnalazioni di incidente nel 2023, da parte delle regioni Lazio, Campania e Sicilia. Continua, tuttavia, a rilevarsi una disomogeneità territoriale nella segnalazione che in alcune aree lascia supporre la persistenza di fenomeni di *under-reporting*, su cui il Ministero della Salute è già impegnato da anni con opere dedicate di sensibilizzazione e formazione sul territorio.

Nell'anno 2023 sono stati diffusi sul territorio nazionale 477 avvisi di sicurezza, numero leggermente superiore rispetto all'anno precedente, durante il quale erano stati diffusi 464 avvisi di sicurezza. Nel 2023, la maggior parte degli avvisi di sicurezza ha coinvolto dispositivi medici appartenenti alle categorie CND Z, P, C, A e J con, rispettivamente, 218 (45,7%), 55

(11,5%), 39 (8,2%), 21 (4,4%) e 21 (4,4%) (Tabella 4). Tali dati sono coerenti con quanto osservato anche nel 2021 e 2022 in relazione alle stesse categorie di dispositivi medici. Anche negli anni precedenti, la maggior parte degli avvisi di sicurezza emanati ha riguardato dispositivi medici appartenenti alle medesime categorie CND.

Al di là della categorizzazione sulla base della CND, gli avvisi di sicurezza vengono classificati in base alla tipologia di azione intrapresa, ossia se trattasi di modifica delle istruzioni d'uso (istruzioni di sicurezza), informazioni aggiuntive di sicurezza (informazioni di sicurezza), richiami (*recall* del dispositivo dal mercato) o aggiornamenti di avvisi di sicurezza già in essere. Dei 477 avvisi di sicurezza il 49,3% (235) è rappresentato da informazioni di sicurezza, il 14,0% (67) da istruzioni di sicurezza, il 35,0% (167) da *recall* e l'1,7% (8) da aggiornamenti di avvisi di sicurezza già in essere.

Tabella 1 - Segnalazioni (valori assoluti e valori per 100) di incidente per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici - Anni 2021-2023

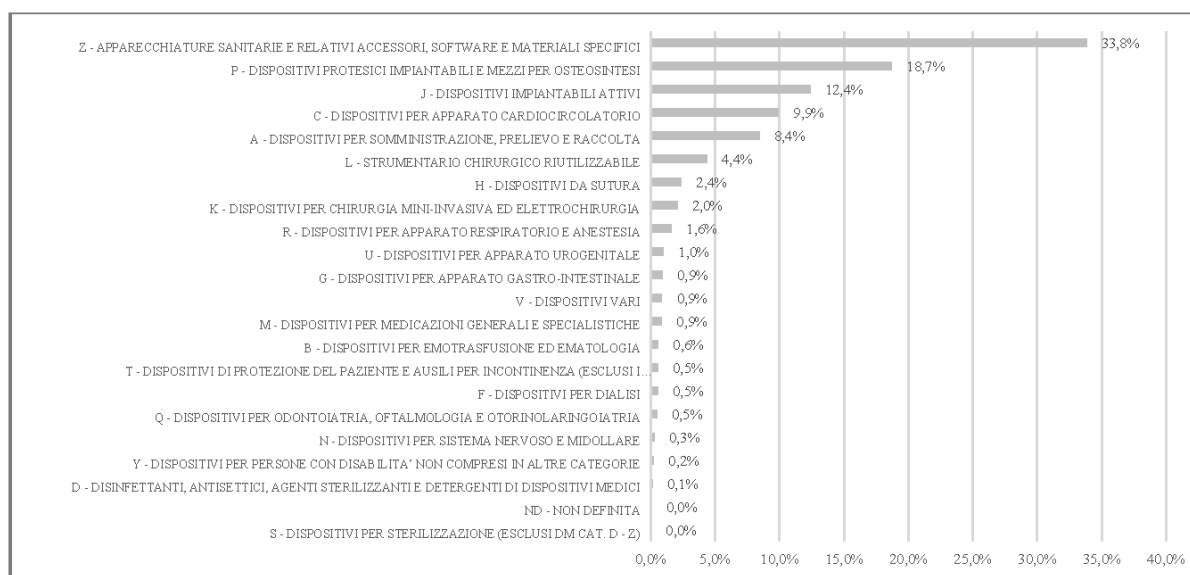
CND	Descrizione CND	N segnalazioni 2021	%	N segnalazioni 2022	%	N segnalazioni 2023	%
A	Dispositivi per somministrazione, prelievo e raccolta	530	8,1	593	7,0	813	8,4
B	Dispositivi per emotrasfusione ed ematologia	21	0,3	47	0,6	55	0,6
C	Dispositivi per apparato cardiocircolatorio	425	6,5	650	7,7	956	9,9
D	Disinfettanti, antisettici, agenti sterilizzanti e detergenti di dispositivi medici	1	0,0	5	0,1	11	0,1
F	Dispositivi per dialisi	41	0,6	46	0,5	53	0,5
G	Dispositivi per apparato gastro-intestinale	48	0,7	64	0,8	87	0,9
H	Dispositivi da sutura	228	3,5	219	2,6	229	2,4
J	Dispositivi impiantabili attivi	1.369	21,0	1.828	21,7	1.192	12,4
K	Dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia	79	1,2	149	1,8	197	2,0
L	Strumentario chirurgico riutilizzabile	70	1,1	299	3,6	420	4,4
M	Dispositivi per medicazioni generali e specialistiche	67	1,0	89	1,1	82	0,9
N	Dispositivi per sistema nervoso e midollare	8	0,1	16	0,2	25	0,3
P	Dispositivi protesici impiantabili e mezzi per osteosintesi	1.632	25,0	1.773	21,1	1.803	18,7
Q	Dispositivi per odontoiatria, oftalmologia e otorinolaringoiatria	30	0,5	41	0,5	46	0,5
R	Dispositivi per apparato respiratorio e anestesia	64	1,0	122	1,4	155	1,6
S	Dispositivi per sterilizzazione (esclusi dm cat. D - Z)	7	0,1	9	0,1	1	0,0
T	Dispositivi di protezione del paziente e ausili per incontinenza (esclusi i dispositivi di protezione individuale DPI)	40	0,6	45	0,5	53	0,5
U	Dispositivi per apparato urogenitale	95	1,5	111	1,3	94	1,0
V	Dispositivi vari	29	0,4	48	0,6	83	0,9
Y	Dispositivi per persone con disabilità non compresi in altre categorie	25	0,4	18	0,2	21	0,2
Z	Apparecchiature sanitarie e relativi accessori, software e materiali specifici	1.706	26,2	2.190	26,0	3.259	33,8
ND	Non definita	0	0,0	52	0,6	4	0,0
	Totale	6.515		8.414		9.639	

CND = Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici.

Non Definita = segnalazioni prive di numero di Registrazione del dispositivo in banca dati e identificate con il nome commerciale fornito dal fabbricante nel Rapporto.

Fonte dei dati: NSIS, Ministero della Salute, Monitoraggio delle segnalazioni di incidenti. Situazione al 6 maggio 2024. Anno 2025.

Grafico 1 - Distribuzione (valori per 100) delle segnalazioni di incidente aggregate per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici - Anno 2023



Fonte dei dati: NSIS, Ministero della Salute, Monitoraggio delle segnalazioni di incidenti. Situazione al 6 maggio 2024. Anno 2025.

Tabella 2 - Segnalazioni (valori assoluti) di incidente per esito dell'incidente e per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici - Anno 2022

CND	Descrizione CND	N segnalazioni	Decessi	Inaspettato peggioramento dello stato di salute, serio pericolo per la salute pubblica	Tutti gli altri incidenti da segnalare
A	Dispositivi per somministrazione, prelievo e raccolta	813	0	20	793
B	Dispositivi per emotrasfusione ed ematologia	55	0	0	55
C	Dispositivi per apparato cardiocircolatorio	956	10	21	925
D	Disinfettanti, antisettici, agenti sterilizzanti e detergenti di dispositivi medici	11	0	0	11
F	Dispositivi per dialisi	53	0	3	50
G	Dispositivi per apparato gastro-intestinale	87	0	9	78
H	Dispositivi da sutura	229	4	18	207
J	Dispositivi impiantabili attivi	1.192	8	44	1.140
K	Dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia	197	0	8	189
L	Strumentario chirurgico riutilizzabile	420	0	4	416
M	Dispositivi per medicazioni generali e specialistiche	82	0	1	81
N	Dispositivi per sistema nervoso e midollare	25	0	0	25
P	Dispositivi protesici impiantabili e mezzi per osteosintesi	1.803	16	36	1.751
Q	Dispositivi per odontoiatria, oftalmologia e otorinolaringoiatria	46	0	5	41
R	Dispositivi per apparato respiratorio e anestesia	155	0	4	151
S	Dispositivi per sterilizzazione (esclusi dm cat. D - Z)	1	0	0	1
T	Dispositivi di protezione del paziente e ausili per incontinenza (esclusi i dispositivi di protezione individuale dpi)	53	0	1	52
U	Dispositivi per apparato urogenitale	94	0	7	87
V	Dispositivi vari	83	0	3	80
Y	Dispositivi per persone con disabilità non compresi in altre categorie	21	0	3	18
Z	Apparecchiature sanitarie e relativi accessori, software e materiali specifici	3.259	11	24	3.224
ND	Non definita	4	0	0	4
Totale		9.639	49	211	9.379

CND = Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici.

Non definita = segnalazioni prive di numero di Registrazione del dispositivo in banca dati e identificate con il nome commerciale fornito dal fabbricante nel Rapporto.

Fonte dei dati: NSIS, Ministero della Salute, Monitoraggio delle segnalazioni di incidenti. Situazione al 6 maggio 2024. Anno 2025.

Tabella 3 - Segnalazioni (valori assoluti) di incidente, popolazione (valori assoluti) residente e tasso (valori per 100.000) di segnalazione di incidente per regione - Anno 2023

Regioni	Segnalazioni	Popolazione residente	Tassi di segnalazione di incidenti
Piemonte	561	4.251.351	13,20
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	18	123.130	14,62
Lombardia	1.633	9.976.509	16,37
Bolzano-Bozen	65	534.147	12,17
Trento	69	542.996	12,71
Veneto	1.203	4.849.553	24,81
Friuli-Venezia Giulia	150	1.194.248	12,56
Liguria	222	1.507.636	14,73
Emilia-Romagna	1.343	4.437.578	30,26
Toscana	1.027	3.661.981	28,04
Umbria	83	856.407	9,69
Marche	162	1.484.298	10,91
Lazio	841	5.720.536	14,70
Abruzzo	88	1.272.627	6,91
Molise	17	290.636	5,85
Campania	623	5.609.536	11,11
Puglia	438	3.907.683	11,21
Basilicata	38	537.577	7,07
Calabria	123	1.846.610	6,66
Sicilia	587	4.814.016	12,19
Sardegna	125	1.578.146	7,92
Italia*	9.416*	58.997.201	15,96

CND = Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici.
*Il totale delle segnalazioni differisce da quanto sopra riportato in quanto sono state escluse dal calcolo quelle segnalazioni di incidente per le quali non è stato possibile risalire alla regione in cui l'evento era occorso.

Fonte dei dati: Istat; NSIS , Ministero della Salute, Dispovigilance. Situazione al 6 maggio 2024. Anno 2025.

Tabella 4 - Avvisi (valori assoluti e valori per 100) di sicurezza per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici - Anno 2023

CND	Descrizione CND	N avvisi di sicurezza	% avvisi di sicurezza
A	Dispositivi per somministrazione, prelievo e raccolta	21	4,40
B	Dispositivi per emotrasfusione ed ematologia	1	0,21
C	Dispositivi per apparato cardiocircolatorio	39	8,18
D	Disinfettanti, antisettici, agenti sterilizzanti e detergenti di dispositivi medici	3	0,63
F	Dispositivi per dialisi	4	0,84
G	Dispositivi per apparato gastro-intestinale	13	2,73
H	Dispositivi da sutura	4	0,84
J	Dispositivi impiantabili attivi	21	4,40
K	Dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia	11	2,31
L	Strumentario chirurgico riutilizzabile	12	2,52
M	Dispositivi per medicazioni generali e specialistiche	4	0,84
N	Dispositivi per sistema nervoso e midollare	3	0,63
P	Dispositivi protesici impiantabili e mezzi per osteosintesi	55	11,53
Q	Dispositivi per odontoiatria, oftalmologia e otorinolaringoiatria	13	2,73
R	Dispositivi per apparato respiratorio e anestesia	13	2,73
S	Dispositivi per sterilizzazione (esclusi dm cat. D-Z)	2	0,42
T	Dispositivi di protezione del paziente e ausili per incontinenza (esclusi i dispositivi di protezione individuale dpi)	2	0,42
U	Dispositivi per apparato urogenitale	9	1,89
V	Dispositivi vari	15	3,14
Y	Dispositivi per persone con disabilità non compresi in altre categorie	9	1,89
Z	Apparecchiature sanitarie e relativi accessori, software e materiali specifici	218	45,70
ND	Non definita	5	1,05
	Totale	477	

CND = Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici.
ND = Non definita ovvero segnalazioni per le quali non è stato possibile risalire alla CND di appartenenza del dispositivo medico.
Fonte dei dati: NSIS, Ministero della Salute, Monitoraggio delle segnalazioni di incidenti. Situazione al 6 maggio 2024. Anno 2025.

Raccomandazioni di Osservasalute

Vigilare significa “comportarsi e agire con grande circospezione e attenzione, controllare ed eventualmente correggere l’operato altrui”. Il concetto di vigilanza implica quindi un agire improntato sulla massima attenzione, cautela e responsabilità, finalizzato al controllo e, ove necessario, alla correzione dell’operato altrui. In tale accezione, il Ministero della Salute esercita in modo continuativo le proprie funzioni istituzionali, con l’obiettivo primario di garantire la tutela della salute pubblica. In questo contesto, l’azione del Ministero della Salute si articola su due direttrici fondamentali:

- l’adozione di strategie mirate alla definizione e al consolidamento di strumenti operativi in grado di rafforzare il sistema nazionale di vigilanza, quali la Rete nazionale di dispositivo-vigilanza, la Rete comunitaria e i Registri dei dispositivi medici impiantabili;
- il potenziamento delle attività di informazione, sensibilizzazione e formazione rivolte ai soggetti che, a vario titolo, partecipano al sistema di vigilanza, al

fine di accrescerne il livello di consapevolezza e competenza.

La sensibilizzazione della segnalazione di incidenti da parte degli operatori sanitari, unitamente alle occasioni di confronto e cooperazione con le Regioni, riveste un ruolo cruciale nella costruzione di un sistema di vigilanza integrato, coerente e armonizzato sull’intero territorio nazionale.

Un sistema di vigilanza realmente efficace richiede la partecipazione attiva, consapevole e coordinata di tutti gli attori coinvolti, nell’ottica del perseguimento di un obiettivo comune e prioritario, ossia la tutela della salute del paziente.

Il Ministero della Salute si pone, pertanto, l’obiettivo di un costante rafforzamento del sistema di vigilanza, nella convinzione che una maggiore diffusione della conoscenza, della consapevolezza e della responsabilità tra i soggetti coinvolti possa concorrere in modo significativo al miglioramento complessivo del sistema, a garanzia della sicurezza e della salute dei pazienti.

Strumenti a supporto della dispositivo-vigilanza

Dott.ssa Daniela Minella, Dott.ssa Antonella Campanale, Dott. Marco Ventimiglia, Dott.ssa Gabriella Guasticchi, Prof. Francesco Saverio Mennini

Il sistema di vigilanza trova il proprio fondamento nella segnalazione degli incidenti che occorrono con i dispositivi medici e i dispositivi dell'Allegato XVI del Regolamento UE n. 745/2017 dopo la loro immissione sul mercato. Si tratta di un sistema complesso il cui corretto funzionamento si basa sulla collaborazione di tutti gli attori che a vario titolo ne sono coinvolti. Principalmente si identificano all'interno del sistema di vigilanza i seguenti soggetti:

- gli operatori sanitari, che assolvono un ruolo importante nelle segnalazioni di incidenti che possono occorrere con i dispositivi medici;
- gli operatori economici che, nel ruolo di responsabili legali per i dispositivi medici che immettono sul mercato, hanno l'obbligo di segnalare all'Autorità competente gli incidenti gravi occorsi con i dispositivi medici e di predisporre, qualora ritenuto necessario, azioni correttive di sicurezza;
- il Ministero della Salute che, in qualità di Autorità competente, effettua costanti attività di monitoraggio e valutazione degli incidenti e delle azioni correttive che riguardano i dispositivi medici.

Tuttavia, il sistema di vigilanza è ulteriormente potenziato e integrato da strumenti supplementari, che consentono un monitoraggio rigoroso dei dispositivi medici, a tutela della sicurezza e della salute, sia dei pazienti sia degli utilizzatori. Tra questi, si citano:

- la rete nazionale della dispositivo-vigilanza, preordinata a garantire uno scambio tempestivo e capillare di informazioni inerenti agli incidenti e agli avvisi di sicurezza, tra il Ministero della Salute, le Regioni e PA e le strutture sanitarie operanti sul territorio nazionale;
- la rete di vigilanza comunitaria che integra il sistema di vigilanza italiano con quello europeo, rendendo possibile la diffusione di informazioni tra gli Stati membri e l'adozione di misure uniformi su tutto il territorio dell'UE;
- i registri dei dispositivi medici impiantabili, che rappresentano preziosi strumenti di raccolta sistematica di dati per dispositivi medici classificati come ad alto rischio dal Regolamento (UE) n. 745/2017 (dispositivi medici di classe IIb e III), consentendo un monitoraggio clinico dei pazienti e contribuendo alla valutazione indipendente della sicurezza e della prestazione a lungo termine, nonché alla loro tracciabilità.

La necessità di definire la rete nazionale per la dispositivo-vigilanza trova il proprio fondamento normativo nell'art. 1 comma 586 della Legge 23 dicembre 2014, n.190 (Legge di stabilità 2015). Tale rete è stata istituita con il DM 31 marzo 2022¹, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 16 aprile 2022. Il sistema informativo a supporto della rete della dispositivo-vigilanza è entrato in esercizio dal 13 ottobre 2022².

Le finalità della rete nazionale della dispositivo-vigilanza sono molteplici e mirano a rafforzare il sistema di vigilanza, a uniformare la risposta a un incidente su tutto il territorio nazionale attraverso specifici ruoli e responsabilità attribuiti ai diversi soggetti coinvolti, alla condivisione trasparente, capillare e tempestiva delle informazioni riguardanti gli incidenti e gli avvisi di sicurezza. La rete mira, inoltre, a garantire all'Autorità competente dati di qualità su cui svolgere le attività di monitoraggio sugli incidenti, nonché a ridurre il fenomeno della sotto-segnalazione (*under-reporting*) proprio attraverso un coinvolgimento più attivo e responsabile di tutti i soggetti coinvolti nella rete.

L'organizzazione della rete nazionale della dispositivo-vigilanza³ è basata su una struttura gerarchica all'interno della quale sono stati individuati attori con diversi ruoli e responsabilità, a livello territoriale, regionale e ministeriale. L'organizzazione prevede che a livello regionale ci sia almeno un Responsabile Regionale della Vigilanza (RRV) con il compito di coordinare le attività dei Responsabili Locali della Vigilanza (RLV). I RLV hanno il compito di analizzare, integrare, valutare e validare le segnalazioni di incidente che provengono dagli operatori sanitari operanti nell'area territoriale di competenza degli stessi RLV. I RLV sono nominati all'interno di ciascuna Regione/PA per le ASL o equiparate, le AO, le AOU integrate e gli IRCCS pubblici, privati o fondazioni. Nel caso di case di cura private, accreditate o non accreditate, ospedali religiosi, ospedali a gestione diretta e ospedali presidio ASL, la competenza ricade nel RLV dell'Azienda sanitaria territorialmente competente. Pertanto, i RLV e i RRV hanno un ruolo attivo all'interno del sistema di vigilanza assicurando la qualità delle segnalazioni di incidente provenienti dal territorio, monitorando tali segnalazioni, favorendo la diffusione

¹DM 31 marzo 2022: www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=86833.

²Per ulteriori informazioni consultare il sito del Ministero della Salute al seguente link:

www.salute.gov.it/portale/dispositiviMedici/dettaglioContenutiDispositiviMedici.jsp?lingua=italiano&id=90&area=dispositivi-medici&menu=vigilanza.

³Chiarimenti e indicazioni operative riguardo la rete nazionale della dispositivo-vigilanza sono disponibili nelle FAQ - Rete nazionale della dispositivo-vigilanza e sistema informativo.

degli avvisi di sicurezza e potenziando le attività di formazione e sensibilizzazione sul territorio in materia di vigilanza sui dispositivi medici. Inoltre, l'importanza e il valore della rete nazionale della dispositivo-vigilanza è enfatizzato anche dal fatto che il DM 31 marzo 2022 prevede che il conferimento dei dati raccolti nel sistema informativo della rete nazionale della dispositivo-vigilanza sia ricompreso tra gli adempimenti a cui sono tenute le Regioni e le PA per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato (Intesa in Conferenza Stato Regioni del 23 marzo 2005).

Le attività di vigilanza del Ministero della Salute, svolte a livello nazionale, sono inserite in una più ampia rete comunitaria che si realizza attraverso la stretta collaborazione tra le Autorità competenti e la Commissione europea. Il sistema di vigilanza europeo sui dispositivi medici ha il fine di garantire la circolazione e diffusione tra tutti gli Stati membri delle informazioni che riguardano gli aspetti di vigilanza dei dispositivi immessi sul mercato, incluse le azioni correttive di sicurezza emesse dai fabbricanti o richieste dalle Autorità competenti, nonché l'armonizzazione dei comportamenti in ambito comunitario, definendo così una rete comunitaria di vigilanza. In linea generale, i Regolamenti europei sottolineano l'importanza della cooperazione tra Stati membri e istituiscono il Gruppo di coordinamento per i dispositivi medici (*Medical Device Coordination Group-MDCG*) presieduto dalla Commissione europea e in cui partecipano le Autorità competenti degli Stati membri con compiti definiti nei Regolamenti stessi e che, in generale, perseguono il raggiungimento di una visione comune e uniforme nel settore dei dispositivi medici.

La rete comunitaria, in cui il sistema di vigilanza nazionale è integrato, si basa essenzialmente su tre attività:

1. la *Vigilance Coordination*, che garantisce un costante scambio di informazioni tra le Autorità competenti;
2. i *MDCG Working Groups*, coordinati dalla Commissione europea, volti a definire linee di indirizzo inerenti al nuovo quadro regolatorio;
3. la *Joint Action* "Reinforced market surveillance of medical devices and in vitro medical devices" nell'ambito del programma europeo EU4-Health.

La *Vigilance Coordination* prevede uno scambio tempestivo di informazioni in materia di vigilanza tra le altre Autorità competenti. Tale scambio avviene, in base alla complessità e all'impatto della problematica, attraverso teleconferenze mensili e lo scambio di documenti informativi tra le Autorità competenti (*National competent Authority Report and Enquiry*), oppure attraverso l'istituzione di *task force ad hoc* in caso di gestione di problematiche complesse che necessitano di valutazioni più approfondite e di azioni mirate e armonizzate.

I *Working Groups* (WG), coordinati dalla Commissione europea, inseriti all'interno del Gruppo di coordinamento dei dispositivi medici (MDCG) sono invece finalizzati alla elaborazione di atti di esecuzione e documenti di orientamento per una attuazione efficace e armonizzata della legislazione europea. I documenti che vengono via via elaborati dai diversi WG vengono pubblicati sul sito della Commissione europea⁴ e resi disponibili a tutti coloro che a vario titolo interagiscono con il settore dei dispositivi medici.

Sempre nel contesto europeo si cita la *Joint Action* 08 "Reinforced market surveillance of medical devices and in vitro medical devices-JAMS 2.0" che rientra nell'ambito del programma europeo EU4-Health 2021-2027, istituito con il Regolamento (UE) n. 522/2021. Il programma EU4-Health ha l'obiettivo di fornire un sostegno finanziario per la realizzazione della politica sanitaria dell'UE in dieci settori chiave di intervento, tra cui il settore dei dispositivi medici per il quale sono state previste varie forme di finanziamento a sostegno dell'innovazione.

Infine, a supportare le attività del sistema di vigilanza ci sono i registri dei dispositivi medici impiantabili, che consentono il monitoraggio clinico del soggetto sottoposto a impianto, favoriscono una valutazione indipendente della sicurezza e della prestazione a lungo termine dei dispositivi e la tracciabilità.

I registri sono per definizione un sistema attivo di raccolta sistematica di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici di una determinata popolazione. Sono istituiti per finalità di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, nonché di ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico. Traslati nel settore dei dispositivi medici, i registri di dispositivi medici impiantabili rappresentano preziosi strumenti di raccolta sistematica di dati di pazienti sottoposti ad impianto; consentono il monitoraggio clinico dei pazienti e contribuiscono alla valutazione indipendente di sicurezza e prestazione, a breve e lungo termine, dei dispositivi medici classificati dal Regolamento (UE) n. 745/2017 come ad alto rischio (dispositivi medici di classe IIb e III), nonché alla loro tracciabilità. Tali registri divengono, pertanto, importanti strumenti atti a potenziare le attività di vigilanza e di sorveglianza *post-market* sui dispositivi medici impiantabili presenti sul territorio e, quindi, strumenti posti a presidio della tutela della salute dei pazienti.

A conferma di ciò la normativa europea di settore⁵ prevede che la Commissione e gli Stati membri adottino

⁴Sito Commissione europea per i documenti MDCG https://health.ec.europa.eu/medical-devices-sector/new-regulations/guidance-mdcg-endorsed-documents-and-other-guidance_en.

⁵Art. 108 del Reg. (UE) n. 745/2017.

tutte le misure opportune per incoraggiare l'istituzione di registri e banche dati di tipologie specifiche di dispositivi stabilendo principi comuni per la raccolta di informazioni comparabili. Tali registri e banche dati contribuiscono alla valutazione indipendente della sicurezza e della prestazione a lungo termine dei dispositivi e/o alla tracciabilità dei dispositivi impiantabili.

Gli *output* restituiti dai registri sono tanto più preziosi quanto gli stessi siano connotati da un'alimentazione obbligatoria dei dati, sia da parte degli operatori sanitari sia degli operatori economici che fabbricano o distribuiscono i dispositivi. Ciò risulta particolarmente evidente dall'esperienza maturata con il registro degli impianti protesici mammari, il primo registro a livello internazionale per il quale è previsto l'obbligo di alimentazione da parte dei sopra citati operatori, con previsione di specifiche sanzioni per chi ometta tale adempimento⁶.

Per apprezzare il valore e cogliere le opportunità che offrono strumenti come quelli dei registri, occorre rappresentare che l'attività di dispositivo-vigilanza effettuata sui dispositivi medici, specialmente ad alto rischio (come quelli impiantabili), porta spesso all'attenzione del Ministero della Salute incidenti la cui valutazione completa non può prescindere dall'aver accesso a dati ad oggi non immediatamente disponibili (escluso il settore degli impianti protesici mammari). Nello specifico, accade spesso che di fronte al verificarsi di un incidente con un dispositivo medico l'Autorità competente necessiti di accedere tempestivamente al numero totale di soggetti impiantati e ai dati di vendita sul territorio al fine di effettuare una corretta valutazione dell'evento e assumere i provvedimenti consequenziali. Allo stesso tempo, di fronte all'emanazione di un avviso di sicurezza da parte di un fabbricante nel quale si richieda, ad esempio, il ritiro del dispositivo dal territorio o il monitoraggio clinico di una certa popolazione di pazienti impiantati, l'accesso da parte del Ministero della Salute ai dati di tracciabilità presenti nel registro consente un intervento tempestivo e un monitoraggio efficace dell'implementazione dell'azione correttiva stessa.

In definitiva, l'istituzione dei registri rappresenta un importante valore aggiunto per le attività svolte in ambito di dispositivo-vigilanza, per la tracciabilità dei dispositivi sul territorio e per la tutela della salute dei pazienti, consentendo di individuare la completa catena di distribuzione del dispositivo, di sottoporre a eventuali *follow-up* i pazienti così rintracciati, di monitorare le eventuali conseguenze a breve e lungo termine derivante dall'impianto nonché, anche tramite l'incrocio dei dati con il flusso consumi già a disposizione del Ministero della Salute, di monitorare la spesa sostenuta dal SSN.

⁶Per approfondimenti si rinvia alla pagina dedicata: www.salute.gov.it/portale/dispositiviMedici/dettaglioContenutiDispositiviMedici.jsp?lingua=italiano&id=6003&area=dispositivi-medici&menu=vigilanza.

Sanità digitale

La sanità digitale (*digital health*) rappresenta oggi un ecosistema complesso e dinamico che integra le tecnologie dell'informazione e della comunicazione con le infrastrutture digitali sanitarie per migliorare la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e l'erogazione delle cure. Comprende un ampio insieme di soluzioni: sistemi informativi integrati, il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), le piattaforme interoperabili per lo scambio dei dati sanitari (*Health Information Exchanges-HIE*), la telemedicina (televisite, teleconsulti e telemonitoraggio), le applicazioni mobili (*mHealth*) per la gestione delle patologie croniche, i dispositivi indossabili (*wearables*) dotati di sensori biometrici, le tecnologie di simulazione sanitaria e gli algoritmi di Intelligenza Artificiale (IA) impiegati nel supporto diagnostico, prognostico e decisionale (1-3).

Dalla progressiva digitalizzazione dei dati clinici, con le cartelle informatizzate, si è giunti a modelli di *connected care* che integrano ai dati clinici strutturati anche quelli generati dai pazienti (*Patient-Generated Health Data*) insieme a informazioni comportamentali e ambientali. Questo approccio abilita una medicina sempre più di precisione, predittiva e personalizzata, orientata al valore per il paziente e alla sostenibilità del sistema (*value-based healthcare*) (4).

In tale contesto emergono tecnologie sempre più evolute e sofisticate che apprendono dai dati, simulano scenari clinici futuri e si adattano in tempo reale al paziente o al sistema sanitario, introducendo prospettive di grande rilievo nella medicina preventiva e nella gestione personalizzata delle cronicità, consentendo interventi precoci e decisioni basate su evidenze predittive (3).

A livello globale, Stati Uniti, Canada, Regno Unito, Germania e Paesi Nordici hanno storicamente guidato l'adozione di programmi di telemedicina su vasta scala, definendo normative sulla protezione dei dati sanitari. Sebbene i tassi di crescita e gli investimenti varino significativamente, il mercato globale della sanità digitale continua a espandersi rapidamente, con stime che prevedono importanti investimenti sia pubblici che privati (5, 6).

In Europa, la trasformazione digitale del settore sanitario è regolata attraverso un *framework* normativo e regolatorio in continua evoluzione, nel quale un pilastro fondamentale è costituito dalla creazione dello Spazio Europeo dei Dati Sanitari.

Rappresenta una rivoluzione sistemica per i servizi sanitari, dal momento che introduce nuovi modelli di prevenzione, cura e monitoraggio dei pazienti.

Tuttavia, la diffusione di tecnologie digitali, richiede un quadro di *policy* e *governance* solido, che assicuri l'equilibrio tra innovazione, tutela dei diritti e sostenibilità. In questo scenario, tre ambiti risultano centrali: il quadro normativo e strategico, la sicurezza e la gestione del consenso e l'etica dell'utilizzo tecnologico (7).

In merito al profilo della sicurezza e dell'etica, l'espansione dei sistemi di sanità digitale solleva possibili sfide interpretative, riguardo il rischio di violazioni della *privacy* tramite accessi non autorizzati o minacce di *cyber* attacchi ad infrastrutture sanitarie critiche (8). Al fine di mitigare questi rischi, è indispensabile adottare robuste misure di sicurezza tecnica e organizzativa con meccanismi trasparenti per la gestione dei consensi e modelli di *governance* partecipativa che includano cittadini, pazienti, professionisti, Aziende sanitarie, Istituzioni e industria in processi decisionali multi-*stakeholder*.

L'Italia sta investendo significativamente nella sanità digitale, in particolare attraverso la Missione 6 - Componente 2 del PNRR, destinando risorse vincolate a progetti dedicati. Tuttavia, l'implementazione della sanità digitale potrebbe risultare disomogenea sul territorio nazionale ed è necessario comprendere il fenomeno, analizzando i possibili gap o gli esempi di riferimento di progetti capofila per valutare il livello di implementazione tra le diverse regioni (9).

Il presente Capitolo si propone di offrire una sintetica riflessione sugli elementi caratterizzanti e attuali, offrendo una panoramica sulle infrastrutture digitali e la propensione all'utilizzo da parte degli utenti nel contesto italiano.

Ulteriori approfondimenti guideranno il lettore in un *excursus* relativo all'evoluzione dei riferimenti normativi in Europa e in Italia con le rispettive implicazioni in termini di sicurezza ed etica.

Considerata, inoltre, l'inarrestabile evoluzione tecnologica, fondata sulle più recenti conoscenze scientifiche che migliorano in modo significativo i servizi e le infrastrutture già esistenti, verranno presentate alcune delle soluzioni più innovative introdotte nel "panorama salute", che risultano ancora difficili da mappare in quanto in una fase ancora sperimentale nel contesto italiano, come IA, la robotica, i *Large Language Model* (LLM) e la simulazione.

Infrastrutture tecnologiche digitali

Nell'ambito della salute digitale, l'insieme delle infrastrutture tecnologiche, inclusi gli strumenti e i servizi dell'informazione e della comunicazione, è progettato per migliorare i servizi sanitari e supportare tutte le fasi dell'assistenza sanitaria. Gli strumenti di sanità digitale hanno l'obiettivo di migliorare la qualità dell'offerta verso una progressiva trasformazione, che privilegia modelli di *connected care*, mirati ad integrare e analizzare in tempo reale più tipologie di dati.

Gli strumenti e i servizi che coniugano le tecnologie con le prestazioni erogate in tutte le fasi del percorso dell'assistenza sanitaria supportano i professionisti della salute favorendo l'interazione con l'assistito, permettendo anche un miglioramento dell'efficienza e della sostenibilità dell'intero sistema sanitario (10).

Viene garantito lo scambio di informazioni tra professionisti e assistiti tramite interventi tempestivi o di presa in carico integrata, coinvolgendo l'eventuale *caregiver* e facilitando la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare. Questo richiede, pertanto, una serie di elementi tecnologici, come dispositivi digitali, *software* e reti di telecomunicazione.

I sistemi informativi

Un sistema informativo sanitario è costituito da un complesso insieme di elementi all'interno di una infrastruttura dinamica e flessibile, finalizzata alle attività di raccolta, utilizzo, analisi e interpretazione, condivisione e uso delle informazioni, al fine di soddisfare molteplici esigenze e supportare attività di ambito sanitario. Attraverso logiche di sistema (coerenza, integrazione e interoperabilità), l'analisi del dato conduce a un'informazione, la cui comprensione genera una conoscenza per intraprendere le azioni necessarie a livello decisionale (11).

A livello nazionale un importante sforzo concettuale ha condotto alla definizione del NSIS, che si pone l'obiettivo di rendere disponibili informazioni a livello nazionale, regionale e locale. Attraverso l'utilizzo di un linguaggio comune tra più sistemi informativi e flussi di dati di varia tipologia, questo costituisce uno strumento di monitoraggio con la funzione di misurare qualità, efficienza e appropriatezza del SSN, al fine di guidare le diverse fasi della programmazione sanitaria e garantire una uniforme applicazione dei LEA in tutte le regioni (12).

In ambito sanitario sono presenti anche sistemi informativi di sorveglianza e registri con differenti finalità. In particolare, a supporto della Sanità Pubblica, si distinguono sistemi integrati per le segnalazioni, le notifiche e le eventuali allerte di malattie infettive, affiancati anche da specifici flussi dedicati per sorveglianze speciali. Il Decreto del Ministero della Salute del 7 marzo 2022, disciplina l'organizzazione e il funzionamento del Sistema di segnalazione delle malattie infettive, regolandone modalità di segnalazione, raccolta, elaborazione e utilizzo dei dati.

Altri sistemi di sorveglianza si pongono l'obiettivo di misurare lo stato di salute della popolazione per avviare un'azione di monitoraggio e di valutazione relativa agli obiettivi previsti dai piani sanitari nazionali e regionali, come quello della prevenzione o delle cronicità. Appositi registri di patologia, costituiscono uno strumento utile per valutare non soltanto gli aspetti epidemiologici del fenomeno, ma anche l'efficacia delle azioni predisposte e intraprese.

L'Ecosistema dei Dati Sanitari (EDS) costituisce un sistema digitale innovativo e sicuro, capace di supportare i servizi sanitari per migliorare prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e profilassi internazionale. È il nucleo del sistema sanitario digitale italiano: aggrega cartelle cliniche, referti e altre prestazioni erogate, garantendo un accesso rapido e sicuro (13). Si pone l'obiettivo di collegare i nodi regionali a un nodo centrale nazionale per consentire ai professionisti della salute un accesso integrato e aggiornato a dati sanitari e socio-sanitari provenienti da diverse fonti, come il FSE, il sistema Tessera Sanitaria, l'Anagrafe Nazionale degli Assistiti e il *dossier* farmaceutico. Oltre a consentire il monitoraggio continuo delle prescrizioni e dell'aderenza terapeutica, supporta attività di ricerca, programmazione e governo della salute pubblica e garantisce l'aggiornamento del profilo sanitario sintetico e delle prestazioni e l'utilizzo dei dati per finalità di ricerca (14, 15).

La telemedicina e i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali digitali

Nel contesto italiano, la telemedicina si sviluppa con un approccio innovativo e coordinato, capace di garantire la fruizione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza, garantendo sostenibilità e comodità. Comprende diversi servizi a distanza: la televisita (prestazione medica con interazione medico-paziente in tempo reale), la teleassistenza (prestazione sanitaria con interazione professionista sanitario-paziente e/o *caregiver*) il telemonitoraggio (servizio di assistenza sanitaria con monitoraggio di parametri vitali), la teleriabilitazione (erogazione di servizi previsti in un piano di riabilitazione), il teleconsulto medico (collaborazione tra due o più medici per confronto), la teleconsulenza medico-sanitaria (interazione tra professionisti sanitari con differenti profili di responsabilità) e la telerefertazione con trasmissione di documenti, referti e immagini (16).

In questa prospettiva è necessario ripensare anche i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), orientandoli verso modelli più flessibili, interoperabili e allo stesso tempo "interattivi", supportando le

attività clinico-assistenziali con interventi *tailor-made* e le attività organizzativo-gestionali con logiche di ottimizzazione e appropriatezza.

Un PDTA “digitale” (*digital clinical pathway*) si configura come una sequenza strutturata e dinamica di azioni e interventi, che adopera sistemi informativi e strumenti digitali per elaborare dati in tempo reale con l'intento di migliorare la gestione dell'utilizzo del tempo e supportare un'organizzazione più efficace, efficiente e sicura (17, 18)

Le tecnologie di settore più moderne offrono strumenti di gestione in grado di coniugare una gestione clinica real time dei bisogni di salute con i principi dell'*operational management*. Tramite un sistema gestionale interattivo, ovvero una *dashboard* o cruscotto clinico-direzionale aziendale, è possibile individuare limiti e criticità in maniera tempestiva e ricevere feedback istantanei.

Il cruscotto clinico-direzionale costituisce un aggregatore di informazioni e di dati provenienti da diversi applicativi e portali aziendali, con la finalità di sintetizzare le diverse variabili del processo, mediante un set di indicatori specifico. Attraverso parametri misurabili con elaborazioni visive sintetiche, intuitive e comunicative, che non si limitano alla sola reportistica, è possibile informare i professionisti sanitari sulle loro prestazioni in tempo reale e in maniera proattiva. Questo approccio permette di prendere decisioni rapide e migliorare l'aderenza alle Linee Guida, assicurando appropriatezza, tempestività ed equità nell'accesso alle cure, riducendo la variabilità nei processi di cura. Tuttavia, l'implementazione di queste soluzioni allo stato attuale risulta frammentata nel contesto italiano ed è presente in poche organizzazioni più all'avanguardia (18-20).

Il Fascicolo Sanitario Elettronico nelle regioni

Il FSE è una piattaforma digitale che raccoglie e rende accessibili i dati sanitari dei cittadini in modo sicuro. Rappresenta un punto unico di accesso alle informazioni sanitarie per tutti i cittadini: raccoglie dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario, inclusi gli eventi clinici e le relative prestazioni erogate all'assistito. Assume finalità ampie, che riguardano il percorso di cura, la profilassi internazionale, la ricerca scientifica, la programmazione sanitaria e il riconoscimento delle prestazioni. Rappresenta un ecosistema di servizi basato sui dati, che Istituzioni, strutture sanitarie, professionisti sanitari e cittadini possono utilizzare per migliorare l'erogazione dei servizi verso un'assistenza sempre più personalizzata e rispettosa del paziente.

In un processo di continua trasformazione risulta cruciale verificare l'andamento e lo stato di attuazione, diffusione e implementazione sul territorio nazionale del FSE, attraverso indicatori specifici per descrivere la variabilità tra le regioni. In particolare, è utile comprendere la propensione all'utilizzo di tutti gli attori coinvolti: cittadini, professionisti sanitari e le stesse strutture sanitarie. Per avere una stima del fenomeno, gli indicatori proposti permettono di avere una panoramica approssimativa dello scenario attuale (21).

Utilizzo da parte dei cittadini

L'indicatore misura la propensione dei cittadini all'utilizzo del FSE e la gestione dei consensi all'utilizzo dei dati da parte di altri soggetti per le finalità previste dal DM del 7 settembre 2023. Viene espresso come percentuale dei cittadini assistiti che hanno effettuato almeno un accesso al proprio FSE rispetto al totale degli assistiti per i quali è stato messo a disposizione almeno un documento nei 90 giorni precedenti alla data di rilevazione. L'indicatore si propone di descrivere il grado di partecipazione della collettività, intesa come insieme di cittadini assistiti o pazienti nel periodo oggetto di osservazione (21).

Utilizzo da parte dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

L'indicatore misura la propensione all'utilizzo del FSE da parte dei MMG e PLS. Viene espresso come percentuale di MMG e PLS che hanno effettuato almeno un'operazione sul FSE, considerando anche l'invio della ricetta dematerializzata che lo alimenta. L'indicatore si propone di descrivere, in maniera parziale, il fenomeno nel contesto dell'assistenza territoriale nel periodo oggetto di osservazione (21).

Utilizzo da parte dei medici specialisti dipendenti da Aziende sanitarie pubbliche

L'indicatore misura il conteggio dei medici specialisti, che risultano abilitati al FSE rispetto al totale dei medici specialisti dipendenti delle Aziende sanitarie pubbliche. L'indicatore ha lo scopo di illustrare la propensione delle Aziende sanitarie all'utilizzo del FSE offrendo una panoramica del fenomeno a livello di sistema organizzativo (21).

Validità e limiti

I dati per l'elaborazione di questi indicatori vengono raccolti dal Dipartimento per la Trasformazione Digitale ed elaborati con il Ministero della Salute. Uno dei limiti di questi indicatori potrebbe risiedere nel breve intervallo preso in esame, dovuto alla recente introduzione. In particolare, si evidenzia come il periodo di riferi-

mento è trimestrale, ovvero gennaio-marzo 2025. Limitatamente al secondo indicatore i soli dati del Friuli-Venezia Giulia si riferiscono a ottobre-dicembre 2024. Mentre i primi due indicatori possono essere confrontati tra di loro in quanto si riferiscono ad una finestra temporale limitata, pressoché sovrapponibile, il terzo indicatore restituisce un conteggio aggiornato al 31 marzo 2025, ad eccezione del Friuli-Venezia Giulia (31 dicembre 2024).

Tabella 1 - *Cittadini, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici specialisti (valori per 100) che hanno utilizzato il Fascicolo Sanitario Elettronico per regione - Periodo gennaio-marzo 2025*

Regioni	Cittadini che hanno utilizzato il FSE nei 90 giorni precedenti alla data di rilevazione	MMG e PLS che hanno effettuato almeno un'operazione sul FSE nel periodo di riferimento	Medici specialisti delle aziende sanitarie abilitati al FSE
Piemonte	17	100	100
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	30	47	100
Lombardia	32	96	100
Bolzano-Bozen	21	88	100
Trento	43	100	100
Veneto	25	98	100
Friuli-Venezia Giulia	20	94	96
Liguria	20	99	16
Emilia-Romagna	65	100	97
Toscana	46	80	100
Umbria	46	100	100
Marche	1	100	100
Lazio	5	98	60
Abruzzo	7	94	37
Molise	3	100	100
Campania	10	88	61
Puglia	5	100	100
Basilicata	5	100	83
Calabria	6	93	26
Sicilia	4	91	36
Sardegna	11	100	100
Italia	21	95	72

Fonte dei dati: Ministero della Salute - Dipartimento per la Trasformazione Digitale. Anno 2025.

Questi dati preliminari, resi disponibili dal Ministero della Salute, restituiscono parziali informazioni sullo stato dell'arte dell'implementazione del FSE nel territorio nazionale. Nello specifico, la percentuale di cittadini che hanno utilizzato il FSE nei 90 giorni precedenti alla data di rilevazione presenta un valore medio nazionale del 21%. In particolare, i valori più bassi, che non superano il 5%, si registrano nelle Marche, Molise, Sicilia, Lazio, Puglia e Basilicata. Le regioni con le più alte percentuali risultano essere l'Emilia-Romagna (65%), l'Umbria (46%), la Toscana (46%) e la PA di Trento (43%). Stratificando per macroaree geografiche si può evidenziare un gradiente Nord-Sud ed Isole.

In riferimento alla percentuale di MMG e PLS che hanno effettuato almeno un'operazione nel periodo di riferimento il valore nazionale è pari al 95%. In 9 regioni si registra un valore del 100%. I valori minori si registrano in Valle d'Aosta (47%), Toscana (80%), PA di Bolzano e Campania (entrambe 88%) e Sicilia (91%).

Il terzo indicatore relativo alla percentuale di Medici specialisti delle Aziende sanitarie abilitati al FSE restituisce un'informazione più robusta sullo stato dell'arte del processo di transizione digitale nelle strutture sanitarie. La media nazionale è del 72%. In 12 regioni si raggiunge il valore del 100%, mentre i valori più bassi si registrano in Liguria (16%), Calabria (26%), Sicilia (36%) e Abruzzo (37%). Analizzando per macroaree geografiche emerge, anche qui, un gradiente Nord-Sud ed Isole.

Ulteriori programmi di monitoraggio sono in fase di implementazione e sono relativi alle fasi di ampliamento dei documenti sanitari o dei servizi che afferiscono al FSE come referti, lettere di dimissione, vaccinazioni, verbali di PS e altro.

Il monitoraggio dell'implementazione della sanità digitale a livello istituzionale

L'implementazione di tali servizi e prestazioni necessita di un sistema gestionale e di monitoraggio strutturato per avere una maggiore contezza del fenomeno. Il Decreto del 19 febbraio 2025 stabilisce, in particolare, le risorse destinate all'integrazione dei sistemi gestionali regionali e dei servizi minimi di telemedicina regionali con la Piattaforma nazionale di telemedicina, secondo specifici criteri di ripartizione e vincoli sull'effettiva implementazione (22).

Agenas, in qualità di soggetto attuatore dell'investimento, acquisisce funzioni di coordinamento centrale e di controllo sull'attuazione e sulla valutazione dello stato di avanzamento dell'implementazione dei servizi digitali. Inoltre, acquisisce i "Piani di integrazione" regionali, elabora Linee Guida sugli standard tecnologici di interoperabilità e verifica il raggiungimento degli obiettivi previsti per le regioni.

Di più recente definizione è il Sistema Informativo dell'Assistenza Primaria, un sistema istituito dal Ministero della Salute per raccogliere dati sulle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, comprese quelle della continuità assistenziale e dell'assistenza ai turisti. Viene definito un flusso su più livelli: i dati inviati dai *software* ambulatoriali al *gateway* regionale vengono validati e aggregati, per poi essere trasmessi a livello centrale (23).

Queste piattaforme che sono in fase di progettazione o implementazione costituiranno uno strumento strategico per garantire una migliore *governance*, *accountability* e integrazione tra i servizi sanitari regionali e le piattaforme nazionali, attraverso l'implementazione omogenea di percorsi di telemedicina.

Oltre a supportare i professionisti sanitari, possono facilitare la programmazione, il governo e lo sviluppo della sanità digitale con l'intento di colmare il possibile divario tra le disparità regionali, monitorando i LEA e promuovendo equità, qualità, innovazione e sostenibilità.

Raccomandazioni di Osservasalute

La transizione verso la sanità digitale in Italia, accelerata dagli investimenti del PNRR e dalla progressiva implementazione di infrastrutture tecnologiche, mira a ridefinire i paradigmi dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

Questo nuovo ecosistema digitale, basato sull'interoperabilità dei dati e sulla continuità assistenziale tra Ospedale e territorio, non è più un'opzione, ma il fondamento per la sostenibilità e l'efficienza del SSN.

Tuttavia, il successo di questa trasformazione non dipende unicamente dalla robustezza dell'infrastruttura tecnologica, ma dalla capacità dei suoi attori principali di interagire con essa in modo efficace.

L'attuale panorama di competenze, sia tra i professionisti sia nella popolazione generale, è però estremamente disomogeneo e frammentato, con divari significativi che rischiano di compromettere l'equità di accesso e l'efficacia stessa delle nuove soluzioni digitali.

Emerge così la necessità impellente di implementare un percorso di alfabetizzazione su un duplice binario, coinvolgendo in modo sinergico sia gli erogatori che i suoi fruitori (24).

Da un lato, agli operatori sanitari e socio-sanitari non è più richiesta una semplice competenza informatica di base, ma un *set* di abilità complesse e integrate, che spaziano dalla gestione dei nuovi *workflow* clinico-assistenziali abilitati dalla telemedicina, all'interpretazione critica dei dati generati da dispositivi di monitoraggio remoto, fino alla comprensione dei principi di *cybersecurity* e di etica della gestione dei dati (*data ethics*) per garantire la *privacy* e la sicurezza del paziente. Dall'altro lato, il cittadino-assistito è chiamato a evolvere da un ruolo di ricevitore passivo di cure a quello di *partner* attivo (*empowered patient*), tramite adeguati strumenti per navigare in portali complessi. È fondamentale discernere le fonti informative affidabili, comprendere il valore e i diritti associati ai propri dati sanitari e utilizzare in modo sicuro le applicazioni per la gestione della propria salute.

Per superare l'eterogeneità delle competenze digitali, è cruciale investire in programmi di informazione e formazione, strutturati e aggiornati su competenze che vanno dalla sicurezza informatica all'uso di strumenti avanzati come l'IA e la simulazione. Parallelamente, i cittadini devono acquisire un'alfabetizzazione non solo tecnica ma anche giuridico-normativa, per usare i servizi in modo consapevole, comprendere i propri diritti sui dati e partecipare attivamente alla gestione della loro salute.

Considerato che l'intero sistema sanitario include nella sua complessità non solo aspetti di tipo clinico, organizzativo e professionale ma anche amministrativo, giuridico, culturale ed etico, la sfida della transizione digitale di servizi e soluzioni risulta essere una sfida significativa in prospettiva futura.

Gli attuali processi di digitalizzazione, caratterizzati da una rapida e progressiva diffusione, devono quindi cogliere le opportunità di sviluppo in un contesto dinamico nel quale sono coinvolti Istituzioni, aziende del settore, professionisti sanitari e cittadini, sempre più protagonisti.

Per comprendere l'andamento dell'implementazione della sanità digitale è necessario un continuo processo di monitoraggio al fine di comprendere l'andamento del fenomeno in maniera strutturata, valutando l'efficacia delle misure e dei progetti specifici in tutte le regioni, orientando le possibili azioni correttive o migliorative in una logica di miglioramento continuo.

Politiche di sanità digitale in Europa e Italia: sicurezza ed etica

La *governance* della sanità digitale si fonda su un articolato impianto normativo multilivello, definito a livello europeo e nazionale, che orienta l'uso dei dati sanitari e disciplina l'integrazione dell'IA nei sistemi sanitari. La gestione dei dati per uso primario e secondario rappresenta il fulcro delle politiche pubbliche digitali in

ambito sanitario. Il Regolamento (UE) n. 327/2025 (25), che istituisce lo Spazio Europeo dei Dati Sanitari (EHDS), costituisce il principale riferimento normativo per l'utilizzo dei dati digitali sanitari. Esso definisce un quadro per l'accesso sicuro e controllato ai dati sanitari elettronici da parte degli individui e per il loro riutilizzo a fini pubblici, politici e scientifici. L'EHDS incarna i principi fondativi dell'UE, solidarietà, cooperazione e libertà di circolazione, valorizzando il dato sanitario come bene comune. L'uso primario dei dati, tramite la piattaforma *MyHealth@EU*, garantisce la continuità assistenziale in ambito europeo, mentre l'uso secondario, attraverso la rete *HealthData@EU*, consente l'accesso regolato a dati (pseudo) anonimizzati per finalità di ricerca, Sanità Pubblica e innovazione. Il progetto *MyHealth@MyHands* promuove l'*empowerment* digitale del cittadino, prevedendo entro il 2030 l'accesso personale, sicuro e controllato ai propri dati sanitari, attraverso strumenti digitali interoperabili, in un ambiente sostenuto anche da un *Hub* europeo della conoscenza. L'EHDS si inserisce nella più ampia strategia europea dei dati, la "European strategy for data", che comprende due regolamenti chiave. Il *Data Governance Act* (Reg. UE n. 868/2022) (26), in vigore da giugno 2022, promuove la condivisione sicura dei dati pubblici mediante intermediari e modelli di condivisione altruistica. Il *Data Act* (Reg. UE n. 2854/2023) (27), applicabile da settembre 2025, disciplina l'accesso ai dati generati da dispositivi connessi, come i *wearable*, sostenendo un'economia digitale più equa e trasparente. A completare il quadro normativo è l'*Artificial Intelligence Act* (Reg. UE n. 1689/2024) (28), approvato nel marzo 2024, entrato in vigore nell'agosto 2024 e pienamente applicabile da agosto 2026. Il regolamento introduce una classificazione dei sistemi di IA basata sul rischio, con obblighi più severi per le applicazioni ad alto rischio, come quelle sanitarie. Tali obblighi riguardano qualità dei dati, trasparenza, supervisione umana, sicurezza e tracciabilità, in sinergia con il Regolamento (UE) n. 745/2017 (29) sui dispositivi medici, in vigore dal maggio 2021. Entrambi i regolamenti agiscono congiuntamente sul prodotto sanitario complessivo e sui suoi componenti intelligenti. La Direttiva (UE) n. 2853/2024 (30), denominata *Product Liability Directive*, tutela i cittadini in caso di danni da dispositivi difettosi, stabilendo la responsabilità oggettiva del produttore, ma anche l'onere, per la vittima, di dimostrare difetto, danno e nesso causale. L'*AI Act* disciplina anche i modelli di intelligenza artificiale generativa, come i LLM, che, pur non essendo sviluppati per applicazioni cliniche, possono essere impiegati per supporto decisionale, documentazione automatica, interazione con i pazienti o analisi dei dati. In questi casi, sono richiesti requisiti di trasparenza, documentazione tecnica e, per modelli avanzati, valutazioni di rischio e misure di sicurezza rafforzate. A livello operativo, l'iniziativa *AICare@EU*, coordinata dalla Direzione Generale Salute e Sicurezza Alimentare, mira a facilitare l'integrazione clinica dell'IA affrontando criticità tecniche, giuridiche, organizzative e culturali.

In ambito nazionale, l'Italia ha allineato la propria normativa alla cornice europea, sviluppando una strategia digitale centrata su quattro assi: l'EDS, il FSE 2.0, la telemedicina e la regolamentazione dell'IA. L'EDS, istituito con il Decreto del Ministro della Salute del 31 dicembre 2024 (31), collega i nodi regionali a un nodo centrale nazionale, integrando dati provenienti dal FSE, dal sistema Tessera Sanitaria, dall'Anagrafe Nazionale degli Assistiti e dal dossier farmaceutico; fornisce strumenti per il supporto decisionale clinico, la sintesi del profilo sanitario, il monitoraggio delle prestazioni e l'uso regolato dei dati per ricerca, con misure di sicurezza avanzate e piena interoperabilità con l'EHDS. Il FSE 2.0, è diventato obbligatorio con l'art. 11 del DL n. 34/2020 ("Decreto Rilancio") (32). Oggi è parte integrante della Missione 6 del PNRR (33) e mira a diventare uno strumento quotidiano per assistenza, prevenzione e gestione dei dati clinici, interoperabile con *MyHealth@EU*. Con l'approvazione dell'*AI Act* da parte del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione, l'Italia ha avviato l'attuazione nazionale mediante il Disegno di Legge n. 1146/2024 (34), approvato dal Senato nel marzo 2025. La normativa disciplina l'uso dell'IA in sanità, tutelando i diritti fondamentali, assicurando la trasparenza degli algoritmi e contrastando le discriminazioni; promuove, inoltre, la ricerca pubblica non commerciale tramite sistemi di IA di interesse pubblico e autorizza specifici trattamenti di dati personali per finalità diagnostiche e terapeutiche. La legge prevede, infine, la creazione di una piattaforma nazionale per l'IA in sanità, affidata ad Agenas, a supporto della pratica clinica, anche nelle Case della Comunità. L'architettura normativa e tecnica, sempre più orientata all'integrazione dei dati e all'uso consapevole delle tecnologie, apre nuove possibilità per la medicina personalizzata, la ricerca clinica e la prevenzione proattiva, rafforzando la capacità del sistema sanitario di rispondere con tempestività, precisione e sostenibilità ai bisogni di salute pubblica.

Sicurezza, *privacy* e gestione del consenso

Nel quadro della sanità digitale, la protezione dei dati, la sicurezza informatica e la gestione del consenso rappresentano elementi essenziali per garantire fiducia ed efficacia nelle soluzioni cliniche e assistenziali. Il Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR) (Regolamento UE n. 679/2016) (35), applicato dal 2018, definisce il quadro normativo di riferimento per il trattamento dei dati personali, attribuendo particolare attenzione ai dati sanitari, considerati sensibili e quindi soggetti a tutele rafforzate. Il GDPR impone principi di minimizzazione, trasparenza, responsabilizzazione e diritto all'informazione, richiedendo che ogni trattamento di dati sanitari sia legittimo, proporzionato e fondato su finalità esplicite. In Italia, tali principi sono stati recepiti tramite il

D. Lgs. n. 101/2018 (36), armonizzando la normativa nazionale con quella europea. Il Garante per la protezione dei dati personali ha, inoltre, emesso Linee Guida specifiche per l'utilizzo dei dati nei sistemi del FSE e nella telemedicina. Anche l'uso dell'IA in ambito sanitario è oggetto di attenzione da parte del Garante, che ha espresso pareri su proposte legislative nazionali (37), sottolineando la necessità di basi giuridiche solide e tutele rafforzate, soprattutto riguardo l'addestramento degli algoritmi e la raccolta non autorizzata di dati online. Il consenso informato assume così un ruolo centrale: esso deve essere libero, specifico, informato, inequivocabile e revocabile, riflettendo un'autentica autodeterminazione del paziente. L'evoluzione tecnologica impone un adeguamento continuo del quadro normativo e una qualità sempre maggiore dell'informazione fornita al paziente. Il consenso informato è un obbligo giuridico oltre che etico e la sua efficacia è garantita solo se la comunicazione tra medico e paziente è chiara, comprensibile e personalizzata, come sancito dall'art. 32 della Costituzione Italiana (38), dall'art. 3 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'UE (39) e dalla Legge n. 219 del 22 dicembre 2017, art. 1, comma 3 (40). La crescente adozione di tecnologie basate sull'IA ha spinto le Istituzioni italiane ed europee a riflettere sull'adeguatezza del modello attuale di consenso. La Presidenza del Consiglio dei Ministri, nel documento "Intelligenza artificiale e medicina: aspetti etici" (41), e il Ministero della Salute, nel Rapporto "I sistemi di intelligenza artificiale come supporto alla diagnostica" (42), evidenziano l'obbligo di informare i pazienti in modo trasparente su limiti, rischi, benefici e sul grado di controllo umano nei trattamenti fondati sull'IA. L'art. 52, comma 1, dello *European AI Act* impone che il paziente sia consapevole dell'interazione con i sistemi automatizzati. Tuttavia, l'utilizzo del consenso come base giuridica per l'IA presenta criticità, legate alla difficoltà di definire *ex ante* le finalità (art. 6, lett. a, GDPR) e di garantire la revocabilità effettiva del consenso (art. 7, par. 3, GDPR) in sistemi basati su apprendimento automatico. La corretta gestione del consenso richiede un equilibrio tra completezza dell'informazione e capacità del paziente di comprenderla, evitando tecnicismi che potrebbero ostacolare la partecipazione consapevole alle decisioni. La sicurezza e la riservatezza del paziente, inoltre, non possono prescindere da un'infrastruttura digitale robusta e da un approccio sistemico alla cybersicurezza, che coinvolga l'intera filiera sanitaria, dai dispositivi medici individuali alle infrastrutture centrali ministeriali e regionali. La Direttiva NIS2 (Direttiva UE n. 2555/2022) (43) ha introdotto obblighi più stringenti per la sicurezza delle reti e dei sistemi informativi, inclusi quelli sanitari, imponendo agli Stati membri misure tecniche e organizzative per prevenire e gestire incidenti informatici. In Italia, il Piano Nazionale per la Cybersicurezza 2022-2026 (44), elaborato dall'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale, definisce linee operative per rafforzare la resilienza digitale anche nella sanità, promuovendo standard di sicurezza elevati, cultura del rischio e protezione delle infrastrutture critiche. Una sanità digitale sostenibile richiede, dunque, un'architettura resiliente e sicura, capace di garantire la protezione dei dati personali lungo tutto il loro ciclo di vita.

Etica ed utilizzo consapevole delle nuove tecnologie

L'integrazione sempre più pervasiva delle tecnologie digitali in ambito sanitario impone una riflessione etica profonda e aggiornata, che sappia accompagnare l'innovazione senza tradire i principi fondativi della medicina e del diritto. L'etica dell'uso tecnologico in sanità non può essere un corollario accessorio, ma deve costituire un pilastro strutturale del processo di trasformazione digitale, capace di orientarne gli sviluppi, mitigare i rischi e rafforzare la fiducia dei cittadini. In tale direzione si collocano gli Orientamenti etici per una IA affidabile elaborati nel 2019 dal "Gruppo di esperti ad alto livello sull'intelligenza artificiale" istituito dalla Commissione Europea, i quali, pur non riferendosi esclusivamente al settore sanitario, definiscono sette requisiti fondamentali per promuoverne uno sviluppo responsabile e sostenibile: supervisione umana, robustezza tecnica, protezione dei dati, trasparenza, equità, sostenibilità e responsabilità. Nel contesto sanitario, dove le decisioni incidono direttamente sulla vita e la dignità delle persone, tali principi assumono un valore guida imprescindibile. Con le necessarie differenze di approccio tra ambiti applicativi, rimane fondamentale adottare una prospettiva di "ethics by design", ovvero l'integrazione dei principi etici direttamente nel processo di progettazione, sviluppo e implementazione dei sistemi di IA. Ciò implica che valori come il rispetto della dignità umana, la giustizia, l'autonomia e la non discriminazione non siano considerati meri vincoli esterni o requisiti da verificare a posteriori, ma elementi strutturali incorporati fin dall'origine nella logica stessa degli algoritmi e nelle architetture tecniche. In questo modo l'etica non agisce come correttivo, ma come componente abilitante per un'innovazione realmente sostenibile e orientata al bene comune. Nel 2020, la Comunità Europea ha confermato la propria volontà di mantenere l'uomo al centro della rivoluzione tecnologica in atto, riconoscendo l'insostituibilità della relazione tra medico e paziente. L'IA può supportare le decisioni mediche, ma non deve mai sostituire il giudizio umano, che resta fondamentale soprattutto nei casi ad alta complessità o che implicano valutazioni etiche, prognostiche o terapeutiche. La responsabilità ultima per la diagnosi, i trattamenti e le decisioni cliniche deve rimanere in capo a un professionista sanitario umano, informato ma non subordinato all'algoritmo. In Italia, il Senato della Repubblica (art. 7, comma 2, DDL n. 1146/2024) (45) ha voluto affermare il ruolo centrale dell'equità nell'introduzione dei sistemi di IA nel sistema sanitario e la necessità di adottare regole che permettano l'accesso alle prestazioni sanitarie senza

discriminazioni. L'etica dell'innovazione tecnologica richiede un impegno attivo per garantire equità di accesso, inclusione e giustizia distributiva. La digitalizzazione, se mal governata, rischia di amplificare disuguaglianze preesistenti o di crearne delle nuove. La sanità digitale deve rappresentare uno strumento in grado di ampliare l'offerta di prestazioni disponibili per il paziente, semplificandone al contempo l'accesso e l'erogazione. Alla luce di ciò, il paziente deve essere il perno attorno a cui ruotano le scelte in ambito sanitario tecnologico, affinché le innovazioni rispondano davvero ai suoi bisogni e migliorino concretamente la qualità delle cure. Nel 2022, l'OMS ha sottolineato il proprio impegno verso l'equità e l'inclusione digitale attraverso il *Regional Digital Health Action Plan for the WHO European Region 2023-2030*, esortando gli Stati membri ad adottare un approccio centrato sulla persona, volto a costruire fiducia e favorire l'adozione delle tecnologie digitali e raccomanda di integrare nelle strategie nazionali elementi sensibili al genere e all'equità sanitaria. Per valutare in che misura queste disuguaglianze siano presenti nel contesto europeo, è stata condotta una *scoping review* intitolata *Equity within digital health technology within the WHO European Region*. L'analisi ha messo in luce una serie di iniquità strutturali che ostacolano l'accesso equo alla sanità digitale. Il *digital divide*, particolarmente evidente nelle aree rurali, limita l'accesso ai servizi digitali per via di infrastrutture carenti e connettività instabile. Le barriere linguistiche e culturali penalizzano migranti e minoranze etniche, ostacolando la comprensione, la fiducia e l'utilizzo dei servizi sanitari *online*. La scarsa alfabetizzazione digitale, spesso associata a livelli educativi e occupazionali bassi, riduce la capacità delle persone di utilizzare efficacemente le tecnologie disponibili. Le donne, specialmente quelle provenienti da contesti svantaggiati, affrontano ostacoli legati a stereotipi di genere e alla mancata progettazione inclusiva dei servizi digitali. Anche l'età avanzata, la disabilità, i bisogni complessi e le situazioni di marginalità sociale rappresentano ulteriori barriere all'adozione, escludendo intere fasce della popolazione dai benefici della digitalizzazione sanitaria. L'etica non può quindi esaurirsi nella sola applicazione di regole deontologiche o giuridiche, ma deve tradursi in una responsabilità progettuale che coinvolga sviluppatori, decisori politici, professionisti sanitari e cittadini nella costruzione di un ecosistema digitale giusto, trasparente e orientato al bene comune. In questo orizzonte, la medicina digitale non è solo una questione tecnica o organizzativa, ma una sfida culturale e democratica.

Riferimenti bibliografici

- (1) Governo Italiano. Dipartimento per la trasformazione digitale Disponibile sul sito: <https://innovazione.gov.it/italia-digitale-2026/il-piano/sanita-digitale>.
- (2) World Health Organization (WHO). (2021). Global strategy on digital health 2020-2025. WHO Press.
- (3) Ronquillo, Y., Meyers, A., & Ashtyani, H. (2023). Digital Health. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.
- (4) Gray, B. H., Gusmano, M. K., & Schlesinger, M. (2022). Value-based payment and patient-centered care: Compatible or conflicting goals? *Milbank Quarterly*, 100 (1), 207-237.
- (5) Empowering the health workforce to make the most of the digital revolution (RePEc:oec:elsaad:129-en) by Karolina Socha-Dietrich. Disponibile sul sito: <https://ideas.repec.org/p/oec/elsaad/129-en.html>.
- (6) Statista. (2023). Digital Health - Worldwide. Statista Market Forecast.
- (7) Al Meslamani, A. Z. (2024). Why are digital health policies crucial? *Journal of Medical Economics*, 27 (1), 167-169.
- (8) Cohen, I. G., & Mello, M. M. (2019). Big data, big tech, and protecting patient privacy. *JAMA*, 322 (12), 1.141-1.142.
- (9) Ministero della Salute. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Salute. Disponibile sul sito: www.pnrr.salute.gov.it.
- (10) Commissione Europea. Public Health-Assistenza sanitaria online. Disponibile sul sito: https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/digital-health-and-care_it#intelligenza-artificiale-nel-settore-sanitario.
- (11) Damiani G. et al. Manuale di programmazione e organizzazione sanitaria. IV edizione 2022 Idelson-Gnocchi.
- (12) Ministero della Salute. Cosa è NSIS. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/new/it/tema/nuovo-sistema-informativo-sanitario/che-cosa-e-nsis/?paragraph=0.
- (13) Ministero della Salute. (2024, 31 dicembre). Decreto: Istituzione dell'Ecosistema dati sanitari (Decreto n. 25A01321). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale, n. 53, 5 marzo 2025. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2025-03-05&atto.codiceRedazionale=25A01321&elenco30giorni=false.
- (14) Agenzia per l'Italia Digitale. Circolare AgID n. 4/2017 del 1° agosto 2017 "Documento di progetto dell'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità dei Fascicoli Sanitari Elettronici (art. 12 - comma 15-ter - D.L. 179/2012)". Disponibile sul sito: www.agid.gov.it/sites/default/files/repository_files/circolari/04_-_agid_circ_n._04_-_01_ago_2017.pdf.
- (15) Ministero dell'Economia e delle Finanze - Sistema Tessera Sanitaria. Portale Tessera Sanitaria. Disponibile sul sito: <https://sistemats1.sanita.finanze.it/portale/tessera-sanitaria>.
- (16) Ministero della Salute. Telemedicina-portale informativo. Disponibile sul sito: <https://www.telemedicina.gov.it/post/cose-la-telemedicina>.
- (17) Tuomikoski, K., Liljamo, P., Reponen, J., & Kanste, O. (2022). The effects of digital care pathways on the healthcare professionals' processes in specialized health care. *Finnish Journal of EHealth and EWellfare*, 14 (3), 326-338. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.23996/fjhw.112648>.
- (18) Dal Maso M, de Belvis, A. G, Greco G, Piane M, Valentini E. (2023). Strumenti di governance, l'implementazione della qualità e i cruscotti direzionali: verso una prospettiva Value Based Healthcare. In L'ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro. I Quaderni di Quotidiano Sanità.it 45.
- (19) Twohig PA, Rivington JR, Gunzler D, Daprano J, Margolius D. Clinician dashboard views and improvement in preventative health outcome measures: a retrospective analysis. *BMC Health Serv Res*. 2019 Jul 11; 19 (1): 475. doi: 10.1186/s12913-019-4327-3. PMID: 31296211; PMCID: PMC6621998.
- (20) Arcuri G, De Belvis A.G, Marchetti A, Meneschincheri E, Ruffo B. Sanità digitale Sistemi informativi ospedalieri e assistenza sanitaria "value based": il progetto GESTA. Agenda Digitale. 2023. Disponibile sul sito: www.agendadigitale.eu/sanita/sistemi-informativi-ospedalieri-e-assistenza-sanitaria-value-based-il-progetto-gesta.

- (21) Ministero della Salute - Dipartimento per la Trasformazione Digitale. Disponibili sul sito: <https://monitopen.fse.salute.gov.it/usage>.
- (22) Ministero della Salute. decreto 19 febbraio 2025. Ripartizione delle risorse residue relative all'investimento 1.2.3.2. "Servizi di telemedicina" della Missione 6, Component 1, del PNRR. (25A01887) (GU Serie Generale n.74 del 29 marzo 2025).
- (23) Gazzetta ufficiale della repubblica Italiana. Serie Generale n. 202 del 01 settembre 2025.
- (24) Goienetxea, A., Karlsen, A., Larsen, A. S., Melseth, S., & Sørbo, M. F. (2024). Enhancing Health Literacy Through Sustainable Digital Healthcare Solutions: System Development and Usage Perspectives. In Towards Sustainable Good Health and Well-being (pp. 97-116). Springer.
- (25) Unione Europea. (2025, 11 febbraio). Regolamento (UE) 2025/327 del Parlamento europeo e del Consiglio dell'11 febbraio 2025 relativo allo spazio europeo dei dati sanitari e che modifica la direttiva 2011/24/UE e il regolamento (UE) 2024/2847. Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, L 327, 5 marzo 2025. Disponibile sul sito: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/ALL/?uri=CELEX:32025R0327>.
- (26) Unione Europea. Regolamento (UE) 2022/868 del Parlamento europeo e del Consiglio del 30 maggio 2022 relativo alla governance dei dati europei e che modifica il regolamento (UE) 2018/1724 (Data Governance Act). Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, L 152, 3 giugno 2022, pp. 1-44. Disponibile sul sito: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/ALL/?uri=CELEX:32022R0868>.
- (27) Parlamento europeo & Consiglio dell'Unione Europea. (2023, 13 dicembre). Regolamento (UE) 2023/2854 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 dicembre 2023, riguardante norme armonizzate sull'accesso equo ai dati e sul loro utilizzo e che modifica il regolamento (UE) 2017/2394 e la direttiva (UE) 2020/1828 (regolamento sui dati). Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea, L 285, 1-71. Disponibile sul sito: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=OJ:L_202302854.
- (28) Parlamento europeo & Consiglio dell'Unione europea. (2024, 13 giugno). Regolamento (UE) 2024/1689 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 giugno 2024, che stabilisce norme armonizzate sull'intelligenza artificiale e modifica i regolamenti (CE) n. 300/2008, (UE) n. 167/2013, (UE) n. 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 e (UE) 2019/2144 e le direttive 2014/90/UE, (UE) 2016/797 e (UE) 2020/1828 (Artificial Intelligence Act). Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, L 1689, 1-144. Disponibile sul sito: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=OJ:L_202401689.
- (29) Parlamento europeo & Consiglio dell'Unione Europea. (2017). Regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medici, che modifica la direttiva 2001/83/CE, il regolamento (CE) n. 178/2002 e il regolamento (CE) n. 1223/2009 e che abroga le direttive 90/385/CEE e 93/42/CEE del Consiglio. Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, L 117, 1-175. Disponibile sul sito: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R0745>.
- (30) Parlamento europeo & Consiglio dell'Unione europea. (2024, 23 ottobre). Direttiva (UE) 2024/2853 relativa alla responsabilità per i prodotti difettosi e che abroga la direttiva 85/374/CEE del Consiglio (GU L 2853 del 18.11.2024). Disponibile sul sito: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=OJ:L_202402853.
- (31) Ministero della Salute. (2024, 31 dicembre). Decreto: Istituzione dell'Ecosistema dati sanitari (Decreto n. 25A01321). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale, n. 53, 5 marzo 2025. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2025-03-05&atto.codiceRedazionale=25A01321&elenco30giorni=false.
- (32) Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2020, 19 maggio). Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34: Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 (GU Serie Generale, n. 128, 19 maggio 2020 - Suppl. Ord. n. 21). (Decreto-Legge)]. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/19/20G00052/sg.
- (33) Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - Agenas. (2024). Missione 6 Salute - PNRR: interventi e struttura. Disponibile sul sito: www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute.
- (34) Senato della Repubblica - Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2025, 20 maggio). Disegno di legge S. 1146 - Disposizioni e deleghe al Governo in materia di intelligenza artificiale (Disegno di legge, XIX Legislatura). Senato della Repubblica. Disponibile sul sito: www.senato.it/leggi-e-documenti/disegni-di-legge/scheda-ddl?did=58262.
- (35) Unione Europea. (2016, 27 aprile). Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e alla libera circolazione di tali dati, e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati - GDPR). Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, L 119, 4 maggio 2016, pp. 1-88. Disponibile sul sito: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj/eng>.
- (36) Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2018, 10 agosto). Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101: Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati) (GU Serie Generale, n. 205, 4 settembre 2018) (Decreto legislativo). Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/09/04/18G00129/sg.
- (37) Garante per la Protezione dei Dati Personali. (2023, ottobre). Decalogo per la realizzazione di servizi sanitari nazionali attraverso sistemi di Intelligenza Artificiale. Disponibile sul sito: www.garanteprivacy.it/documents/10160/0/Decalogo+per+la+realizzazione+di+servizi+sanitari+nazionali+attraverso+sistemi+di+Intelligenza+Artificiale.pdf/a5c4a24d-4823-e014-93bf-1543f1331670?version=2.0.
- (38) Senato della Repubblica. Articolo 32 – Parte I, Titolo II. In La Costituzione della Repubblica Italiana. Disponibile sul sito: www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-32.
- (39) Unione Europea. (2000). Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (2000/C 364/01). Gazzetta ufficiale delle Comunità europee, C 364, 1–22. Disponibile sul sito: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A12012P%2FTXT>.
- (40) Repubblica Italiana. (2018, 16 gennaio). Legge 22 dicembre 2017, n. 219: Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 12, 16 gennaio 2018). Disponibile sul sito: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg.
- (41) Comitato Nazionale per la Bioetica e Comitato Nazionale per la Biosicurezza, le Biotecnologie e le Scienze della Vita. (2020, 29 maggio). Intelligenza artificiale e medicina: aspetti etici. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Disponibile sul sito: <https://bioetica.governo.it/media/vkkphteb/intelligenza-artificiale-e-medicina.pdf>.
- (42) Consiglio Superiore di Sanità. (2021). I sistemi di intelligenza artificiale come strumento di supporto alla diagnostica (Sessione LII, 2019-2022). Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero della Salute. Disponibile sul sito: <https://sirm.org/wp-content/uploads/2022/04/Intelligenza-artificiale.pdf>.

- (43) Consiglio dell'Unione europea & Parlamento europeo. (2022, 14 dicembre). Directive (EU) 2022/2555 on measures for a high common level of cybersecurity across the Union, amending Regulation (EU) No 910/2014 and Directive (EU) 2018/1972, and repealing Directive (EU) 2016/1148 (NIS 2 Directive) (CELEX 32022L2555). Official Journal of the European Union, L 333, 80-152. Disponibile sul sito:
<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32022L2555>.
- (44) Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale. (2022). Strategia nazionale di cybersicurezza 2022-2026. Disponibile sul sito:
www.acn.gov.it/portale/strategia-nazionale-di-cybersicurezza.
- (45) Senato della Repubblica. (2024, 20 maggio). Disegno di legge n. 1146/24: Disposizioni e delega al Governo in materia di intelligenza artificiale (XIX Legislatura, atto n. 1146). Disponibile sul sito:
www.senato.it/show-doc?id=1418921&leg=19&tipodoc=DDLPRES.

Intelligenza Artificiale in sanità: applicazioni e sfide aperte

Dott. Michele Bonacquisti

L'Intelligenza Artificiale (IA) ha un impatto profondo sulla pratica medica e sulla ricerca scientifica, rappresentando uno strumento efficace per l'analisi automatica di dati complessi grazie a tecnologie basate su algoritmi di apprendimento automatico e reti neurali profonde (1). In particolare, il *Machine Learning* (ML) e il *Deep Learning* (DL) sono tra le componenti dell'IA che stanno contribuendo in modo più rilevante a questa trasformazione (2). Il ML permette ai sistemi di apprendere dai dati senza una programmazione esplicita, riconoscendo pattern in grandi insiemi di informazioni cliniche, genetiche o epidemiologiche, con applicazioni diagnostiche e terapeutiche. Il DL, che ne rappresenta una specializzazione, utilizza reti neurali multilivello in grado di elaborare dati non strutturati, come immagini mediche o testi clinici, ottenendo risultati particolarmente accurati.

Pur mantenendo il medico la responsabilità finale nelle decisioni sanitarie (3), l'IA rappresenta oggi un valido supporto di pratica medica. Grazie alla capacità di processare enormi quantità di dati, queste tecnologie consentono di predire eventi clinici e identificare precocemente condizioni patologiche. L'IA viene già impiegata in molte discipline mediche, tra cui radiologia, oncologia e malattie infettive. Addestrati su vasti *dataset*, gli algoritmi di ML e DL riescono a integrare dati diversi, immagini, referti, esami e dati longitudinali, e a individuare segnali clinici significativi in modo tempestivo e automatizzato. In questo modo, migliorano l'accuratezza diagnostica, accelerano gli interventi terapeutici, rafforzano le strategie di prevenzione contribuendo a intercettare fattori di rischio prima che si manifestino patologie conclamate. Modelli di ML sono stati ideati per la predizione del rischio di sviluppare patologie con un alto grado di mortalità, come le neoplasie (4) e le patologie cardiovascolari (5). Gli algoritmi, mediante l'analisi di dati non strutturati come immagini diagnostiche e cartelle cliniche elettroniche, sono in grado di generare profili di rischio personalizzati per ogni paziente. Questa loro capacità permette di migliorare in modo significativo l'efficacia dei programmi di prevenzione, rendendo possibile l'identificazione precoce dei soggetti a rischio e favorendo l'attuazione di interventi tempestivi. La diagnosi precoce rappresenta un elemento chiave, poiché proprio nelle patologie ad alta letalità la velocità diagnostica è uno dei principali fattori associati a un aumento della sopravvivenza del paziente. Studi recenti (6, 7) hanno dimostrato che modelli di DL sono in grado di analizzare le cartelle cliniche elettroniche per prevedere eventi cardiovascolari nei pazienti diabetici e rilevare precocemente la retinopatia diabetica con un'accuratezza fino al 98%. Anche nel contesto dell'assistenza strettamente ospedaliera, gli algoritmi predittivi si dimostrano altamente efficaci, come evidenziato da uno studio scientifico che documenta un incremento superiore al 32% nella diagnosi precoce di sepsi.

L'IA è anche una componente fondamentale dei *Clinical Decision Support Systems* (CDSS) (8), contribuendo in modo sostanziale all'evoluzione dei sistemi di supporto alle decisioni cliniche (9). I CDSS rappresentano strumenti digitali progettati per assistere i professionisti sanitari nel processo decisionale, integrando informazioni cliniche del paziente con conoscenze mediche codificate o modelli inferenziali appresi dai dati. Il loro obiettivo principale è supportare, e non sostituire, il giudizio clinico, aumentando accuratezza, tempestività e sicurezza delle decisioni. Tali sistemi si distinguono in due categorie principali. I CDSS basati sulla conoscenza sono costruiti a partire da regole cliniche esplicite, Linee Guida e protocolli codificati, organizzati in motori di inferenza che generano raccomandazioni o allerta in risposta a condizioni specifiche; questi sistemi offrono trasparenza e tracciabilità delle decisioni, rendendo possibile la verifica dei processi logici seguiti. I CDSS non basati sulla conoscenza si fondano su tecniche di apprendimento automatico come quelle caratterizzanti i sistemi di IA e sono in grado di identificare pattern complessi nei dati clinici senza disporre a priori di regole esplicite. Il *Natural Language Processing* (NLP) (10) rappresenta una delle tecnologie più promettenti nel campo dell'IA applicata alle decisioni cliniche, in quanto consente l'elaborazione e la comprensione automatica del linguaggio naturale utilizzato nei documenti clinici. Attraverso il NLP è possibile estrarre, strutturare e interpretare informazioni rilevanti contenute in referti medici, note cliniche, lettere di dimissione e descrizioni dei sintomi, spesso redatte in forma libera e non standardizzata. Le ricette contengono sia dati strutturati, come diagnosi codificate, prescrizioni e valori di laboratorio, sia dati non strutturati, come appunto la documentazione clinica libera. Il NLP consente di trasformare questa grande mole di dati non strutturati in conoscenza clinica utilizzabile, migliorando la completezza, l'integrazione e l'accessibilità delle informazioni a supporto delle decisioni mediche. Questi sistemi non sono esenti da difetti (11) e sono passibili di miglioramenti continui, ma mostrano segnali incoraggianti per un effettivo supporto strutturato alle scelte cliniche che dovranno essere operate dal personale sanitario. Anche il Consiglio Superiore di Sanità (12) ha evidenziato come l'IA stia rapidamente modificando i percorsi clinici e decisionali. La loro introduzione, si legge nel documento governativo,

richiede una validazione scientifica solida, attenzione agli aspetti etici e giuridici e un sistema nazionale di *governance*, monitoraggio e formazione che ne garantisca un'integrazione sicura ed efficace.

L'ottima capacità di analisi di grandi *dataset* di informazioni, tipica delle IA, trova applicazione anche nei campi della medicina personalizzata e della genomica (13). Lo studio dei *pattern* genetici consente di ottenere informazioni fondamentali sulla predisposizione individuale alla risposta terapeutica (14), rendendo possibile non solo la previsione dell'efficacia o della tollerabilità di un trattamento specifico, ma anche l'identificazione di bersagli molecolari innovativi (15). Lo sviluppo della terapia genica, attraverso l'utilizzo di algoritmi avanzati, rende possibile lo studio delle patologie legate ad alterazioni genetiche e patologie rare a un costo inferiore, permettendo di rispondere in modo più efficace alle necessità terapeutiche di pazienti che, fino a poco tempo fa, sarebbe stato molto più complesso supportare. Le nuove tecnologie algoritmiche si impongono come strumenti trasformanti nel mondo della ricerca scientifica, rappresentando il volano per una serie di profonde trasformazioni nei processi di progettazione di nuovi farmaci (16). In un contesto in cui lo sviluppo risulta essere un processo estremamente lungo, articolato e dispendioso, l'IA si rivela determinante nell'accelerare tutte le fasi del flusso di ricerca di nuove molecole terapeutiche: dalla fase iniziale di identificazione dei bersagli terapeutici fino alla gestione dei *trial* clinici randomizzati (RCT) attraverso l'utilizzo di *real-world data* (17), contribuisce al miglioramento del flusso di ricerca. L'integrazione dell'AI in questi ambiti non solo permette di ridurre tempi e costi, ma apre anche la strada a una medicina più mirata, predittiva e personalizzata.

Nel panorama della medicina moderna, poche tecnologie hanno dimostrato una versatilità comparabile a quella degli algoritmi di IA. Questi strumenti, come abbiamo visto fondamentali in campi estremamente specifici come la medicina personalizzata, si rivelano oggi altrettanto cruciali nell'affrontare questioni di portata molto più ampia. L'IA, infatti, consente di estendere l'analisi e la predizione a livello di popolazione, fornendo soluzioni innovative e tempestive a problemi complessi di salute pubblica (18, 19). Ne sono esempio concreto la capacità di predire o individuare precocemente potenziali focolai di malattie infettive (20), mediante l'analisi integrata di dati epidemiologici, ambientali e comportamentali, oppure l'applicazione degli algoritmi al monitoraggio e contenimento dell'antimicrobico resistenza (21), una delle sfide più urgenti per i sistemi sanitari globali. La capacità dell'IA nell'analisi del rischio a livello di popolazione ne fanno strumenti preziosi per la pianificazione sanitaria (32): grazie all'impiego di modelli previsionali basati su dati demografici, ambientali e comportamentali, permettono di comprendere e affrontare i fattori di rischio legati alle malattie non trasmissibili (23, 24). In ambito di epidemiologia comportamentale, l'IA permette di analizzare dati da *app* e *social media* per monitorare stili di vita attraverso il monitoraggio continuo (25, 26), valutare l'efficacia degli interventi e modellare scenari alternativi.

Un *Large Language Model* (LLM) (27) è un sistema di IA basato sul DL, in grado di elaborare grandi quantità di dati linguistici per comprendere e generare testo, immagini e audio in maniera autonoma. Questa tecnologia rappresenta una delle espressioni più avanzate dell'IA generativa e ha già trovato un'ampia applicazione nel contesto sanitario, sia per gli operatori sia per i pazienti. La capacità di interpretare e produrre contenuti ha reso possibile l'integrazione degli LLM in numerosi strumenti utili a entrambe le categorie: il personale sanitario può beneficiare dell'assistenza di agenti digitali in grado di gestire attività amministrative ripetitive e non direttamente collegate alla sfera clinica, mentre i pazienti possono accedere a una quantità significativa di informazioni sanitarie che, qualora il modello sia progettato e addestrato con rigore scientifico, risultano affidabili e allineate con le conoscenze mediche attuali (28). Questa tecnologia è impiegata anche, in forma sperimentale, nell'ambito della salute mentale e per migliorare l'accesso alle cure nelle categorie di pazienti più fragili (29), preferendo algoritmi progettati per rispondere in modo empatico. Rimane, tuttavia, aperto un ampio dibattito sull'utilizzo degli LLM come supporto diretto all'attività clinica. Alcuni studi recenti evidenziano come questi modelli mostrino prestazioni promettenti nella diagnosi di specifiche patologie, in particolare di tipo infettivo, arrivando in certi casi a suggerire una superiorità rispetto al medico umano (30). Nonostante ciò, permangono interrogativi cruciali (31) riguardo all'appropriatezza, all'etica, alla trasparenza e alla sicurezza, sia dell'impiego di questi strumenti nei processi decisionali clinici, sia della gestione dei dati sensibili coinvolti; particolare preoccupazione emerge in relazione al fenomeno delle cosiddette "allucinazioni" (32) generate dagli LLM, ovvero la produzione di informazioni plausibili ma inesatte o del tutto inventate, che possono compromettere l'affidabilità delle risposte fornite. Ciò sottolinea la necessità di una rigorosa valutazione scientifica, etica e regolatoria prima di una loro adozione su larga scala.

L'adozione di queste tecnologie solleva questioni etiche e di sicurezza. L'uso di dati sensibili impone requisiti rigorosi in termini di *privacy* e sicurezza (33). È fondamentale che l'addestramento dei modelli eviti distorsioni che possano alimentare disuguaglianze o discriminazioni, poiché gli algoritmi rischiano di replicare e in alcuni casi amplificare, bias preesistenti nei dati e nelle modalità di raccolta e utilizzo degli stessi (34). Restano ancora aperte, sebbene in via di progressiva definizione almeno in ambito europeo con l'introduzione dell'*AI Act*, alcu-

ne questioni relative all'*accountability*, ovvero alla responsabilità medico-legale legate all'utilizzo dell'IA, e alla trasparenza dei processi decisionali automatizzati ("black box") (35). Per queste ragioni, è necessario un processo continuo di valutazione scientifica, affiancato da una regolamentazione chiara e da un'attenta riflessione etica, al fine di garantire un'integrazione dell'IA nella pratica medica che sia sicura, equa e realmente vantaggiosa.

Riferimenti bibliografici

- (1) Alowais, S.A., Alghamdi, S.S., Alsuhebany, N. et al. Revolutionizing healthcare: the role of artificial intelligence in clinical practice. *BMC Med Educ* 23, 689 (2023). Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04698-z>.
- (2) Habebh H, Gohel S. Machine Learning in Healthcare. *Curr Genomics*. 2021 Dec 16; 22 (4): 291-300. doi: 10.2174/1389202922666210705124359. PMID: 35273459; PMCID: PMC8822225.
- (3) Unione Europea. (2024). Regolamento (UE) 2024/1689 del 13 giugno 2024 recante norme armonizzate in materia di intelligenza artificiale (Artificial Intelligence Act), Art. 7. *Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea*, L 1689, 12 luglio 2024. Disponibile sul sito: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=OJ:L_202401689.
- (4) Hunter, B., Hindocha, S., & Lee, R. W. (2022). The Role of Artificial Intelligence in Early Cancer Diagnosis. *Cancers*, 14 (6), 1524. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.3390/cancers14061524>.
- (5) Singh, M., Kumar, A., Khanna, N. N., Laird, J. R., Nicolaidis, A., Faa, G., Johri, A. M., Mantella, L. E., Fernandes, J. F. E., Teji, J. S., Singh, N., Fouda, M. M., Singh, R., Sharma, A., Kitas, G., Rathore, V., Singh, I. M., Tadepalli, K., Al-Maini, M., Suri, J. S. (2024). Artificial intelligence for cardiovascular disease risk assessment in personalised framework: a scoping review. *eClinicalMedicine*, 73, Article 102660. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102660>.
- (6) Choi E, Bahadori MT, Schuetz A, et al.: Doctor Ai: Predicting clinical events via recurrent neural networks. *JMLR Workshop Conf Proc*. 2016, 56:301-18.
- (7) Ryu G, Lee K, Park D, Park SH, Sagong M: A deep learning model for identifying diabetic retinopathy using optical coherence tomography angiography. *Sci Rep*. 2021, 11:23024. 10.1038/s41598-021-02479-6.
- (8) Elhaddad, M., & Hamam, S. (2024). AI-driven clinical decision support systems: An ongoing pursuit of potential. *Cureus*, 16(4), e57728. <https://doi.org/10.7759/cureus.57728>.
- (9) P. D. K. and M. S. Abirami, "AI Clinical Decision Support System (AI-CDSS) for cardiovascular diseases, 2023 International Conference on Computer Science and Emerging Technologies (CSET), Bangalore, India, 2023, pp. 1-7, doi: 10.1109/CSET58993.2023.10346885.
- (10) Alafari, F., Driss, M., & Cherif, A. (2025). Advances in natural language processing for healthcare: A comprehensive review of techniques, applications, and future directions. *Computer Science Review*, 56, 100725. <https://doi.org/10.1016/j.cosrev.2025.100725>.
- (11) Wang, L., Zhang, Z., Wang, D., Cao, W., Zhou, X., Zhang, P., Liu, J., Fan, X., & Tian, F. (2023). Human-centered design and evaluation of AI-empowered clinical decision support systems: A systematic review. *Frontiers in Computer Science*, 5. <https://doi.org/10.3389/fcomp.2023.1187299>.
- (12) Consiglio Superiore di Sanità. (2022). I sistemi di intelligenza artificiale come strumento di supporto alla diagnostica (Sezione V, Coordinatore: Prof. A. Laghi). Ministero della Salute. Disponibile sul sito: www.sirm.org/wp-content/uploads/2022/04/Intelligenza-artificiale.pdf.
- (13) Alum, E.U., Ugwu, O.P.C. Artificial intelligence in personalized medicine: transforming diagnosis and treatment. *Discov Appl Sci* 7, 193 (2025). <https://doi.org/10.1007/s42452-025-06625-x>.
- (14) Zhang G, Nebert DW. Personalized medicine: Genetic risk prediction of drug response. *Pharmacol Ther*. 2017 Jul; 175: 75-90. doi: 10.1016/j.pharmthera.2017.02.036. Epub 2017 Feb 14. Erratum in: *Pharmacol Ther*. 2018 Mar; 183: 205-206. doi: 10.1016/j.pharmthera.2017.12.001. PMID: 28213088; PMCID: PMC5653378.
- (15) Liao, Q., Zhang, Y., Chu, Y. et al. Application of Artificial Intelligence In Drug-target Interactions Prediction: A Review. *npj Biomed. Innov.* 2, 1 (2025). <https://doi.org/10.1038/s44385-024-00003-9>.
- (16) Zhang, K., Yang, X., Wang, Y. et al. Artificial intelligence in drug development. *Nat Med* 31, 45–59 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03434-4>.
- (17) Liu R, Rizzo S, Whipple S, Pal N, Pineda AL, Lu M, Arnieri B, Lu Y, Capra W, Copping R, Zou J. Evaluating eligibility criteria of oncology trials using real-world data and AI. *Nature*. 2021 Apr; 592 (7855): 629-633. doi: 10.1038/s41586-021-03430-5. Epub 2021 Apr 7. PMID: 33828294; PMCID: PMC9007176.
- (18) Olawade DB, Wada OJ, David-Olawade AC, Kunonga E, Abaire O, Ling J. Using artificial intelligence to improve public health: a narrative review. *Front Public Health*. 2023 Oct 26; 11: 1196397. doi: 10.3389/fpubh.2023.1196397. PMID: 37954052; PMCID: PMC10637620.
- (19) Panteli D, Adib K, Buttigieg S, Goiana-da-Silva F, Ladewig K, Azzopardi-Muscat N, Figueras J, Novillo-Ortiz D, McKee M. Artificial intelligence in public health promises, challenges, and an agenda for policy makers and public health institutions. *Lancet Public Health*. 2025 May; 10 (5): e428-e432. doi: 10.1016/S2468-2667 (25) 00036-2. Epub 2025 Feb 28. PMID: 40031938; PMCID: PMC12040707.
- (20) Kraemer, M.U.G., Tsui, J.L.H., Chang, S.Y. et al. Artificial intelligence for modelling infectious disease epidemics. *Nature* 638, 623-635 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41586-024-08564-w>.
- (21) Arnold, A., McLellan, S. & Stokes, J.M. How AI can help us beat AMR. *npj Antimicrob Resist* 3, 18 (2025). <https://doi.org/10.1038/s44259-025-00085-4>.
- (22) Jansson, M., Ohtonen, P., Alaläkkölä, T. et al. Artificial intelligence-enhanced care pathway planning and scheduling system: content validity assessment of required functionalities. *BMC Health Serv Res* 22, 1513 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08780-y>.
- (23) Pol Mac Aonghusa, Susan Michie, Artificial Intelligence and Behavioral Science Through the Looking Glass: Challenges for Real-World Application, *Annals of Behavioral Medicine*, Volume 54, Issue 12, December 2020, Pages 942–947, <https://doi.org/10.1093/abm/kaa095>.
- (24) Ye, Y., Pandey, A., Bawden, C. et al. Integrating artificial intelligence with mechanistic epidemiological modeling: a scoping review of opportunities and challenges. *Nat Commun* 16, 581 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41467-024-55461-x>.
- (25) Ganasegeran, Kurubaran & Abdulrahman, Surajudeen. (2020). Artificial Intelligence Applications in Tracking Health Behaviors During Disease Epidemics. 10.1007/978-3-030-35139-7 7.
- (26) Fadillah, D. (2025). The need for research on AI-driven social media and adolescent mental health. *Asian Journal of*

- Psychiatry, 108, 104513. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2025.104513>.
- (27) Lin, C., & Kuo, C.-F. (2025). Roles and potential of large language models in healthcare: A comprehensive review. *Biomedical Journal. Advance online publication*. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2025.100868>.
- (28) Mokmin, N.A.M., Ibrahim, N.A. The evaluation of chatbot as a tool for health literacy education among undergraduate students. *Educ Inf Technol* 26, 6033–6049 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10639-021-10542-y>.
- (29) Khamaj, A. (2025). AI-enhanced chatbot for improving healthcare usability and accessibility for older adults. *Alexandria Engineering Journal*, 116, 202–213. <https://doi.org/10.1016/j.aej.2024.12.090>.
- (30) Goh, E., Gallo, R.J., Strong, E. et al. GPT-4 assistance for improvement of physician performance on patient care tasks: a randomized controlled trial. *Nat Med* 31, 1233–1238 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03456-y>.
- (31) Ong, J. C. L., Chang, S. Y.-H., Wasswa, W., Butte, A. J., Shah, N. H., Chew, L. S. T., Liu, N., Doshi-Velez, F., Lu, W., Savulescu, J., & Ting, D. S. W. (2024). Ethical and regulatory challenges of large language models in medicine. *The Lancet Digital Health*, 6(6), e428-e432. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(24\)00061-X](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(24)00061-X).
- (32) Kim, Y., Jeong, H., Chen, S., Li, S. S., Lu, M., Alhamoud, K., Mun, J., Grau, C., Jung, M., Gameiro, R., Fan, L., Park, E., Lin, T., Yoon, J., Yoon, W., Sap, M., Tsvetkov, Y., Liang, P., Xu, X., Liu, X., McDuff, D., Lee, H., Park, H. W., Tulebaev, S., & Breazeal, C. (2025). Medical hallucination in foundation models and their impact on healthcare. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2025.02.28.25323115>.
- (33) Murdoch, B. Privacy and artificial intelligence: challenges for protecting health information in a new era. *BMC Med Ethics* 22, 122 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00687-3>.
- (34) Mittermaier, M., Raza, M.M. & Kvedar, J.C. Bias in AI-based models for medical applications: challenges and mitigation strategies. *npj Digit. Med.* 6, 113 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00858-z>.
- (35) Xu, H., & Shuttleworth, K. M. J. (2024). Medical artificial intelligence and the black box problem: A view based on the ethical principle of “do no harm”. *Intelligent Medicine*, 4 (1), 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.imed.2023.08.001>.

Robotica in sanità: applicazioni, sfide e regolamentazione

Dott. Emanuele Capogna

La robotica sanitaria è una frontiera della salute digitale. Poco più di 30 anni fa, i primi esperti di robotica iniziarono a esplorare l'uso di robot per eseguire procedure chirurgiche. Nel corso dell'ultimo decennio, il campo della robotica medica ha acquisito slancio: oggi migliaia di sistemi robotici sono installati in luoghi di cura di tutto il mondo. L'Italia è il secondo mercato europeo della robotica per numero di robot installati. Nonostante un calo del 16% rispetto al 2023, l'Italia mantiene il ruolo di quinto mercato mondiale. Per quanto concerne la categoria della robotica sanitaria, durante il 2024, l'Italia ha installato 63 nuove unità, dimostrando un'apertura progressiva verso settori ad alta regolamentazione e precisione (1, 2).

Un robot è definito come un agente artificiale attivo che interagisce con il mondo fisico (3). In sanità, le applicazioni di questi agenti sono molteplici: dalla teleassistenza, alla chirurgia, alla riabilitazione, all'assistenza del paziente o del personale, al monitoraggio dei parametri vitali, alla disinfezione dell'ambiente, fino all'assistenza diagnostica e farmaceutica (4). Nel 2021, il 42% delle strutture europee già impiegava l'IA per la diagnosi, il 28% utilizzava sistemi robotici e un altro 25% prevedeva di adottarli (5). In Italia, secondo l'ultimo rapporto dell'*Health Technology Assessment* reso noto da Agenas, la chirurgia robotica occupa una quota del 9% del totale degli interventi eseguiti nel 2023 nei campi della chirurgia *open*, laparoscopica e robotica combinati. L'approccio "open" è ancora prevalente con il 46% degli interventi, mentre la laparoscopia ne rappresenta il 45%. Questo dato mostra come, pur essendo in crescita, la robotica rimanga una modalità minoritaria. Il Report evidenzia che la chirurgia robotica, rispetto alla laparoscopia e alla laparotomia, garantisce una riduzione sistematica delle perdite ematiche in chirurgia ginecologica, urologica e generale, pur mantenendo esiti clinici e oncologici generalmente sovrapponibili. Inoltre, le nuove piattaforme *single-port* mostrano vantaggi in termini di riduzione del dolore e di complicanze in alcune procedure (6).

Sul nostro territorio, l'utilizzo dei *robot* rimane però appannaggio solo di alcuni Centri di eccellenza, poiché, ad oggi, l'utilizzo della chirurgia robotica porta con sé alcuni svantaggi tra cui: costi elevati, tempi operatori lunghi e un'assenza di beneficio clinico aggiuntivo tale da giustificare l'utilizzo routinario. Per garantire un impiego efficiente e sicuro di tali tecnologie è fondamentale curare la pianificazione organizzativa e l'elevata formazione specialistica del personale, così da massimizzare i benefici clinici ed economici per il SSN. Sebbene la chirurgia robotica presenti ancora numerosi limiti e criticità, è innegabile che rappresenti una direzione di sviluppo imprescindibile, su cui è necessario continuare a investire. Con il costante avanzamento delle soluzioni tecnologiche, la robotica è destinata a modificare in modo profondo e duraturo il modo di fare chirurgia. Nel prossimo futuro, inoltre, l'IA permetterà di dotare i *robot* di una certa autonomia con la possibilità di programmare in precedenza movimenti che nel corso dell'intervento verranno eseguiti in modo automatico (8).

In Italia, la diffusione della chirurgia robotica è ancora caratterizzata da una marcata eterogeneità territoriale, con concentrazioni in pochi Centri di eccellenza e una presenza più limitata altrove. Si prevede, tuttavia, che il progressivo avanzamento tecnologico possa favorire una futura democratizzazione dell'accesso a queste tecnologie. Alcuni esempi rendono evidente tale disomogeneità: presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Siena sono stati registrati 518 interventi robotici nel 2024 su un totale di 17.473 procedure chirurgiche, pari a circa il 2,96% delle attività complessive nello stesso anno (9); all'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, invece, la chirurgia robotica mostra una crescita del 25% annuo, con oltre 1.000 interventi robotici all'anno su circa 14.000 totali (circa il 7-8%) (10); al contrario, in Sicilia nel 2023 si sono contati solo 45 interventi robotici su più di 24.000 interventi complessivi, pari a circa lo 0,2% (11).

L'utilizzo della robotica in sanità è oggi incardinato su un doppio binario normativo. Da un lato, le regole tecnico-cliniche assicurano che il *robot*, in quanto dispositivo medico, sia sicuro ed efficace (MDR n. 745/2017, marcatura CE, controlli *post-market*, decreti attuativi nazionali), con l'obiettivo di tutelare la salute pubblica senza ostacolare l'innovazione tecnologica; dall'altro lato, il quadro etico-giuridico in evoluzione definisce le responsabilità e i limiti nell'utilizzo di tali tecnologie (12). Le nuove normative europee (*AI Act*) consolidano questi principi in obblighi legali, affiancandosi alle Linee Guida etiche e alle disposizioni sulla responsabilità professionale e di prodotto già esistenti. La Commissione Europea sta elaborando norme sulla responsabilità per i danni e sullo *status* giuridico delle macchine anche attraverso programmi come *TEF-Health*, finanziato con 60 milioni di €, che testerà circa 500 progetti di IA e robotica in sanità. (13, 14).

La robotica in sanità rappresenta oggi una delle frontiere più promettenti della trasformazione digitale in medicina. Nonostante permangano sfide legate ai costi, alla formazione del personale e alla disomogeneità territoriale, le prospettive di sviluppo appaiono concrete e in rapida evoluzione. Il quadro normativo europeo e nazionale, sempre più orientato alla sicurezza, all'efficacia e alla supervisione umana, offre una base solida per

un'integrazione responsabile di queste tecnologie nei percorsi di cura. In prospettiva, l'interazione tra robotica, IA e sistemi sanitari potrà contribuire a una medicina più precisa, personalizzata e sostenibile, a condizione che l'innovazione sia accompagnata da un adeguato investimento in competenze, etica e *governance*.

Riferimenti bibliografici

- (1) International Federation of Robotics. Disponibile sul sito: www.ifr.org.
- (2) Dupont PE, Nelson BJ, Goldfarb M, et al. A decade retrospective of medical robotics research from 2010 to 2020. *Sci Robot.* 2021;6 (60): eabi8017.
- (3) Russel S., Norvig P., *Artificial Intelligence: a modern approach*, EUA: Prentice Hall, 2003.
- (4) Digital Communication. Disponibile sul sito: www.digcom.it.
- (5) F. Uccelli et al., "AI and robotics in healthcare: Europe's path," *Frontiers in Medicine* (2024).
- (6) Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), Report HTA: sistemi di chirurgia robotica.
- (7) Quotidiano Sanità. Disponibile sul sito: www.quotidianosanità.it.
- (8) Innovation in Life Science. Disponibile sul sito: www.innlifes.com.
- (9) Azienda Ospedaliera - Universitaria Senese. Disponibile sul sito: www.ao-siena.toscana.it.
- (10) Istituto Europeo di Oncologia. Disponibile sul sito: www.ieo.it.
- (11) Quotidiano ilSicilia. Disponibile sul sito: www.ilsicilia.it.
- (12) EUR-Lex. Disponibile sul sito: www.eur-lex.europa.eu.
- (13) De Micco F, Grassi S, Tomassini L, Di Palma G, Ricchezze G, Scendoni R. Robotics and AI into healthcare from the perspective of European regulation: who is responsible for medical malpractice? *Front Med (Lausanne)*. 2024; 11: 1428504. Published 2024 Sep 6.
- (14) Technical and Scientific Support for Health AI Providers and Notified Bodies. Disponibile sul sito: www.tefhealth.eu.

Large Language Model: una frontiera avanzata dell’Intelligenza Artificiale

Dott. Fabio Panariello

I modelli linguistici di grandi dimensioni (*Large Language Models*-LLM) rappresentano una frontiera avanzata dell’Intelligenza Artificiale (IA), basati su architetture *transformer* e pre-addestrati su *dataset* testuali di vastità senza precedenti. A differenza dei modelli di IA tradizionali, la loro capacità di apprendere pattern linguistici complessi e di modellare relazioni probabilistiche tra le parole consente loro di eccellere in compiti sofisticati di comprensione, generazione e trasformazione del linguaggio umano (1). La loro architettura interna ne determina lo scopo e le applicazioni: in particolare, si distinguono modelli solo-*Encoder* (ad esempio BERT, DeBERTa), focalizzati sulla comprensione del testo; modelli solo-*Decoder* (ad esempio GPT, PaLM), ottimizzati per la generazione linguistica; modelli *Encoder-Decoder* (*Sequence-to-Sequence*) (ad esempio T5, ChatGLM), capaci di integrare entrambe le funzioni per compiti di traduzione o sintesi.

In ambito sanitario, gli LLM mostrano un potenziale crescente nel supporto alla diagnosi, alla documentazione clinica e alla formazione. Strumenti come ChatGPT, MedPaLM-2 e MedPrompt hanno dimostrato efficacia nell’elaborazione di informazioni cliniche complesse e nella produzione automatizzata di testi, con prestazioni paragonabili a quelle di esperti umani (2-4). Tuttavia, la loro integrazione richiede un’attenta valutazione dei rischi legati a bias, sicurezza e tutela della *privacy*, promuovendo modelli *privacy by design*, conformi a GDPR e HIPAA, e un approccio interdisciplinare che bilanci innovazione tecnologica ed etica della cura.

Tabella 1 - Differenze tra le differenti architetture interne di Large Language Models

Caratteristica	Modelli solo-Encoder	Modelli solo-Decoder	Modelli Encoder-Decoder (Sequence-to-Sequence)
Scopo principale	Comprensione del testo (<i>analysis</i>). Ottimizzati per interpretare il significato e il contesto di testi esistenti	Generazione di testo (<i>creation</i>). Ottimizzati per produrre testo nuovo, coerente e fluente	Trasformazione del testo (<i>understanding+generation</i>). Progettati per leggere un testo di <i>input</i> e generare un <i>output</i> correlato e coerente
Meccanismo d'azione	Analizzano simultaneamente l'intero testo di <i>input</i> , catturando il contesto di ogni parola in relazione alle altre (contesto bidirezionale)	Generano il testo una parola (<i>token</i>) alla volta, basandosi solo sulle parole precedenti (contesto unidirezionale o causale)	L' <i>encoder</i> "legge" e comprime il significato dell' <i>input</i> , mentre il <i>decoder</i> utilizza questa rappresentazione per generare un nuovo <i>output</i>
Punti do forza	Eccellente comprensione semantica contestuale. Elevata accuratezza nei compiti di analisi e classificazione	Grande fluidità e coerenza nella generazione di testi estesi. Capacità di sostenere dialoghi e completare frasi in modo naturale	Versatilità nei compiti di trasformazione linguistica, come sintesi, traduzione o parafrasi
Limiti	Non progettati per generare testi lunghi o creativi. Limitati ai compiti di analisi e interpretazione	Comprensione contestuale meno profonda in attività puramente analitiche	Maggiore complessità architetturale e costi computazionali elevati in fase di addestramento e utilizzo
Applicazioni tipiche in sanità	Classificazione automatica di documenti clinici (esempio referti positivi/negativi). Analisi del <i>sentiment</i> nei <i>feedback</i> dei pazienti. Estrazione di entità cliniche, come farmaci, dosaggi e patologie delle cartelle cliniche	Generazione di bozze per lettere di dimissioni e referti. Creazione di <i>chatbot</i> per l'interazione con i pazienti e il <i>triage</i> iniziale. Risposte a domande cliniche o formative	Sintesi automatica di articoli scientifici o cartelle cliche complesse. Traduzione e localizzazione di documentazione medica. Correzione, standardizzazione e riassunto di note cliniche
Esempi di modelli	BERT, RoBERTa, DeBERTa	GPT (GPT-3, GPT-4), PaLM, LLaMA	T5, BART, ChatGLM

Riferimenti bibliografici

(1) Yin S, Fu C, Zhao S, Li K, Sun X, Xu T, Chen E. A survey on multimodal large language models. Natl Sci Rev. 2024 Nov 12; 11 (12): nwae403. doi: 10.1093/nsr/nwae403. PMID: 39679213; PMCID: PMC11645129).

(2) Singhal K, Azizi S, Tu T, et al. Large language models encode clinical knowledge. Nature. 2023 Aug;620(7972):172-180. doi: 10.1038/s41586-023-06291-2. Epub 2023 Jul 12. Erratum in: Nature. 2023 Aug; 620 (7973): E19. doi: 10.1038/s41586-023-06455-0. PMID: 37438534; PMCID: PMC10396962.

(3) Wang, D., Zhang, S. Large language models in medical and healthcare fields: applications, advances, and challenges. Artif Intell Rev 57, 299 (2024). Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1007/s10462-024-10921-0>.

(4) Shool, S., Adimi, S., Saboori Amleshi, R. et al. A systematic review of large language model (LLM) evaluations in cli-

La simulazione in sanità in Italia

Dott. Emanuele Capogna

La simulazione è una tecnica educativa che sostituisce o amplifica esperienze reali con esperienze guidate che evocano o replicano gli aspetti sostanziali del mondo reale in un modo completamente interattivo.

In sanità, l'applicazione di un'attività di simulazione è utilizzata per la formazione, la valutazione, la ricerca o l'integrazione dei sistemi per la sicurezza del paziente.

In Italia, negli ultimi due decenni, la simulazione si è affermata come una metodologia formativa fondamentale per migliorare la sicurezza dei pazienti e le competenze tecniche e non tecniche dei professionisti sanitari. Inoltre, diverse società scientifiche operano a livello nazionale e internazionale in questo campo. Nel nostro Paese, l'ostacolo principale alla diffusione capillare di questa disciplina è, ad oggi, la mancata applicazione di uno standard normativo educativo uniforme, riconosciuto e applicato.

Evoluzione e stato dell'arte

Attualmente, in Italia si contano 44 Centri e laboratori di simulazione sanitaria censiti dalla Società Italiana di Simulazione in Medicina, con una distribuzione prevalente nel Nord (21 Centri), seguita dal Centro (16 Centri) e una presenza più limitata nel Sud e nelle Isole (7 Centri). Queste strutture, molto eterogenee per dimensioni, finalità e assetto organizzativo, vanno da piccoli Centri privati mono-disciplinari a laboratori integrati in specifiche aree cliniche, fino a veri e propri Centri pubblici e privati collocati all'interno o all'esterno di contesti ospedalieri che operano come poli-multifunzionali. Tali Centri sono destinati non solo alla formazione interna del personale sanitario, ma anche all'erogazione di corsi esterni, alla ricerca applicata, alla progettazione e alla valutazione di percorsi assistenziali, procedure cliniche e processi organizzativi.

Molti di essi integrano spazi dotati di simulatori avanzati, ambienti realistici e tecnologie immersive come realtà virtuale, aumentata e mista, utili alla formazione e alla valutazione delle competenze tecniche e non tecniche. In Italia, i Centri di simulazione sanitaria coinvolgono diverse figure professionali: direttore scientifico, facilitatori (formatori esperti), tecnici di simulazione, istruttori clinici e personale amministrativo. Tuttavia, nessuna di queste figure è attualmente riconosciuta da norme ministeriali e mancano standard formativi vincolanti a livello nazionale.

Quadro normativo e indirizzi strategici

Un riconoscimento formale è arrivato con il Decreto del Ministero della Salute del 7 aprile 2022, che ha istituito un Tavolo tecnico nazionale sulla simulazione, culminato nella pubblicazione delle Linee di indirizzo per lo sviluppo della simulazione in sanità (novembre 2022).

Le linee promuovono standard di qualità, formazione certificata dei formatori e integrazione della simulazione nei percorsi di Educazione Continua in Medicina e nei programmi di sicurezza del paziente. Società scientifiche, come SIMMED, hanno contribuito a diffondere buone pratiche e criteri di accreditamento, favorendo la costruzione di una rete nazionale di riferimento.

La simulazione è oggi inserita nelle politiche di innovazione e digitalizzazione del SSN, sostenute dal PNRR Missione 6 Salute e dal Programma Nazionale per la Ricerca Sanitaria 2023-2025, che riconoscono il valore strategico della formazione esperienziale e dell'uso di tecnologie avanzate.

Sfide e prospettive future

Persistono disuguaglianze territoriali, limiti di sostenibilità economica e carenza di formatori certificati, mentre l'integrazione stabile nei curricula universitari e specialistici è ancora parziale.

Tra le priorità emergono: sviluppo di una governance nazionale e regionale coordinata, accreditamento di Centri e programmi secondo standard di qualità condivisi, creazione di percorsi di carriera per formatori e tecnici, integrazione dei dati di simulazione nei sistemi di monitoraggio della qualità e sicurezza delle cure.

La simulazione rappresenta oggi una leva trasversale per l'innovazione del sistema sanitario, unendo formazione, sicurezza e ricerca applicata, e delineando un modello di apprendimento continuo orientato alla qualità e all'equità dell'assistenza.

Riferimenti bibliografici

- (1) Gaba DM. The future vision of simulation in health care. Qual Saf Health Care. 2004;13 Suppl 1 (Suppl 1): i2-i10.
- (2) Il Dizionario della Simulazione in SanitàTM Disponibile sul sito: www.ssih.org.
- (3) Ingrassia PL, Barelli A, Benedetti E, et al. A National Position Paper for the Strategic Development of HealthCare Simulation in Italy. J Patient Saf. Published online July 14, 2025.

- (4) Censimento Centri di Simulazione - Collegio dei Centri di Simulazione, SIMMED; Disponibile sul sito: www.simmed.it.
- (5) Credere nell'accREDITamento: quali facilitatori in simulazione validati e credibili? Disponibile sul sito: www.simzine.it.
- (6) Linee di indirizzo sullo sviluppo della simulazione in sanità in Italia Disponibile sul sito: www.salute.gov.it.
- (7) Missione 6 Salute Disponibile sul sito: www.agenas.gov.it.
- (8) Programma Nazionale per la Ricerca Sanitaria 2023-2025 Disponibile sul sito: www.statoregioni.it.

Popolazione anziana: dinamiche e prospettive

Nel nostro Paese, da lungo tempo, sperimentiamo un significativo aumento del numero di anziani, dovuto all'allungamento della durata della vita, grazie al costante miglioramento delle condizioni di vita e della capacità di cura del sistema sanitario.

L'aumento del numero degli anziani è un processo comune a tutte le società avanzate che ha, e avrà, forti implicazioni dal punto di vista sociale ed economico. Dal punto di vista sociale, si sta assistendo a un cambiamento della struttura familiare, caratterizzata da componenti con età media più avanzata rispetto al passato, da nonni ultra 80enni e da pochi figli. Questa struttura familiare implica una modifica delle relazioni e delle reti di aiuti: in passato i nonni contribuivano alla gestione dei nipoti, oggi sono figli e nipoti a dover prendersi cura dei genitori e nonni anziani. Inoltre, l'aumento dell'occupazione femminile ha contribuito a indebolire la tradizionale funzione di *caregiver* svolta dalle madri. Questa dinamica, sia di natura demografica sia sociale, pone un problema di sostenibilità della funzione di rete informale che ha caratterizzato il nostro Paese, in particolare quella di supporto alle persone più anziane. Infatti, in passato, era la famiglia a prendersi cura direttamente degli anziani e/o ad acquistare dal mercato servizi per la loro assistenza sociale e sanitaria.

Dal punto di vista economico, l'invecchiamento della struttura demografica è andato di pari passo con quello del mercato del lavoro, acuito dalle riforme che hanno innalzato l'età alla quale è consentito andare in pensione, introdotte per contrastare l'aumento del numero di pensionati e la contestuale diminuzione dei contribuenti al sistema previdenziale. La dinamica demografica ha inciso sempre più sulla spesa pubblica, sia sulla funzione legata alla previdenza, per i motivi appena citati, sia per quella legata all'assistenza (sociale e sanitaria), quest'ultima alimentata da una domanda crescente da parte della popolazione anziana. La conseguenza di questo andamento si riscontra nei dati sulla spesa previdenziale sostenuta per gli anziani che è passata da 116 miliardi di € nel 1995 a 294 miliardi di € nel 2024; la spesa per assistenza agli anziani è passata da 3 miliardi di € erogati nel 1995 a 9 miliardi di € nel 2023, con un aumento della quota di offerta erogata sotto forma di trasferimenti economici, dal 73,7% nel 1995, al 77,2% nel 2023. A quest'ultimo riguardo, è importante sottolineare che il sistema di *welfare* italiano ha sempre privilegiato l'erogazione di trasferimenti economici piuttosto che servizi come strumento di sostegno agli anziani, lasciando alle famiglie il carico di acquistare gli interventi e i servizi sul mercato.

Nel presente lavoro verrà documentata la dinamica demografica, il suo impatto sulle strutture familiari e gli scenari futuri. Inoltre, ci si soffermerà sui fattori di rischio e sulle condizioni economiche delle famiglie. Infine, il lavoro documenterà l'offerta del sistema di *welfare* destinata agli anziani.

Dinamica demografica

La popolazione italiana da molti anni sta sperimentando un costante processo di invecchiamento dovuto sia all'aumento della longevità, sia alla persistente diminuzione della fecondità. L'aumento della longevità è il risultato positivo del miglioramento della capacità di cura del nostro SSN, dell'estensione dell'accessibilità all'assistenza sanitaria a tutta la popolazione e del miglioramento delle condizioni sociali ed economiche del Paese. La riduzione della fecondità è l'aspetto negativo di questo processo, anche questo in atto da numerosi anni, che sta producendo una costante riduzione della popolazione italiana.

Soffermandoci sugli ultimi anni, la speranza di vita è salita da 80,0 anni nel 2002 (77,2 anni per gli uomini e 83 per le donne) a 83,4 anni nel 2024 (81,4 anni per gli uomini, 85,5 per le donne)¹. Dal punto di vista della struttura demografica, la popolazione residente sotto i 14 anni è passata dal 14,2% del 2002 all'11,9% del 2025; la fascia di età 15-64 anni nel 2002 ammontava al 67,1% della popolazione, nel 2025 tale quota è scesa al 63,4%; nella fascia più anziana, quella di età >65 anni, nel 2002 era pari al 18,7% della popolazione, quota che nel 2025 è salita al 24,7%.

Il tasso di natalità nel 2002 era pari a 9,4 per 1.000 abitanti, nel 2024 è sceso a 6,3 per 1.000. Nello stesso periodo il numero medio di figli per donna era 1,3 ed è passato a 1,2. Per effetto di questo processo, la differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità, che indica la crescita naturale, è passata da -0,3 per 1.000 abitanti nel 2002 a -4,8 per 1.000 nel 2024.

La dinamica demografica descritta sta avendo un significativo effetto sull'indice di dipendenza anziani, cioè sul rapporto tra popolazione di età 65 anni ed oltre e popolazione in età attiva (15-64 anni). Infatti, nel 2002 tale indice si attestava al 27,9%, nel 2025 al 39,0%.

¹Istat. Tavole di mortalità della popolazione residente. Anni 2002 e 2024. Disponibile sul sito: <https://demo.istat.it>.

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno ancora più rilevante nelle Aree interne², cioè aree significativamente distanti dai centri di offerta di servizi essenziali (di istruzione, salute e mobilità), le quali non assicurano un'adeguata offerta di assistenza, rendendo difficile la vita per un anziano che vi risiede. Nel 2020, l'indice di vecchiaia dell'Italia³ è pari a 182,6 ed è significativamente più elevato nelle Aree interne rispetto ai Centri (196,1 vs 178,8). Nelle classi dei Comuni Periferici e Ultra-periferici l'indice di vecchiaia è più del doppio di quello al di sotto dei 14 anni di età (206,8 e 223,4, rispettivamente), mentre il valore più contenuto si osserva nei Comuni di Cintura (166,5)⁴.

Gli *over 65* anni rappresentano circa un quarto della popolazione nazionale: il 23,3% nei Centri e il 24,4% nelle Aree interne, con una punta del 25,7% nei Comuni Ultra-periferici. Fra i Centri sono i Comuni Polo ad avere la maggiore incidenza di popolazione anziana (24,3%), probabilmente anche per la maggiore presenza di servizi di assistenza e residenze per anziani proprio nei centri urbani rispetto alle aree più periferiche. Del tutto analoghe le evidenze se si guarda all'incidenza del sottoinsieme degli *over 80* anni; infatti, nei Centri la quota si attesta all'8,2%, mentre nei Comuni ultra-periferici raggiunge l'8,8%.

Il processo demografico ha un effetto rilevante anche sulle strutture familiari. Nel 2021 in Italia le famiglie con almeno un componente di 65 anni ed oltre ammontano a oltre 10 milioni e rappresentano il 39,2% del totale delle famiglie⁵. Il 40% degli anziani vive solo, il 30% vive senza figli, le coppie con figli ancora conviventi sono il 12,0% e il 10,0% sono genitori soli⁶.

La dinamica temporale evidenzia un cospicuo aumento delle famiglie con almeno un anziano: rispetto al 2011 sono aumentate complessivamente di oltre 1 milione e 200 mila con una variazione del 13,3%. Nel decennio considerato, il contributo maggiore all'aumento delle famiglie con almeno un anziano proviene dall'incremento assoluto di quelle unipersonali (+598.161), seguite dalle famiglie di un solo nucleo di mono-genitori (+340.795). La maggior parte delle famiglie con almeno un 65enne risiede nei Comuni classificati come Centri; infatti, nel 2021 vive stabilmente in questi Comuni il 76,2% delle famiglie totali. La struttura di queste famiglie è abbastanza simile tra Aree Interne e Centri: in entrambe circa il 40% sono formate da anziani soli, il 29% da coppie senza figli e circa il 12% da coppie con figli.

Proiezioni

La struttura demografica, nel 2025, evidenzia che la popolazione di età compresa tra i 65-74 anni ammonta a poco meno di 7 milioni (3,3 milioni di uomini e 3,7 milioni di donne) pari all'11,9% del totale; si stima che nel 2035 saranno poco più di 8,6 milioni, pari al 15,1% del totale della popolazione. Nel 2050 l'ammontare di anziani in questa classe di età si attesterà a circa 7,3 milioni, pari al 13,4% della popolazione. Nel corso degli anni la quota dei più anziani continuerà a crescere sia in termini assoluti sia in rapporto alla popolazione. Nel 2025, nella classe di età 75-84 anni, gli anziani ammontano a poco più di 5,2 milioni (2,3 milioni uomini e 2,9 milioni donne) pari all'8,7%. Nel 2035 questa fascia di popolazione ammonterà a poco più di 5,7 milioni (10% del totale popolazione) e nel 2050 raggiungerà i 7,5 milioni (13,9% del totale popolazione). Gli ultra 85enni nel 2025 sono oltre 2,4 milioni (4,1% del totale popolazione), nel 2035 saranno circa 3,4 milioni (5,9% del totale popolazione), mentre nel 2050 saliranno a quasi 4,1 milioni (7,5% del totale popolazione) (Tabella 1).

²La geografia delle aree interne nel 2020 - vasti territori tra potenzialità e debolezze - Istat.

³Indice di Vecchiaia: rapporto tra la popolazione di età 65 anni ed oltre e la popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

⁴Istat - Statistiche focus - La geografia delle aree interne nel 2020: vasti territori tra potenzialità e debolezze. 20 luglio 2022.

⁵Istat - Rapporto annuale 2025 - Capitolo 3 Una società per tutte le età.

⁶Famiglie con un solo nucleo e senza altre persone residenti.

Tabella 1 - Popolazione anziana (valori assoluti e valori per 100) per classe di età - Anno 2025 e proiezioni anni 2035, 2050

Classi di età	Maschi	2025 Femmine	Totale
65-74	3.311.485	3.685.231	6.996.716
75-84	2.277.599	2.876.531	5.154.130
85+	859.272	1.563.055	2.422.327
65-74	11,5	12,3	11,9
75-84	7,9	9,6	8,7
85+	3,0	5,2	4,1
2035			
65-74	4.112.122	4.525.001	8.637.122
75-84	2.543.143	3.178.255	5.721.399
85+	1.104.273	1.827.221	3.388.880
65-74	14,6	15,6	15,1
75-84	9,0	10,9	10,0
85+	3,9	6,3	5,9
2050			
65-74	3.523.617	3.756.531	7.280.147
75-84	3.450.862	4.074.611	7.525.475
85+	1.597.500	2.484.191	4.081.694
65-74	13,1	13,8	13,4
75-84	12,8	14,9	13,9
85+	5,9	9,1	7,5

Fonte dei dati: Istat - Elaborazioni su Datase. Previsioni della popolazione - Anni 2021-2070. Anno 2025.

Le previsioni sulla composizione futura delle famiglie completa il quadro allarmante appena prospettato. Nel 2025 ci sono 4,5 milioni di uomini e 5,3 milioni di donne che vivono soli. Nel 2050 ci si aspetta che siano 4,8 milioni gli uomini e 6,2 milioni le donne destinate a vivere sole. Altra condizione di fragilità è rappresentata dalle famiglie senza figli. Nel 2025 sono 5,4 milioni le famiglie che vivono in coppia senza figli, mentre nel 2050 saranno 5,7 milioni le coppie senza figli. Questo quadro evidenzia come in futuro la rete di aiuto familiare sia destinata a indebolirsi, con gravi conseguenze sulla capacità delle famiglie di prendersi cura degli anziani.

Fattori di rischio e fragilità

Un aspetto positivo che potrebbe favorire migliori condizioni di vita degli anziani è costituito dall'aumento del livello di istruzione, grazie al progressivo innalzamento dell'obbligo scolastico e a una crescita sociale ed economica che ha alimentato questo processo virtuoso. Infatti, nel 1951, oltre otto anziani su dieci erano privi di titolo di studio; nel 2021, tale percentuale si riduce drasticamente al 5,9%, con significative differenze di genere, il 3,5% degli uomini senza titolo di studio vs il 7,8% delle donne. Anche la quota di persone anziane con i titoli di studio più alti è aumentata in maniera sensibile, era l'1,1% nel 1951 e nel 2021 l'8,8%. Tra gli uomini, la quota dei più istruiti è passata dal 2,2% al 10,6%; tra le donne, dallo 0,1% al 7,4%.

L'aumento del livello di istruzione aumenta sicuramente la capacità di resilienza, come è noto. Infatti, le persone con titolo di studio più elevato adottano stili di vita più salutari con effetti positivi sulle condizioni di salute. Gli stili di vita, nel corso degli anni, sono andati migliorando per alcuni aspetti, mentre per altri sono ancora critici o addirittura peggiorati. L'abitudine al fumo è un fattore di rischio importante. Tra le persone di età compresa tra 65-74 anni si riscontra una percentuale di fumatori pari al 15,6%, dei quali il 3,6% fuma oltre 20 sigarette al giorno, mentre tra gli ultra 75enni la quota scende al 5,5%, il 4,0% dei quali fuma più di 20 sigarette al giorno. Per avere un riferimento, nel resto della popolazione di età >14 anni, i fumatori sono il 19,3%, dei quali il 3,6% fuma oltre 20 sigarette al giorno.

Il consumo di alcol fuori pasto si riscontra nel 22,0% degli anziani di età compresa tra 65-74 anni, tra gli ultra 75enni la quota si attesta al 15,1%, mentre nel resto della popolazione di età >11 anni la percentuale è del 32,4%.

L'obesità è una condizione molto frequente tra gli anziani. Infatti, sono il 15,9% nella classe di età 65-

⁷Istat - Rapporto Annuale 2025. Capitolo 3 Una società per tutte le età.

74 anni e il 13,8% tra chi ha più di 75 anni, mentre nel resto della popolazione di età >18 anni la quota è pari all'11,8%. Meno frequente tra gli anziani è la quota dei sottopeso, con il 2,1% tra quelli di età compresa tra i 65-74 anni, il 2,9% tra gli ultra 75enni, mentre nel resto della popolazione maggiorenne si attesta al 3,5% (Tabella 2).

Tabella 2 - Indicatori (valori per 100) per fattori di rischio per classi di età - Anno 2023

Classi di età	Persone di età 14+ fumatori	Persone di età 14+ fumatori di oltre 20 sigarette	Persone di età 11+ che consumano alcolici fuori pasto	Persone di età 18+ sottopeso	Persone di età 18+ obese
65-74 anni	15,6	3,6	22,0	2,1	15,9
75+	5,5	4,0	15,1	2,9	13,8

Fonte dei dati: Istat. Indagine sugli Aspetti della vita quotidiana. Anno 2025.

La condizione economica disagiata è un altro elemento di potenziale fragilità. Una persona di oltre 65 anni di età che vive sola percepisce un reddito medio annuo di poco superiore ai 20.000€, se vive in coppia senza figli il reddito sale a poco meno di 40.000€. Nelle regioni del Meridione il reddito degli anziani soli scende a 18.000€, quello che vive in coppia senza figli a 33.000€ (Tabella 3).

Tabella 3 - Reddito medio (valori in €) annuale per tipologia familiare per macroarea - Anno 2023

Macroaree	Persona sola di età 65+	Coppia senza figli e persona di riferimento di età 65+
Nord-Ovest	21.976	43.324
Nord-Est	19.652	39.217
Centro	21.000	42.635
Sud	18.058	33.014
Isole	18.625	35.043
Italia	20.191	39.530

Fonte dei dati: Istat. IstatData. Categorie Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze Reddito familiare Reddito netto. Anno 2025.

Il disagio economico affligge una quota significativa di anziani che vivono in famiglia, in particolare si trova in una condizione di povertà assoluta il 6,2% e in povertà relativa il 9,3% degli individui anziani; le donne sono più svantaggiate poiché si trovano in queste due condizioni il 6,6% e il 9,3%, rispettivamente (Tabella 4).

Tabella 4 - Incidenza (valori per 100) della povertà assoluta e relativa nella popolazione di età 65 anni ed oltre per genere - Anno 2023

Genere	Incidenza di povertà assoluta individuale (% di persone che vivono in famiglie in povertà assoluta sui residenti)	Incidenza di povertà relativa individuale (% di persone che vivono in famiglie in povertà relativa sui residenti)
Maschi	5,7	9,4
Femmine	6,6	9,3
Totale	6,2	9,3

Fonte dei dati: Istat. IstatData Categorie Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze Povertà. Anno 2025.

La condizione di fragilità degli anziani cresce con l'aumentare dell'età, come dimostra il fatto che tra la popolazione ultra 75enne oltre 2,7 milioni di individui presentano gravi difficoltà motorie, comorbidità, compromissioni dell'autonomia nelle attività quotidiane di cura della persona e nelle attività strumentali della vita quotidiana⁸. Tra questi, 1,2 milioni non possono contare su un aiuto adeguato alle proprie necessità, di cui circa 1 milione vive solo oppure con altri familiari tutti *over* 65enni senza supporto o con un livello di aiuto insufficiente. La fotografia della popolazione degli *over* 75 anni mette in luce che 1 milione e 400 mila non hanno problemi di salute o di autonomia, 1 milione e 300 mila ha qualche multimorbidità, ma non problemi motori né di autonomia, 1 milione e 400 mila presenta una diffusa comorbidità, ma senza gravi problemi motori o di autonomia e, infine,

⁸Istat - Ministero della salute - Rapporto della Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana.

quasi 2 milioni e 800 mila ha problemi motori, multimorbilità e compromissione dell'autonomia a livelli medio alti.

Quest'ultimo collettivo di anziani rappresenta la fascia più fragile che esprime una forte domanda sanitaria. Infatti, l'80% soffre di almeno 3 patologie croniche, ancora un 80% ha gravi limitazioni motorie e almeno un terzo presenta severe compromissioni delle attività di cura personale e/o strumentali della vita quotidiana.

In generale, tra gli *over 75*enni, circa 1,3 milioni di *over 75* anni non ricevono un aiuto adeguato in relazione ai bisogni della vita quotidiana e alle necessità di tutti i giorni. Il bisogno di aiuto insoddisfatto si acuisce tra coloro che vivono soli, si tratta di 640 mila individui, e tra i 373 mila che vivono con altri conviventi anziani.

Il disagio economico è un ulteriore elemento di fragilità, colpisce quasi 100.000 *over 75* anni soli che al massimo percepiscono 650€ mensili: tra questi il 72% ha severe difficoltà motorie, comorbidità e una severa compromissione dell'autonomia.

Tra gli *over 75* anni, che vivono soli senza aiuto o con aiuto insufficiente, la quota di coloro che presentano difficoltà motorie e grave compromissione dell'autonomia raggiunge il 64%.

Alla luce di quanto riferito, è possibile quantificare in oltre 400 mila gli individui ultra 75enni ad altissimo rischio di istituzionalizzazione, dovuto alla condizione di solitudine e di mancanza di aiuto, gravi problemi di salute e di autonomia, e circa 100.000 anziani che sperimentano una condizione di disagio economico o di povertà.

Cronicità attuale e futura

Nel 2023 la popolazione con almeno due patologie croniche nella classe di età 65-74 anni era pari a 3,3 milioni, nella classe di età 75 anni ed oltre saliva a 4,6 milioni⁹. Le patologie più frequenti erano l'ipertensione, circa 3 milioni nella classe di età 65-74 anni, poco meno di 4 milioni nella fascia più anziana; artrosi, artrite e osteoporosi le altre patologie più frequenti. Dal 2009 al 2023 il tasso di multi-cronicità¹⁰ si è andato riducendo dal 50,3% al 47,0% nella classe di età 65-74 anni e dal 68,2% al 64,3% nella classe di età 75 anni ed oltre. Anche il tasso riscontrato per le singole patologie croniche è andato diminuendo, con l'eccezione del diabete, ipertensione e disturbi nervosi, questi ultimi per la classe di età più anziana.

L'ammontare futuro delle persone colpite da malattie croniche dipenderà sia dalla dinamica dei tassi di cronicità specifici osservate dal 2009 al 2023, sia dalla dinamica demografica prevista per il futuro¹¹. Sulla base della dinamica dei tassi specifici per età osservata dal 2009 al 2023 e delle previsioni demografiche, è possibile stimare che la prevalenza di persone con almeno due patologie croniche nel 2035 cresce in entrambe le fasce di età anziane considerate: si attesterà a 3,8 milioni nella classe più giovane e a 5,6 milioni in quella più anziana. Nel 2050 la dinamica demografica vedrà una diminuzione nella classe di età 65-74 anni: ciò comporterà una riduzione delle persone in stato di multi-cronicità che interesserà circa 3 milioni individui. Al contrario, la popolazione ultra 75enne aumenterà rispetto al 2035 e le persone con almeno due patologie croniche saliranno a 6,6 milioni. La quota di anziani con diabete salirà per la classe di età 65-74 anni da 1 milione nel 2023 a 1,4 milioni nel 2050, nella classe di età 75 anni ed oltre da 1,4 milioni a 2,7 milioni, rispettivamente. L'ipertensione, nel 2023, interessava 3 milioni di anziani nella classe di età 65-74 anni e 4 milioni in quella degli ultra 75enni, mentre nel 2050 colpirà, rispettivamente, 3,3 milioni e 7,4 milioni. I disturbi nervosi saranno più frequenti per le persone più anziane: ne soffriranno 1 milione di persone nel 2023, mentre nel 2050 ne soffriranno 2,4 milioni. In generale, tra le persone di età 75 anni ed oltre aumenteranno quelli che soffrono di una delle patologie considerate, ad eccezione delle bronchiti, dell'artrosi e artriti che risulteranno in diminuzione (Tabella 5).

⁹Istat - Aspetti della vita quotidiana 2025.

¹⁰Popolazione che vive in famiglia con almeno due patologie croniche sul totale della popolazione.

¹¹Istat - IstatData Categorie Popolazione e Famiglie Previsioni demografiche.

Tabella 5 - Malattie croniche (valori assoluti in migliaia) per singola patologia e classi di età anziane - Anno 2023 e previsioni anni 2035, 2050

Classi di età	Persone con almeno due malattie croniche	Malati cronici affetti da diabete	Malati cronici affetti da ipertensione	Malati cronici affetti da bronchite cronica	2023	Malati cronici affetti da artrosi, artrite	Malati cronici affetti da osteoporosi	Malati cronici affetti da malattie del cuore	Malati cronici affetti da malattie allergiche	Malati cronici affetti da disturbi nervosi
					Malati cronici affetti da artrosi, artrite					
65-74	3.254	1.072	2.995	694	2.307	1.204	650	746	519	
75+	4.572	1.422	3.961	1.059	3.447	2.180	1.053	702	1.049	
2035										
65-74	3.838	1.469	3.901	584	1.952	1.413	743	1.108	556	
75+	5.559	1.988	5.444	824	3.429	2.671	1.375	932	1.586	
2050										
65-74	3.001	1.378	3.345	286	720	1.034	582	1.118	432	
75+	6.572	2.692	7.417	259	2.706	3.109	1.653	1.349	2.440	

Fonte dei dati: Elaborazioni Osservasalute su dati Istat - Aspetti della vita quotidiana e Previsioni demografiche. Anno 2025.

Reti di aiuto informale e Welfare

Una condizione di particolare fragilità per gli anziani è quella di vivere soli. In Italia, nel 2024, vivono in questa condizione 1,3 milioni uomini ultra 65enni e 3,1 milioni donne. Nel Nord-Ovest si riscontra il numero più elevato di anziani soli, 404 mila gli uomini, 909 mila le donne, la stessa circostanza si registra nei Comuni tra i 10.000-50.000 abitanti, 312 mila gli uomini e 746 mila le donne.

La solitudine è un fattore particolarmente grave, sia perché influisce negativamente sulla condizione psichica dell'anziano, sia perché rende più complicata l'organizzazione dell'assistenza. Tuttavia, la cultura e la tradizione che caratterizza il nostro Paese assicura agli anziani un supporto familiare e reti di relazioni che favoriscono l'assistenza e la loro socialità.

Nel 2023, il 94,2% degli anziani ha almeno una persona, parente, amico o vicino, su cui contare, ma i legami familiari sono il principale punto di riferimento, come dimostra il fatto che l'88,7% può contare su parenti non conviventi. Nei Comuni capoluogo si riscontrano quote più basse, mentre più alte risultano nei Centri minori, dove le relazioni familiari sono più stabili e accessibili.

Molto importanti per gli anziani sono le relazioni di vicinato, le quali rappresentano un secondo pilastro di supporto, soprattutto per chi vive solo. Il 68% degli anziani vive vicino a persone su cui contare: nei grandi Comuni la quota è più contenuta, pari al 63,9%, mentre nei piccoli Centri raggiunge valori più alti, fino al 72,9%.

Un'altra componente importate della rete sociale è costituita dalle relazioni amicali. Nel 2023, il 63,8% delle persone di età 65 anni ed oltre può contare sugli amici, tale quota scende al 60,8% nei Comuni di grande dimensione. Le differenze territoriali sono marcate: nei Comuni capoluogo, la percentuale di anziani che può contare su una rete amicale varia dal 71,5% al 54,0%, mentre nei Comuni minori raggiungono punte più elevate. In generale, la rete relazionale degli anziani rimane una risorsa forte, ma più debole nelle aree urbane.

Tabella 6 - Persone (valori assoluti in migliaia e valori per 100) di età 65 anni ed oltre che vivono sole per macroarea e dimensione della popolazione comunale - Anno 2024

Macroaree/Densità abitativa	Maschi		Femmine		Totale	
<i>Nord</i>	668	30,8	1.520	60,0	2.188	46,5
<i>Nord-Ovest</i>	404	31,1	909	60,1	1.313	46,7
<i>Nord-Est</i>	264	30,3	610	59,8	875	46,2
<i>Centro</i>	299	31,9	648	57,6	947	45,9
<i>Mezzogiorno</i>	380	29,9	960	62,8	1.339	47,9
<i>Sud</i>	235	29,1	604	62,1	839	47,1
<i>Isole</i>	144	31,4	356	63,9	500	49,2
Italia	1.346	30,8	3.128	60,3	4.474	46,8
Centro area metropolitana	234	28,6	534	53,6	768	42,3
Periferia area metropolitana	187	32,5	398	57,5	585	46,1
Fino a 2.000 ab	112	40,9	189	64,3	301	52,9
2.001-10.000 ab	264	28,8	682	66,4	946	48,7
10.001-50.000 ab	312	29,5	746	61,7	1.059	46,7
50.001+ ab	237	32,3	579	59,8	815	48,0

Fonte dei dati: Istat. IstatData Categorie Popolazione e Famiglie. Anno 2025.

Il sistema di *welfare* assegna ai Comuni la titolarità delle funzioni finalizzate alla tutela dei rischi e dei bisogni assistenziali dei cittadini, tra cui quelli connessi all'invecchiamento. Le persone anziane, soprattutto se non autosufficienti, sono tra le principali destinatarie dei servizi di cura di tipo socio-assistenziale. Le funzioni principali in capo ai Comuni attengono all'assistenza domiciliare finalizzata alla cura della persona e dell'abitazione, all'accoglienza in strutture residenziali, ai servizi di trasporto e alle altre forme di tutela volte al soddisfacimento di specifici bisogni e al benessere delle persone anziane.

Dal 2012 al 2022 la spesa impegnata dai Comuni per la gestione degli interventi e servizi sociali rivolta alla popolazione anziana è diminuita sensibilmente, passando da 2,7 miliardi a 2,4 miliardi¹². Nonostante si registri un numero crescente di ultra 65enni, la spesa media per anziano è scesa da 107€ a 93€ annui. Il confronto a livello territoriale mette in luce significative differenze: al Nord-Est si registra la spesa più alta (174€ per anziano), mentre nel Meridione si riscontra un livello assai più basso, 40€, con livelli minimi di 19€ riscontrati in Calabria a fronte dei quasi 1.500€ nella PA di Bolzano. Le regioni a Statuto Speciale, ad eccezione della Sicilia, offrono in genere maggiori risorse.

Nel dettaglio delle singole funzioni di spesa, il servizio sociale professionale, relativo alle attività svolte dalla figura professionale dell'assistente sociale per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di bisogno e di disagio, ha preso in carico un numero decrescente di persone anziane: da oltre 596 mila utenti nel 2012 (4,8 ogni 100 anziani residenti) a meno di 550 mila nel 2022 (3,9 utenti per 100 anziani residenti).

L'assistenza domiciliare è un'altra funzione importante assegnata ai Comuni. Si tratta di un'assistenza finalizzata all'igiene della persona, all'aiuto nella gestione dell'abitazione, al sostegno psicologico, ai servizi che possono essere erogati in modo integrato con l'assistenza sanitaria fornita a domicilio dal SSN o sotto forma di voucher. L'erogazione di questa tipologia di assistenza conferma la significativa disomogeneità sul territorio: dai 47€ per anziano del Nord-Est si passa ai 21€ del Meridione. In generale, si registra un'accessibilità alle cure domiciliari per gli anziani nettamente maggiore al Nord-Est per tutte le forme organizzative dell'assistenza domiciliare.

L'offerta di assistenza agli anziani e alle persone con limitata autonomia viene erogata anche attraverso i centri diurni e le strutture residenziali comunali o convenzionate con i Comuni. Per la gestione delle strutture residenziali comunali e per l'integrazione delle rette pagate dalle famiglie per l'accoglienza in strutture private, i Comuni hanno speso 525 milioni di € nel 2022. Gli utenti serviti, circa 106 mila, sono diminuiti leggermente dal 2012, passando dallo 0,9% allo 0,8% dei potenziali beneficiari. Tale quota varia dal 2,2% al Nord-Est allo 0,1% al Meridione.

La popolazione anziana viene assistita dai Comuni anche attraverso strutture di accoglienza di tipo abitativo, ovvero i presidi residenziali. Si tratta di strutture in prevalenza di grandi dimensioni, con oltre 46 posti letto nel 71% dei casi per gli anziani non autosufficienti. L'assistenza è quasi sempre di tipo socio-sanitario, in linea con i bisogni degli ospiti più fragili. Tuttavia, una parte degli anziani autosufficienti risiede in strutture pensate per non autonomi, un segnale di disallineamento tra offerta e bisogni: solo il 60% si trova in ambienti più adatti

¹²Istat - IstatData Categorie Popolazione e Famiglie.

a un'accoglienza abitativa orientata al mantenimento dell'autonomia.

Nel 2023, l'offerta ammontava a oltre 12,3 mila strutture residenziali per anziani, con circa 408 mila posti letto, pari a 7 posti letto ogni 1.000 residenti. La dinamica temporale mette in luce una crescita fino al 2019, mentre negli anni successivi l'offerta si è ridotta, anche per effetto della pandemia. Gli ospiti anziani assistiti sono poco meno di 274 mila (19 per 1.000 anziani residenti): di questi solo un quinto è autosufficiente, riflettendo la tendenza a favorire soluzioni domiciliari per chi è ancora in grado di vivere in famiglia con il giusto supporto.

L'assistenza agli anziani è spesso erogata da lavoratori domestici (badanti e collaboratori familiari - *colf*), che svolgono attività varie (cura, assistenza e pulizie) presso il domicilio degli assistiti. I lavoratori domestici che prestano servizio presso le famiglie e hanno come datore di lavoro un componente di una famiglia con individui di almeno 65 anni sono circa 364 mila, mentre sono il 4,5% delle famiglie di anziani si avvale del sostegno di *colf* e badanti, senza differenze marcate tra persone sole e no. Tale quota scende al 2,5% nel caso di famiglie composte da individui di età 65-79 anni, indipendentemente dal numero di componenti, e cresce per le famiglie composte esclusivamente da ultra 80enni (7,9%), soprattutto per quelle con più di un componente (11,6%).

La percentuale di famiglie composte da tutti componenti anziani che fanno ricorso all'assistenza di badanti è più elevata nel Centro-Nord, fino all'85,7%, e in Sardegna dove si registrano dei picchi fino all'88,0%. Per le *colf*, invece, emerge una maggiore incidenza nelle province del Centro-Sud, dove raggiunge picchi del 66,9% e, nel caso del supporto alle famiglie con tutti componenti di età tra i 65-79 anni, anche dell'81,7%¹³.

Conclusioni

I processi demografici sono molto stabili nel tempo con piccole oscillazioni anche nel lungo periodo. La struttura demografica del futuro è già scritta. In conseguenza di ciò, è sicuro che nel 2050 il rapporto tra popolazione anziana e quella giovane in età attiva, ovvero l'indice di dipendenza anziani, sarà pari al 65,3%; l'indice di dipendenza strutturale, rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) e popolazione in età attiva (15-64 anni), si attesterà all'87,3%.

Un po' più difficile è prevedere la dinamica delle famiglie, in quanto su questo aspetto influiscono le scelte individuali, alle quali concorrono sia fattori culturali, sia economici, non facilmente prevedibili, se non proiettando il trend osservato nel tempo. Anche le condizioni di salute degli anziani del futuro non sono prevedibili con facilità, dipendenti da fattori biologici, dai comportamenti individuali legati agli stili di vita e dai progressi della medicina. Tutto ciò premesso, con i dati a disposizione e con ipotesi basate sui trend osservati, lo scenario futuro è discretamente preoccupante, in particolare sulla capacità del sistema di *welfare* di sostenere le fragilità di alcune fasce di popolazione, in particolare quella anziana. La riduzione della fascia di popolazione attiva e l'aumento di quelle anziane pone un problema per la previdenza, diminuendo il numero di coloro che contribuisce al sistema e aumentando coloro che beneficiano dei trasferimenti previdenziali e assistenziali. Inoltre, l'aumento dei cittadini con bisogni di cura crescenti creerà un incremento della spesa sanitaria e socio-sanitaria.

Dal lato delle famiglie, la dinamica in corso porterà ad avere nuclei con età media elevata e pochi componenti, con conseguenze rilevanti sulla rete di cura informale. Come noto, infatti, le famiglie hanno sempre svolto un ruolo di secondo pilastro dell'assistenza agli anziani, ma il progressivo mutamento delle loro strutture farà perdere o indebolirà fortemente questo ruolo, a causa dell'aumento delle persone che vivranno sole o senza figli. Questo quadro evidenzia come in futuro si avranno sempre più anziani con una rete di aiuto debole, per i quali dovranno essere le Istituzioni a farsi carico della loro assistenza, senza il sostegno da parte delle loro famiglie.

Dal lato delle risorse a disposizione, la spesa per l'assistenza socio-sanitaria nel nostro Paese è sempre stata limitata, scontando la concorrenza con funzioni incompressibili, come previdenza e sanità che compongono, insieme alla spesa per il contrasto alla disoccupazione e alla deprivazione sociale, il Conto della protezione sociale. La scarsità delle risorse economiche si riscontra nei dati, i quali testimoniano che la spesa sociale destinata agli anziani è diminuita e non è uniforme sul territorio. Nelle aree del Mezzogiorno, infatti, le risorse sono significativamente inferiori rispetto al resto del Paese.

Il quadro prospettico suggerisce la necessità di porre l'anziano come soggetto privilegiato delle politiche di *welfare*, promuovendo da un lato la sua dignità nell'ambito della società, dall'altro rivedendo il sistema di presa in carico, ricorrendo a forme di assistenza a geometria variabile, per soluzioni personalizzate a seconda delle sue esigenze e della struttura familiare in cui si colloca l'anziano.

Il D. Lgs. n. 29 del 15 marzo del 2024 si pone nella giusta prospettiva, perché si prefigge l'obiettivo di promuovere la dignità delle persone anziane, mettendo in campo processi di presa in carico e strumenti idonei a migliorare la qualità della vita delle persone anziane, consentendo che queste mantengano l'opportunità di vivere in ambienti confortevoli e dignitosi, evitando l'isolamento sociale.

Nello specifico, il Decreto, all'art. 1, dispone interventi finalizzati a "promuovere la dignità e l'autono-

¹³Istat - Rapporto annuale 2025 - Capitolo 3 Una società per tutte le età.

mia, l'inclusione sociale, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità della popolazione anziana", prevedendo inoltre "il contrasto all'isolamento e alla deprivazione relazionale e affettiva, la coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (*senior cohousing*) e la coabitazione intergenerazionale (*cohousing* intergenerazionale) e lo sviluppo di forme di turismo del benessere e di turismo lento". Inoltre, riguardo alla presa in carico mirata alla persona, sempre all'art. 1, si prevede "l'accesso alla valutazione multidimensionale unificata", nonché interventi atti a "riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria per le persone anziane non autosufficienti", anche promuovendo "strumenti di sanità preventiva e di telemedicina a domicilio".

La piena attuazione del Decreto e la messa in campo di risorse adeguate è un processo ineludibile, perché lo scenario che è stato prospettato nel presente lavoro ha pochi margini di incertezza; quindi, per non trovarci nei prossimi anni a operare interventi in emergenza per contrastare un sicuro declino sociale, è necessario agire con tempestività, trovando le risorse necessarie e soluzioni percorribili.

Elenco Tabelle (www.osservatoriosullasalute.it)

Popolazione

- Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso per 100 sul totale della popolazione) di età 65-74 anni per cittadinanza e popolazione femminile (rapporto di composizione per 100) per regione - Situazione al 1° gennaio 2024
- Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso per 100 sul totale della popolazione) di età 75-84 anni per cittadinanza e popolazione femminile (rapporto di composizione per 100) per regione - Situazione al 1° gennaio 2024
- Popolazione (valori assoluti in migliaia e peso per 100 sul totale della popolazione) di età 85 anni ed oltre per cittadinanza e popolazione femminile (rapporto di composizione per 100) per regione - Situazione al 1° gennaio 2024
- Tasso di fecondità totale (numero medio di figli per donna), età media (valori in anni) della madre al parto e quota (valori per 100) di nati da madre straniera per regione - Anno 2023

Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione

- Prevalenza (valori per 100) di fumatori, ex-fumatori e non fumatori nella popolazione di età 14 anni ed oltre per regione, macroarea e densità abitativa - Anno 2023
- Prevalenza (valori per 100) di fumatori ed ex-fumatori e numero medio (valori assoluti) di sigarette fumate al giorno per genere e classe di età - Anno 2023
- Prevalenza (valori per 100) di persone di età 14 anni ed oltre utilizzatrici di sigarette elettroniche per macroarea e densità abitativa - Anno 2023
- Prevalenza (valori per 100) di consumatori di bevande alcoliche nell'anno, tutti i giorni, occasionalmente e fuori pasto per classe di età e genere - Anni 2013, 2023
- Prevalenza (valori per 100) di consumatori di bevande alcoliche nell'anno, tutti i giorni, occasionalmente e fuori pasto per genere e regione - Anno 2023
- Persone (valori per 100) di età 11 anni ed oltre per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche per genere e classe di età - Anno 2023
- Persone (valori per 100) di età 11 anni ed oltre per tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche per genere e regione - Anno 2023
- Popolazione (valori per 100) di età 3 anni ed oltre per consumo quotidiano di Verdura, Ortaggi e Frutta (VOF) e porzioni di VOF per regione - Anno 2023
- Popolazione (valori per 100) di età 3 anni ed oltre per consumo di alcuni alimenti per regione - Anno 2023
- Prevalenza (valori per 100) di persone di età 18 anni ed oltre in sovrappeso ed obese per genere e regione - Anno 2023
- Prevalenza (valori per 100) di persone in sovrappeso ed obese per genere e classe di età - Anno 2023
- Prevalenza media (valori per 100) di minori in eccesso di peso per genere e classe di età - Anni 2022-2023
- Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per regione - Anni 2022-2023
- Prevalenza media (valori per 100) di minori di età 3-17 anni in eccesso di peso per alcune caratteristiche genitori/famiglia - Anni 2022-2023
- Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per genere - Anni 2001-2003, 2005-2023
- Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per classe di età - Anni 2001-2003, 2005-2023
- Prevalenza (valori per 100) di persone di età 3 anni ed oltre che praticano sport in modo continuativo, in modo saltuario, svolgono qualche attività fisica o non praticano sport per regione - Anno 2023

Incidenti

- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per incidente stradale per genere e regione - Anni 2021-2023
- Tasso e media (valori per 1.000) di incidentalità stradale, incidenti stradali e decessi (valori assoluti) per incidente stradale per regione - Anni 2021-2023
- Decessi (valori assoluti) per incidente stradale per Paese dell'Unione Europea-27 e dell'Unione Europea-28 - Anni 2001, 2010, 2015-2023
- Feriti gravi (valori assoluti) per incidente stradale e rapporto (valori per 100) di gravità per regione - Anni 2018-2023

- Tasso (valori per 100.000) di infortuni sul lavoro per regione - Anni 2019-2023
- Tasso (valori per 100.000) di mortalità per infortuni sul lavoro per regione - Anni 2019-2023
- Persone (valori assoluti in migliaia) e tasso (valori per 1.000) di incidenti domestici nella popolazione che nei 3 mesi precedenti l'intervista hanno subito incidenti in ambiente domestico per regione - Anno 2023
- Incidenti (valori assoluti in migliaia e valori assoluti) in ambiente domestico nei 3 mesi precedenti l'intervista per regione - Anno 2023

Ambiente

- Produzione (valori assoluti in tonnellate, valori pro capite in kg/ab e valori per 100) di rifiuti solidi urbani per regione - Anno 2022
- Rifiuti speciali (valori assoluti in tonnellate e valori per 100) gestiti, recuperati, smaltiti in discarica e inceneriti per regione - Anno 2022
- Produzione (valori assoluti in tonnellate e variazione per 100) di rifiuti speciali nei Paesi dell'Unione Europea - 27 - Anni 2004, 2022
- Volume (valori in milioni di m³ e valori pro capite in litri/die) di acqua potabile erogata e sul totale dell'acqua (valori per 100) immessa in rete per regione - Anno 2022
- Volume (valori in milioni di m³) di acqua potabile erogata per regione - Anni 1999, 2005, 2008, 2012, 2015, 2022

Sopravvivenza e mortalità per causa

- Speranza di vita (valori in anni) alla nascita e variazione (valori assoluti) per genere, regione e macroarea - Anni 2020-2024
- Speranza di vita (valori in anni) all'età di 65 anni e variazione (valori assoluti) per genere, regione e macroarea - Anni 2020-2024
- Tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità per genere e regione di residenza - Anni 2018-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per le principali cause di morte per regione di residenza. Maschi - Anni 2021-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità per le principali cause di morte per regione di residenza. Femmine - Anni 2021-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 1-19 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Maschi - Anni 2021-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 1-19 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Femmine - Anni 2021-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 20-39 anni per regione di residenza. Maschi - Anni 2021-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 20-39 anni per regione di residenza. Femmine - Anni 2021-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 40-59 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Maschi - Anni 2021-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 40-59 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Femmine - Anni 2021-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 60-74 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Maschi - Anni 2021-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 60-74 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Femmine - Anni 2021-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 75-89 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Maschi - Anni 2021-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 75-89 anni per le principali cause di morte per regione di residenza. Femmine - Anni 2021-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 90 anni ed oltre per le principali cause di morte per regione di residenza. Maschi - Anni 2021-2022
- Tasso (standardizzato per 100.000) di mortalità nella popolazione di età 90 anni ed oltre per le principali cause di morte per regione di residenza. Femmine - Anni 2021-2022
- Mortalità sepsi-correlata (valori assoluti e tasso standardizzato per 10.000) per classe di età e genere - Anni 2006, 2022
- Mortalità sepsi-correlata (tasso standardizzato per 10.000) nella popolazione di età 75 anni ed oltre per genere e regione di residenza - Anni 2006, 2022

- Decessi (valori per 100) sepsi-correlati nella popolazione di età 75 anni ed oltre avvenuti in strutture ospedaliere per regione di residenza - Anni 2006, 2022
- Decessi (valori per 100) nella popolazione di età 75 anni ed oltre avvenuti in strutture ospedaliere per regione di residenza - Anni 2006, 2022

Cronicità

- Prevalenza (valori per 100 e valori assoluti) per ipertensione, artrosi, malattie respiratorie, diabete, disturbi nervosi e malattie cardiache per genere - Anno 2023
- Tasso (grezzo per 100) nella popolazione di età 65 anni ed oltre con multimorbilità (due o più patologie autoriferite) per genere e regione - Anno 2023

Malattie metaboliche

- Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati, di pazienti con diagnosi principale o secondaria di diabete mellito per genere e regione - Anni 2021-2023
- Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati per regime di Ricovero Ordinario, di pazienti con diagnosi principale o secondaria di diabete mellito per genere e regione - Anni 2021-2023
- Tasso (standardizzato per 10.000) di dimissioni ospedaliere, da istituti pubblici e privati accreditati per regime di Day Hospital, di pazienti con diagnosi principale o secondaria di diabete mellito per genere e regione - Anni 2021-2023
- Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per diabete mellito per regione. Maschi - Anni 2021-2022
- Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di mortalità per diabete mellito per regione. Femmine - Anni 2021-2022

Antimicrobico-Resistenza

- Isolati (valori per 100) di *Acinetobacter* spp. resistenti ai carbapenemi sul totale degli isolati di *Acinetobacter* spp. da infezioni invasive per regione - Anni 2015-2023
- Isolati (valori per 100) di *Enterococcus faecium* resistenti alla vancomicina sul totale degli isolati di *Enterococcus faecium* da infezioni invasive per regione - Anni 2015-2023
- Isolati (valori per 100) di *Escherichia coli* resistenti alle cefalosporine di terza generazione sul totale degli isolati di *Escherichia coli* da infezioni invasive per regione - Anni 2015-2023
- Isolati (valori per 100) di *Klebsiella pneumoniae* resistenti ai carbapenemi sul totale degli isolati di *Klebsiella pneumoniae* da infezioni invasive per regione - Anni 2015-2023
- Isolati (valori per 100) di *Pseudomonas aeruginosa* resistenti ai carbapenemi sul totale degli isolati di *Pseudomonas aeruginosa* da infezioni invasive per regione - Anni 2015-2023
- Isolati di *Staphylococcus aureus* resistenti alla meticillina sul totale degli isolati di *Staphylococcus aureus* da infezioni invasive per regione - Anni 2015-2023

Disabilità

- Persone (valori per 100) con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia e che dichiarano di stare bene o molto bene, né bene né male, male o molto male per regione - Anno 2023
- Persone (valori per 100) con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per classe di età e numero di malattie croniche per regione - Anno 2023
- Ricorso (valori per 100) ad accertamenti diagnostici nei 12 mesi precedenti l'intervista delle persone con o senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per classe di età e regione - Anno 2023
- Ricorso (valori standardizzati per 100) ad almeno una visita specialistica nei 12 mesi precedenti l'intervista delle persone con o senza limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia per regione - Anno 2023
- Persone (valori per 100) con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare per regione - Anno 2023
- Persone (valori per 100) con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che vivono in famiglia che hanno fatto ricorso ai Centri di assistenza psichiatrica per regione - Anno 2023

Salute mentale

- Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) di farmaci antidepressivi pesato per età e variazione (valori per 100) per

regione - Anni 2011-2023

- Spesa pro capite (valori in €), consumo (valori in DDD/1000 abitanti die) e costo medio (valori in €) per giornata di terapia per regione - Anno 2023
- Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere per Ricovero Ordinario con diagnosi principale di disturbo psichico per genere e regione - Anni 2015-2023
- Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere con diagnosi principale di disturbo psichico per regione - Anno 2023
- Tasso (standardizzato e specifico per 10.000) di dimissioni ospedaliere per Day Hospital con diagnosi principale di disturbo psichico per genere e regione - Anni 2015-2023
- Incidenza (valori per 10.000) *first ever* per classe di età e regione - Anno 2023
- Incidenza (valori per 10.000) *first ever* per classe di età e regione. Maschi - Anno 2023
- Incidenza (valori per 10.000) *first ever* per classe di età e regione. Femmine - Anno 2023
- Incidenza (valori per 10.000) *first ever* per classe di età e gruppo diagnostico - Anno 2023
- Prevalenza (valori per 100) degli accessi in Centri di Salute Mentale entro 14 e 30 giorni dalla dimissione per regione - Anno 2023
- Tasso (standardizzato per 10.000) di accessi in Pronto Soccorso per gruppi diagnostici per regione - Anno 2023
- Utenti (valori assoluti) ammessi e giornate (valori assoluti) di degenza erogate in strutture residenziali psichiatriche per tipo di rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale per regione - Anno 2023

Salute materno-infantile

- Punti nascita (valori assoluti) totali e per volume di attività <1.000 parti annui per regione - Anni 2020-2023
- Punti nascita (valori assoluti) totali con Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale per classe di parto e regione - Anno 2023
- Proporzioni (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2023
- Proporzioni (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo primario e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2023
- Proporzioni (valori per 100) di parti con Taglio Cesareo ripetuto e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2023
- Tasso (standardizzato per 10.000) di parti con Taglio Cesareo e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2015-2023
- Parti (valori per 100) totali e incidenza (valori per 100) dei parti con Taglio Cesareo per Classe di Robson e regione - Anno 2023
- Parti (valori per 100) per classe di età della madre e regione di evento - Anno 2023. Italia Anni 2019-2022
- Età media (valori in anni) della madre al parto e parti (valori per 100) da madri di età 35 anni ed oltre per titolo di studio della madre e regione di evento - Anno 2023, Italia 2019-2022
- Nati vivi (valori per 100) totali, sottopeso e fortemente sottopeso, per Classe di punteggio Apgar e regione - Anno 2023
- Centri di Procreazione Medicalmente Assistita (valori assoluti) attivi per regione - Anni 2016-2022
- Cicli (valori per 1.000.000) iniziati con trattamento di II e III livello per regione - Anni 2016-2022
- Gravidanze (valori per 100) perse al follow-up per regione - Anni 2020-2022
- Abortività (valori per 100) volontaria di donne di età 15-49 anni per tipo di metodo utilizzato (chirurgico o farmacologico), giorni di attesa, indicazione di urgenza, terapia antalgica e complicazioni per regione - Anno 2023
- Ambulatori (valori assoluti), Consultori familiari (valori assoluti), Interruzioni Volontarie di Gravidanza farmacologiche (valori assoluti e valori per 100) in alcune regioni - Anni 2021-2024

Salute della popolazione straniera

- Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti, quota (valori per 100) di stranieri per macroarea di cittadinanza e stranieri (valori per 100) residenti sul totale dei residenti per regione - Situazione al 1° gennaio 2024
- Stranieri (valori assoluti in migliaia) residenti e quota (valori per 100) delle prime tre cittadinanze sul totale dei residenti stranieri per genere e regione - Situazione al 1° gennaio 2024
- Incidenza (valori per 100) di nati da un genitore straniero (madre straniera o padre straniero), da genitori entrambi stranieri e da genitori entrambi italiani per regione - Anno 2023
- Quota (valori per 100) di nati stranieri per macroarea di cittadinanza per regione - Anno 2023
- Stranieri (valori per 100) residenti, stima (valori assoluti) di nati stranieri, nati (valori per 100) stranieri e variazione (valori per 100) della stima del numero di nati stranieri (2015-2022) per le prime dieci cittadinanze - Anno 2023

- Dimissioni (valori assoluti e tasso per 1.000) ospedaliere di pazienti e variazione (valori per 100) per cittadinanza e regime di ricovero - Media 2017-2019, anno 2023
- Dimissioni (tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti per genere, cittadinanza e regime di ricovero - Media 2017-2019, anno 2023
- Dimissioni (valori per 100 e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti per cittadinanza e regione di residenza - Media 2017-2019, anno 2023
- Dimissioni (tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti di età 18 anni ed oltre in regime di Ricovero Ordinario per genere, cittadinanza e diagnosi principale alla dimissione - Media 2017-2019, anno 2023
- Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valori per 100) effettuate da donne con cittadinanza straniera provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria per regione - Anni 2013, 2023
- Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valori per 100) per cittadinanza, numero di figli e di Interruzioni Volontarie di Gravidanza precedenti, tipo di metodo, settimane di amenorrea, certificazioni in Consultorio e giorni di attesa per regione - Anno 2023
- Età media (valori in anni) delle madri al parto e parti (valori per 100) per cittadinanza della madre e regione di evento - Anni 2019-2023
- Età media (valori in anni) delle madri al parto e parti (valori per 100) per le prime dieci cittadinanze della madre - Anno 2023
- Nati vivi (valori per 100) per cittadinanza, Classe di punteggio Apgar e regione - Anni 2022-2023
- Casi (valori assoluti) di tubercolosi tra le persone nate all'estero per regione - Anni 2006-2023
- Popolazione (valori assoluti) residente, casi (valori assoluti) e tasso (valori per 100.000) di incidenza di tubercolosi tra le persone nate all'estero e in Italia per regione - Anni 2006-2023
- Casi (valori assoluti e per 100) e tasso (valori per 100.000) di tubercolosi per Paese di nascita (con almeno 10 notifiche) - Anno 2023
- Decessi (valori assoluti e valori per 100) di stranieri residenti e non in Italia oltre il 1° anno di vita - Anni 1992, 2000, 2010, 2014-2022
- Decessi (valori assoluti) e tasso (standardizzato per 10.000, Media 2019-2021) di mortalità oltre il primo anno di vita degli stranieri residenti in Italia per genere, regione e macroarea - Anni 2020-2022
- Tasso (standardizzato per 10.000) e Rischio Relativo di mortalità degli stranieri residenti in Italia e degli italiani di età 18-64 per genere e area di cittadinanza - Anni 2018-2022
- Tasso (standardizzato per 10.000) e Rischio Relativo di mortalità degli stranieri residenti in Italia e degli italiani di età 18-64 anni per causa di decesso, genere e area di cittadinanza - Anni 2020-2022

Assetto economico-finanziario

- Spesa (valori per 100) sanitaria pubblica corrente totale, per funzione e in convenzione per prestazioni sociali in rapporto al Prodotto Interno Lordo per regione - Anno 2023
- Spesa (valori in €) sanitaria pubblica pro capite, variazione (valori per 100) e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2013-2023
- Spesa (valori in €) sanitaria privata pro capite e tasso medio composto annuo (valori per 100) per regione - Anni 2012-2022
- Avanzo/disavanzo (valori in €) sanitario pubblico pro capite per regione - Anni 2006, 2022-2023

Assetto istituzionale-organizzativo

- Spesa (valori per 100) per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale sul totale della spesa sanitaria e variazione (valori in punti percentuali) per regione - Anni 2019-2022
- Spesa (pesata e grezza - valori pro capite in €) per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2019-2022
- Tasso (valori per 100) di compensazione del *turnover* al netto delle procedure di stabilizzazione per regione - Anni 2019-2022
- Personale (valori assoluti) medico e odontoiatrico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2019-2022
- Tasso (grezzo e pesato per 1.000) di medici e odontoiatri del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2019-2022
- Personale (valori assoluti) infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2019-2022
- Tasso (grezzo e pesato per 1.000) di infermieri del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2019-2022

Assistenza territoriale

- Assistiti (valori assoluti), popolazione media residente (valori assoluti) e tasso (valori per 100) di assistiti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata di età 65 anni ed oltre e 75 anni ed oltre per regione - Anno 2023
- Tasso (valori per 10.000) di posti letto per persone con disabilità e anziani non autosufficienti nelle strutture socio-sanitarie e Coefficiente di Variazione (valori per 100) per regione - Anno 2022
- Tasso (valori per 10.000) di ospiti anziani non autosufficienti, ospiti adulti con disabilità e ospiti minori con disabilità assistiti nelle strutture socio-sanitarie e Coefficiente di Variazione (valori per 100) per regione - Anno 2022
- Tasso (valori per 1.000) di ospedalizzazione evitabile per indicatore considerato nell'analisi e regione - Anni 2020-2022
- Tasso (valori per 1.000) di ospedalizzazione evitabile per indicatore considerato nell'analisi e regione - Anno 2023
- Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e valori per 100) erogate nell'anno per regione di residenza - Anno 2023
- Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e valori per 100) erogate a residenti in regione per prescrittore - Anno 2023
- Prime visite e visite di controllo (valori assoluti e tasso standardizzato per 100) erogate a residenti in regione per regione erogatrice - Anni 2019-2023

Prevenzione

- Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale nei bambini di età ≤ 24 mesi per tipologia di antigene e regione - Anno 2023
- Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 6 mesi ed oltre per regione - Stagioni 2014-2015/2023-2024
- Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 65 anni ed oltre per regione - Stagioni 2014-2015/2023-2024
- Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età < 2 anni per regione - Stagioni 2014-2015/2023-2024
- Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 2-4 anni per regione - Stagioni 2014-2015/2023-2024
- Proporzione (valori per 100) di copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione di età 5-8 anni per regione - Stagioni 2014-2015/2023-2024
- Variazione (valori per 100) dei tassi di copertura vaccinale antinfluenzale per classe di età pediatrica (0-8 anni) - Stagioni 2022-2023, 2023-2024
- Tasso (specifico per 100) di incidenza di casi di sindrome simil-influenzale per regione - Stagione 2024-2025
- Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, nell'ambito di screening organizzati, per regione - Anni 2019-2023
- Quota media (valori per 100) di donne di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a mammografia a scopo preventivo nei 2 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione - Anni 2019-2023
- Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il cancro alla cervice uterina a scopo preventivo nei 3-5 anni precedenti l'intervista, nell'ambito di screening organizzati, per regione - Anni 2019-2023
- Quota media (valori per 100) di donne di età 25-64 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il cancro alla cervice uterina a scopo preventivo nei 3-5 anni precedenti l'intervista, su iniziativa spontanea, per regione - Anni 2019-2023
- Quota media (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo nell'ambito di screening organizzati, per regione - Anni 2019-2023
- Quota media (valori per 100) di persone di età 50-69 anni che dichiarano di essersi sottoposte a screening per il tumore del colon-retto (SOF nei 2 anni precedenti l'intervista e/o colonscopia/retto-sigmoidoscopia nei 5 anni precedenti l'intervista) a scopo preventivo su iniziativa spontanea, per regione - Anni 2019-2023

Assistenza farmaceutica territoriale

- Consumo (valori in DDD/1.000 ab die) farmaceutico territoriale in regime di assistenza convenzionata per singolo farmaco di Classe A, I livello Anatomico Terapeutico Clinico, a carico del Servizio Sanitario Nazionale per regione - Anno 2023
- Spesa (valori in milioni di €) pubblica totale e pubblica pro capite (totale, per assistenza farmaceutica conven-

zionata, per acquisto da parte di strutture sanitarie pubbliche) per farmaci di Classe A, I livello Anatomico Terapeutico Clinico, a carico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2023

- Spesa (valori in €) farmaceutica territoriale lorda pro capite pesata per età a carico del Servizio Sanitario Nazionale e variazione (valori per 100) per regione - Anni 2001, 2011-2022

Assistenza ospedaliera

- Posti letto (valori assoluti) per tipologia di attività e regime di ricovero per regione - Anno 2023

- Posti letto (valori per 1.000) per tipologia di attività e regime di ricovero per regione - Anno 2023

- Posti letto (valori assoluti) per Area Funzionale Omogenea e regime di ricovero per regione - Anno 2023

- Posti letto (valori per 1.000) per Area Funzionale Omogenea e regime di ricovero per regione - Anno 2023

- Ospedalizzazione (tasso standardizzato e specifico per 1.000) per tipo di attività e regime di ricovero per regione - Anno 2023

- Distribuzione delle dimissioni (valori assoluti e valori per 100) per tipo di DRG (versione 24) e regime di ricovero per acuti per regione - Anno 2023

- Ospedalizzazione (tasso per 100.000) per acuti in Istituti pubblici e privati accreditati nella popolazione di età ≥ 65 anni per particolari interventi e/o procedure per regione - Anno 2023

- Dimissioni (valori assoluti) con data di prenotazione valida (valori per 100) e attesa media (valori in giorni) per alcuni interventi chirurgici in elezione in Ricovero Ordinario per regione - Anno 2023

- Dimissioni (valori assoluti) con data di prenotazione valida (valori per 100) e attesa media (valori in giorni) per alcuni interventi chirurgici in elezione in Day Hospital - Anno 2023

- Dimissioni (valori assoluti) e attesa media (valori in giorni) per alcuni interventi chirurgici in elezione - Anni 2019-2023

- Dimissioni (valori assoluti) con data di prenotazione valida (valori per 100) e attesa media (valori in giorni) per alcuni interventi chirurgici in elezione in Ricovero Ordinario per regione - Anno 2023

- Interventi (valori per 100 e valori assoluti) di colecistectomia laparoscopica per regione - Anno 2023

- Degenza media, standardizzata per *case-mix* e programmatoria (valori in giorni) per acuti in regime di Ricovero Ordinario per regione - Anno 2023

- Mobilità (valori assoluti) ospedaliera interregionale per acuti in regime di Ricovero Ordinario per regione - Anno 2023

- Mobilità (valori assoluti) ospedaliera interregionale in Day Hospital per regione - Anno 2023

Vigilanza sui dispositivi medici

- Segnalazioni (valori assoluti e valori per 100) di incidente per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici - Anni 2021-2023

- Segnalazioni (valori assoluti) di incidente per esito dell'incidente e per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici - Anno 2022

- Segnalazioni (valori assoluti) di incidente, popolazione (valori assoluti) residente e tasso (valori per 100.000) di segnalazione di incidente per regione - Anno 2023

- Avvisi (valori assoluti e valori per 100) di sicurezza per categoria della Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici - Anno 2023

Sanità digitale

- Cittadini, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici specialisti (valori per 100) che hanno utilizzato il Fascicolo Sanitario Elettronico per regione - Periodo gennaio-marzo 2025

Popolazione anziana: dinamiche e prospettive

- Popolazione anziana (valori assoluti e valori per 100) per classe di età - Anno 2025 e proiezioni anni 2035, 2050

- Indicatori (valori per 100) per fattori di rischio per classi di età - Anno 2023

- Reddito medio (valori in €) annuale per tipologia familiare per macroarea - Anno 2023

- Incidenza (valori per 100) della povertà assoluta e relativa nella popolazione di età 65 anni ed oltre per genere - Anno 2023

- Malattie croniche (valori assoluti in migliaia) per singola patologia e classi di età anziane - Anno 2023 e previsioni anni 2035, 2050

- Persone (valori assoluti in migliaia e valori per 100) di età 65 anni ed oltre che vivono sole per macroarea e dimensione della popolazione comunale - Anno 2024

Autori

Popolazione

Dott.ssa Ginevra Di Giorgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Francesca Rinesi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione

Dott.ssa Emanuela Bologna, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Elisabetta Del Bufalo, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Aida Turrini, Ricercatrice indipendente, Scansano (GR)

Gruppo di ricerca “Studi sui consumi alimentari in ottica nutrizionale”

Incidenti

Dott.ssa Giordana Baldassarre, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Adelina Brusco, Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, Roma

Dott.ssa Silvia Bruzzone, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Carla Ceccolini, Ministero della Salute, Roma

Dott.ssa Nadia Mignolli, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott. Sante Orsini, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Ambiente

Prof. Antonio Azara, Sezione di Igiene e Medicina Preventiva del Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia, Università degli Studi di Sassari

Dott. Daniele Cossu, Sezione di Igiene e Medicina Preventiva del Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia, Università degli Studi di Sassari

Dott.ssa Giovanna Deiana, Direzione Medica di Presidio, Azienda Ospedaliero Universitaria, Sassari

Dott.ssa Sviatlana Kuzmich, Sezione di Igiene e Medicina Preventiva del Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia, Università degli Studi di Sassari

Prof. Umberto Moscato, Sezione di Medicina del Lavoro, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott. Antonio Mura, Sezione di Igiene e Medicina Preventiva del Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia, Università degli Studi di Sassari

Dott.ssa Alda Susanna Occhetta, Sezione di Igiene e Medicina Preventiva del Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia, Università degli Studi di Sassari

Dott.ssa Giulia Padula, Sezione di Igiene e Medicina Preventiva del Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia, Università degli Studi di Sassari

Dott. Giuseppe Pinna, Sezione di Igiene e Medicina Preventiva del Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Farmacia, Università degli Studi di Sassari

Sopravvivenza e mortalità per causa

Dott. Gennaro Di Fraia, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Marilena Pappagallo, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Silvia Simeoni, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott. Daniele Spizzichino, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Cronicità

Dott.ssa Lidia Gargiulo, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Laura Iannucci, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Malattie metaboliche

Dott.ssa Valeria Calcaterra, Università degli Studi di Pavia

Dott. Domenico Corica, Università degli Studi di Messina

Dott. Procolo Di Bonito, Ospedale Santa Maria delle Grazie, Pozzuoli (NA)

Prof.ssa Valeria Di Onofrio, Dipartimento di Scienze e Tecnologie, Università degli Studi “Parthenope”, Napoli

Dott.ssa Anna Di Sessa, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

Prof.ssa Maria Felicia Faienza, Università degli Studi di Bari

Dott.ssa Francesca Franco, Ospedale “Santa Maria della Misericordia”, Udine

Dott.ssa Maria Rosaria Licenziati, Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono-Pausilipon, Napoli

Prof. Giorgio Liguori, Dipartimento di Scienze Motorie e del Benessere, Università degli Studi “Parthenope”, Napoli

Prof. Claudio Maffei, Università degli Studi di Verona
Dott. Giulio Maltoni, Policlinico di Sant’Orsola-Malpighi, Bologna

Prof. Emanuele Miraglia Del Giudice, Università degli

Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

Prof.ssa Anita Morandi, Università degli Studi di Verona
Prof.ssa Enza Mozzillo, Università degli Studi di Napoli Federico II

Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Giuseppina Umano, Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Napoli

Prof.ssa Giuliana Valerio, Università degli Studi "Parthenope", Napoli

Prof.ssa Malgorzata Gabriela Wasniewska, Università degli Studi di Messina

Gruppo di Studio "Obesità Infantile" - Società Italiana di Endocrinologia e Diabetologia Pediatrica

Antimicrobico-Resistenza

Dott.ssa Sofia Mao, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott. Luigi Russo, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Tindara Scirocco, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Prof. Leonardo Villani, UniCamillus-Saint Camillus International University of Health Sciences, Roma

Disabilità

Dott.ssa Alessandra Battisti, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Annabella Pugliese, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott. Aldo Rosano, Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche, Roma

Salute mentale

Prof. Fabrizio Bert, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

Dott.ssa Felicia Cuoco, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Prof.ssa Maria Rosaria Gualano, UniCamillus-Saint Camillus International University of Health Sciences, Roma

Dott.ssa Giuseppina Lo Moro, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli

Studi di Torino

Dott. Marraffa Pietro, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

Dott. Fabio Panariello, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Chiara Scarfagna, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Tindara Scirocco, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Prof.ssa Roberta Siliquini, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

Prof. Leonardo Villani, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Salute materno-infantile

Dott. Fulvio Basili, Ministero della Salute, Roma

Dott.ssa Rosaria Boldrini, Ministero della Salute, Roma

Dott.ssa Alessandra Burgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Cinzia Castagnaro, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Prof.ssa Laura Dallolio, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Alma Mater Studiorum, Università degli Studi di Bologna

Dott.ssa Alessia D'Errico, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Miriam Di Cesare, Ministero della Salute, Roma

Dott. Giuseppe Greco, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Marzia Loghi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Alessandra Maio, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Enrica Perrone, Azienda Unità Sanitaria

Locale di Modena e Settore assistenza territoriale, Direzione generale cura della persona, salute e welfare, Regione Emilia-Romagna, Modena

Dott.ssa Annabella Pugliese, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Alessandra Ronconi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Silvia Simeoni, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Elena Spada, Laboratorio della Conoscenza Carlo Corchia, Firenze

Salute della popolazione straniera

Dott. Giovanni Baglio, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma

Dott. Fulvio Basili, Ministero della Salute, Roma

Dott.ssa Rosaria Boldrini, Ministero della Salute, Roma

Dott.ssa Silvia Bruzzone, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Alessandra Burgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott. Sandro Bonfigli, Ministero della Salute

Dott.ssa Miriam Di Cesare, Ministero della Salute, Roma

Dott. Emanuele De Ponti, Ministero della Salute, Roma

Dott.ssa Alessia D'Errico, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Ginevra Di Giorgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott. Salvatore Geraci, Caritas e Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma

Dott.ssa Marzia Loghi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott. Francesco Paolo Maraglino, Ministero della Salute, Roma

Dott.ssa Nadia Mignolli, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Roberta Pace, Università degli Studi di Bari

Dott.ssa Annabella Pugliese, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Lucia Pugliese, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Dott.ssa Vincenza Regine, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Dott.ssa Francesca Rinesi, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Monica Sane Schepisi, Ministero della Salute

Dott.ssa Silvia Simeoni, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Barbara Suligoi, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Assetto economico-finanziario

Prof. Eugenio Anessi Pessina, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano - Direttore Centro Studi e Ricerche in Management Sanitario, Milano

Prof.ssa Maria Michela Gianino, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott. Alessandro Solipaca, Direttore Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Assetto istituzionale-organizzativo

Prof. Americo Cicchetti, Direttore Generale della Programmazione Sanitaria, Ministero della Salute

Ing. Alessandra Fiore, Alta Scuola di Economia e Management dei Servizi Sanitari, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Ing. Lorenzo Leogrande, Unità di Valutazione delle tecnologie sanitarie, Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" IRCCS, Roma

Dott. Angelo Tattoli, Alta Scuola di Economia e Management dei Servizi Sanitari, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Assistenza territoriale

Dott.ssa Paola Arcaro, Distretto Sociosanitario di Isernia, ASReM, Isernia

Dott. Giovanni Baglio, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma

Dott.ssa Serena Battilomo, Ministero della Salute, Roma

Dott.ssa Alessandra Burgio, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott. Alberto Carli, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento

Dott. Danilo Catania, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma

Dott. Claudio Coppo, Unità Operativa Cure Primarie, Distretto 3 Pianura Veronese, Azienda ULSS9 Scaligera, Verona

Dott. Marcello Cuomo, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma

Prof. Gianfranco Damiani, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Claudia Di Priamo, Istituto Nazionale di Statistica, Roma

Dott.ssa Sabrina Dispenza, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS

Dott. Paolo Francesconi, Agenzia Regionale di

Sanità, Firenze

Dott.ssa Barbara Giordani, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Roma

Dott.ssa Aurora Heidar Alizadeh, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Myriam Macaluso, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma

Dott. Marco Mantoan, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona

Dott.ssa Maria Benedetta Michelazzo, ASL Roma 2, Roma

Dott.ssa Anna Nisticò, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Lia Olivo, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Prof. Graziano Onder, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott. Francesco Profili, Agenzia Regionale di Sanità, Firenze

Dott.ssa Maria Adelaide Ricciotti, Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" IRCCS, Roma

Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Elisabetta Santori, Ministero della Salute, Roma

Dott. Alessandro Solipaca, Direttore Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Prof. Stefano Tardivo, Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona

Dott. Edoardo Varratta, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Prevenzione

Dott.ssa Valentina Baccolini, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma

Dott.ssa Melissa Baggieri, Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Dott. Antonino Bella, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Dott.ssa Felicia Cuoco, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Martina Del Manso, Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Dott.ssa Antonietta Filia, Dipartimento Malattie

Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Dott. Giuseppe Greco, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott. Valentin Imeshtari, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma

Dott. Fabio Magurano, Dipartimento Malattie Infettive, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Dott.ssa Alessandra Maio, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Sofia Mao, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Prof.ssa Carolina Marzuillo, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma

Prof.ssa Azzurra Massimi, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma

Dott.ssa Fabiana Puzzolante, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Erika Renzi, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma

Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Chiara Scarfagna, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott.ssa Tindara Scirocco, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Dott. Antonio Sciurti, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma

Dott. Alessandro Sindoni, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma

Prof. Leonardo Villani, UniCamillus-Saint Camillus International University of Health Sciences, Roma

Prof. Paolo Villari, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, "Sapienza" Università di Roma

Assistenza farmaceutica territoriale

Dott. Fabio Panariello, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario

di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Felicia Cuoco, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Chiara Scarfagna, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Leonardo Villani, UniCamillus-Saint Camillus International University of Health Sciences, Roma

Assistenza ospedaliera

Dott. Fabio Basili, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Rosaria Boldrini, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Carla Ceccolini, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Tiziana De Vito, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Cristina Giordani, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Lucia Lispi, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Maria Miceli, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Alessandra Rossi, Ministero della Salute, Roma

Vigilanza sui dispositivi medici

Dott.ssa Antonella Campanale, Ministero della Salute, Roma
Dott.ssa Gabriella Guasticchi, Ministero della Salute, Roma
Prof. Francesco Saverio Mennini, Ministero della Salute, Roma

Dott.ssa Daniela Minella, Ministero della Salute, Roma

Dott. Marco Ventimiglia, Ministero della Salute, Roma

Sanità digitale

Dott. Emanuele Capogna, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Giuseppe Greco, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Michele Bonacquisti, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Fabio Panariello, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Prof. Leonardo Villani, UniCamillus-Saint Camillus International University of Health Sciences, Roma

Popolazione anziana: dinamiche e prospettive

Dott.ssa Tiziana Sabetta, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
Dott. Alessandro Solipaca, Direttore Scientifico, Osservatorio Nazionale sulla Salute come Bene Comune, Dipartimento Universitario di Scienze della Vita e Sanità Pubblica-Sezione di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Indice Generale

Indice	III
Premessa	V
Organigramma	VII
Coordinatori scientifici.....	VII
Coordinamento redazionale, videoimpaginazione e <i>web content editor</i> (www.osservatoriosullasalute.it)	VII
<i>Data Manager</i> e responsabile revisione dati	VII
Collaboratori.....	VII
<i>Scientific Executive Board</i>	VII
<i>Peer review committee</i>	VIII
Coordinatori Capitoli.....	VIII
Referenti Regionali dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane.....	IX
Segreteria Scientifica dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane.....	X
Grafica GIS.....	X
Elenco delle abbreviazioni	XI

PARTE PRIMA

Salute e bisogni della popolazione

Contesto demografico

Popolazione	3
Struttura demografica	4
Invecchiamento.....	7
Ultracentenari	12
Fecondità	15
<i>Box</i> - Invecchiamento della popolazione e territorio: una nuova prospettiva	20
<i>Box</i> - Anziani che vivono soli	22

Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione

Fumo, alcol, alimentazione, eccesso ponderale e prevenzione	23
Fumo di tabacco	25
Sigaretta elettronica e prodotti a tabacco riscaldato	29
Consumo di alcol.....	32
Consumo di alimenti per tipologia.....	38
Sovrappeso e obesità	45
Eccesso di peso nei minori.....	49
Attività fisica	53
<i>Box</i> - Consumi alimentari in ottica nutrizionale in Italia: Quarta Indagine sui Consumi Alimentari Italiani 2017-2020	60
Incidenti	65
Incidenti stradali	68
Feriti gravi in incidenti stradali.....	74

Infortuni e mortalità sul lavoro	78
Incidenti domestici	82
<i>Box</i> - Infortuni sul lavoro dei nati all'estero	85
Ambiente	89
Rifiuti speciali	90
Acqua potabile.....	97
<i>Box</i> - Il piombo nelle acque destinate al consumo umano	102
Condizioni di salute	
Sopravvivenza e mortalità per causa	105
Livelli e dinamica della sopravvivenza.....	106
Mortalità per causa per classi di età.....	110
Mortalità sepsi-correlata.....	137
Mortalità evitabile	142
Cronicità	149
Prevalenza di alcune malattie croniche non trasmissibili autoriferite	151
Prevalenza della multimorbilità	159
Malattie metaboliche	167
Ospedalizzazione di pazienti con diagnosi di diabete mellito	168
Mortalità per diabete mellito	172
<i>Box</i> - Prevalenza della dislipidemia in una popolazione ambulatoriale di bambini e adolescenti con sovrappeso o obesità.....	175
Antimicrobico-Resistenza	177
Acinetobacter spp. resistente ai carbapenemi	178
Enterococcus faecium resistente alla vancomicina	181
Escherichia coli resistente alle cefalosporine di terza generazione	184
Klebsiella pneumoniae resistente ai carbapenemi	187
Pseudomonas aeruginosa resistente ai carbapenemi	190
Staphylococcus aureus resistente alla meticillina	193
Disabilità	197
Percezione dello stato di salute delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane	198
Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane per numero di malattie croniche..	200
Ricorso e rinuncia ad accertamenti diagnostici delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane	202
Ricorso e rinuncia a visite specialistiche delle persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane.....	205
Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che hanno fatto ricorso all'assistenza domiciliare	208
Persone con limitazioni gravi e non gravi nelle attività quotidiane che hanno fatto ricorso ad un Centro di assistenza psichiatrica	210
Salute mentale	213
Consumo di farmaci antidepressivi.....	215
Ospedalizzazione per disturbi psichici.....	219
Incidenza <i>First ever</i>	223
Continuità assistenziale Ospedale-territorio.....	227
Distribuzione degli accessi in Pronto Soccorso per gruppo diagnostico	231
Trattamenti residenziali in strutture psichiatriche.....	234
<i>Box</i> - <i>Intimate partner violence</i> : approcci integrati di Sanità Pubblica alla prevenzione della violenza di genere	237

<i>Box</i> - Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione	238
Salute materno-infantile	241
Parti effettuati nei punti nascita e presenza di Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale	243
Parti con Taglio Cesareo	247
Parti secondo la Classificazione di Robson	252
Età al parto	257
Salute del neonato	260
Procreazione Medicalmente Assistita.....	265
Abortività volontaria	269
Natimortalità e mortalità perinatale	276
<i>Box</i> - Interruzione Volontaria di Gravidanza farmacologica in Italia	282
Salute della popolazione straniera	285
Stranieri in Italia	289
Nati da cittadini stranieri in Italia	292
Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia	296
Abortività volontaria delle donne straniere in Italia	301
Età al parto delle donne straniere in Italia	307
Salute del neonato nato da donne straniere in Italia	310
AIDS e HIV tra gli stranieri in Italia	315
Tubercolosi tra gli stranieri in Italia.....	320
Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia.....	326
Natimortalità e mortalità perinatale tra le donne straniere in Italia.....	333
<i>Box</i> - Parti cesarei secondo la classificazione di Robson, per cittadinanza	337

PARTE SECONDA

Servizi Sanitari Regionali e qualità dei servizi

Servizi Sanitari Regionali: spesa, attività e qualità dei servizi

Assetto economico-finanziario	341
Spesa sanitaria in Italia.....	343
Spesa sanitaria pubblica corrente per funzione in rapporto al Prodotto Interno Lordo	345
Spesa sanitaria pubblica e spesa sanitaria privata pro capite.....	350
Avanzo/disavanzo sanitario pubblico pro capite.....	355
<i>Box</i> - Finanziamento e spesa del Servizio Sanitario Nazionale.....	359
Assetto istituzionale-organizzativo	363
Spesa per il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale.....	364
Struttura per età del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale.....	367
Compensazione del <i>turnover</i>	372
Personale medico e infermieristico del Servizio Sanitario Nazionale.....	374
<i>Box</i> - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: parco macchine e digitalizzazione	378
Assistenza territoriale	381
Assistenza Domiciliare Integrata	383
Posti letto residenziali di tipo socio-sanitario per persone con disabilità e anziani	388
Ospiti anziani e con disabilità nei presidi residenziali.....	391
Indice sintetico di ospedalizzazione evitabile	393
Prime visite e visite di controllo	399
<i>Box</i> - Cure palliative nella rete dell'assistenza territoriale: stato dell'arte e prospettive	406

Prevenzione	411
Copertura vaccinale della popolazione infantile.....	412
Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale e negli anziani	416
Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione pediatrica.....	419
Sorveglianza dell'influenza in Italia	423
Screening mammografico.....	426
Screening per il tumore della cervice uterina	431
Screening per il tumore del colon-retto	436
Box - Stato dell'eliminazione del morbillo e della rosolia in Italia.....	441
Assistenza farmaceutica territoriale	445
Consumo territoriale di farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale	446
Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del Servizio Sanitario Nazionale.....	451
Assistenza ospedaliera	455
Posti letto per tipo di attività, regime di ricovero e aree	456
Ospedalizzazione per età, genere, regime di ricovero e tipo di attività.....	461
Composizione ospedalizzazione per DRG medici e DRG chirurgici	463
Ospedalizzazione per particolari patologie a elevato impatto sociale	465
Tempi di attesa per particolari interventi chirurgici.....	469
Indicatori di appropriatezza.....	472
Degenza media, degenza media standardizzata per <i>case mix</i> e degenza media preoperatoria.....	475
Mobilità ospedaliera	478
Box - Schede di Dimissione Ospedaliera-R.....	483
Vigilanza sui dispositivi medici	485
Vigilanza sui dispositivi medici	487
Box - Strumenti a supporto della dispositivo-vigilanza	493
Sanità digitale	497
Box - Intelligenza Artificiale in sanità: applicazioni e sfide aperte	507
Box - Robotica in sanità: applicazioni, sfide e regolamentazione	511
Box - Large Language Model: una frontiera avanzata dell'Intelligenza Artificiale	513
Box - La simulazione in sanità in Italia.....	514
Popolazione anziana: dinamiche e prospettive	517
Elenco Tabelle (www.osservatoriosullasalute.it)	527
Autori	535
Indice Generale	541