

**Indagine conoscitiva sull'attuazione dei livelli essenziali
di assistenza e sull'erogazione delle prestazioni sanitarie
nelle regioni**

Audizione dell'Istituto Nazionale di Statistica

Dott.ssa Nicoletta Pannuzi

**Direttrice della Direzione centrale per le statistiche sociali
e il welfare**

**XII Commissione permanente
(Affari sociali)
della Camera dei deputati
7 luglio 2026**

Indice

Introduzione	5
1. La spesa sanitaria nel Sistema dei conti della sanità	7
2. L'offerta territoriale e le dotazioni	9
3. Le condizioni di salute	13
4. La domanda insoddisfatta, la mobilità, gli esiti	16
Documentazione:	
- Allegato statistico	22

Introduzione

Nel corso degli anni il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato al centro di profondi cambiamenti che hanno interessato sia il sistema di governo sia l'organizzazione.

Dal punto di vista della *governance*, nel 2001 la riforma del Titolo V della Costituzione ha introdotto il principio della sussidiarietà, stabilendo che la legislazione in materia di sanità pubblica fosse materia concorrente tra Stato e Regioni, e che la competenza organizzativa spettasse a queste ultime; la riforma ha inoltre concesso alle Regioni maggiore autonomia, in un quadro istituzionale in cui lo Stato svolge il ruolo di garante dell'equità del sistema attraverso la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da assicurare su tutto il territorio nazionale. Il processo di decentramento e l'esigenza di rispettare i vincoli di finanza pubblica sono i principi che hanno ispirato il Decreto legislativo n. 56 del 2000 sul federalismo fiscale, il quale ha stabilito che le Regioni a statuto ordinario sono chiamate a partecipare al finanziamento del SSN tramite risorse proprie derivanti dalla compartecipazione al gettito dell'Imposta sul valore aggiunto (Iva) e dell'Imposta sul reddito delle persone fisiche (Irpef) e dall'intero gettito dell'Imposta regionale sulle attività produttive (Irap).

Dal punto di vista organizzativo, gli interventi di policy sono stati orientati al miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza dell'assistenza. Già dagli anni Novanta, con i D.lgs. 502/1992 e 517/1993, sono stati avviati i primi interventi finalizzati alla razionalizzazione dell'assistenza, attraverso la programmazione quantitativa dei posti letto e il potenziamento dell'assistenza territoriale; nel 1999 il D.lgs. 229 ha introdotto il criterio dell'appropriatezza dei ricoveri, al fine di limitare l'attività ospedaliera ai casi acuti non trattabili dagli altri livelli di assistenza. Negli anni Duemila le politiche di contenimento della spesa e l'introduzione dei Piani di rientro per le Regioni in forte deficit hanno ridotto la dotazione di posti letto: nel 2015, in particolare, il Decreto ministeriale n. 70 ha fissato il limite massimo di posti letto a 3,7 ogni mille abitanti¹. Un ulteriore intervento di razionalizzazione si è avuto con il Decreto ministeriale n.77 del 2022, con il quale l'assistenza territoriale è stata riorganizzata in linea con il PNRR (Missione 6), promuovendo un modello di prossimità basato sull'assistenza domiciliare, la telemedicina e la presa in carico multidisciplinare del paziente; sono state introdotte, inoltre, nuove tipologie di

¹ Posti letto ordinari negli Istituti pubblici e privati accreditati; si tratta di posti letto destinati a pazienti in fase acuta, in lungo degenza o in riabilitazione.

strutture quali le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali.

In generale, il ciclo di riforme si è orientato verso scelte finalizzate a mantenere i caratteri fondamentali dell'universalismo e dell'equità del sistema, adottando nel contempo un orientamento mirato ad assicurare efficienza ed equilibrio economico; in questo contesto, la spesa sanitaria pubblica è cresciuta in misura moderata, mentre si è ridotto il peso dell'offerta ospedaliera, sia in termini di spesa sia di posti letto, ed è aumentata la spesa per l'assistenza, le cure domiciliari e l'assistenza territoriale.

In tema di monitoraggio dei LEA, l'Istituto partecipa formalmente (secondo il Decreto direttoriale del Ministero della Salute del 30 maggio 2023) al sottogruppo di esperti istituito dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Comitato LEA) incaricato di applicare la metodologia di monitoraggio dei LEA nell'ambito del Nuovo Sistema di Garanzia.

In particolare, l'Istat contribuisce al Sistema di Garanzia per il monitoraggio dei LEA attraverso due indicatori di contesto (salute percepita e indice di cronicità), un indicatore di equità (rinuncia a prestazioni sanitarie – introdotto dal 2024 tra gli indicatori CORE), un indicatore di prevenzione (indice composito sugli stili di vita – anch'esso CORE) e due indicatori riferiti all'assistenza distrettuale sulle interruzioni volontarie di gravidanza.

In questa audizione l'Istituto non entrerà nel merito delle diverse aree di intervento previste dai LEA, già adeguatamente documentate nella Relazione sul Sistema di garanzia implementato dal Ministero della Salute; fornirà, invece, un quadro conoscitivo aggiornato su alcuni aspetti relativi alla spesa sanitaria, all'offerta di servizi sanitari e alla performance del SSN, con particolare attenzione alle differenze regionali esistenti. Completano il quadro conoscitivo alcuni Focus in tema di: stili di vita; fiducia dei cittadini nei medici e nell'altro personale del Servizio Sanitario Nazionale; accessibilità alle strutture ospedaliere di emergenza-urgenza nei comuni capoluogo delle Città metropolitane.

Come si vedrà, nonostante l'aumento dei malati cronici dovuto al progressivo invecchiamento della popolazione, i dati mettono in luce il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione residente. La diminuzione della mortalità evitabile nel corso degli anni – un indicatore che colloca l'Italia tra i Paesi con la migliore performance a livello internazionale – conferma i passi avanti compiuti. Le principali criticità si riscontrano nelle ancora significative disuguaglianze sociali e territoriali nella salute e nell'accessibilità alle cure e nella diminuzione delle figure professionali, in particolare medici e infermieri, operanti sia nel SSN sia nel settore privato.²

² L'analisi del dominio "Salute" nel Rapporto Bes offre un quadro annuale dell'evoluzione delle condizioni di salute della popolazione residente in Italia. L'ultima edizione è disponibile a questo [indirizzo](#).

1. La spesa sanitaria nel Sistema dei conti della sanità

I Conti della sanità forniscono un quadro informativo del sistema sanitario del Paese coerente con i Conti Nazionali e consentono di analizzare l'andamento della spesa legata al consumo di beni e servizi sanitari. I dati qui presentati sono aggiornati sulla base delle fonti amministrative e statistiche disponibili a marzo 2026.³

Nel 2025 la spesa sanitaria totale risulta pari a 190,1 miliardi di euro, con un'incidenza sul Pil dell'8,4%. La spesa sanitaria sostenuta dal settore pubblico⁴ si attesta a 140,8 miliardi (il 74,1% del totale), quella a carico diretto dalle famiglie a 42,4 miliardi (22,3% del totale) e quella sostenuta dai regimi di finanziamento volontari a 7 miliardi; per quest'ultima componente, la quota maggiore è sostenuta dalle assicurazioni private, 5,3 miliardi, 987 milioni dalle imprese⁵ e i restanti 694 milioni dalle Istituzioni senza scopo di lucro al servizio delle famiglie.

Nel periodo 2019-2025 la spesa sanitaria è aumentata in media annua del 3,4%. La componente sostenuta dal settore pubblico è cresciuta in media del 3,6%, trainata dalle misure volte a contrastare l'emergenza sanitaria nel biennio 2020-2021 e, negli anni più recenti, dagli interventi di finanziamento ordinario e dalle attività connesse al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Nel periodo considerato, la spesa privata è cresciuta in media annua del 2,9% e quella direttamente sostenuta dalle famiglie del 2,2%.

Nel complesso, la spesa sanitaria nominale pro capite⁶ è passata dai 2.637 euro nel 2019 ai 3.225 euro nel 2025; in quest'ultimo anno la spesa è stata finanziata per 2.388 euro pro capite dalla Pubblica Amministrazione, per 719 euro direttamente dalle famiglie e per 118 euro dai regimi di finanziamento volontari.

Analizzando la distribuzione della spesa per funzioni, l'assistenza per cura e riabilitazione è quella che assorbe la quota maggiore di risorse. Nel 2024, ultimo

³ I dati del "Sistema dei conti della sanità", pubblicati a maggio 2026 e qui presentati, sono coerenti con i Conti nazionali diffusi a marzo 2026 e seguono la stessa politica di revisione dei conti nazionali. Il Sistema dei conti della sanità è costruito secondo la metodologia del "System of Health Accounts – SHA" ed è in linea con il regolamento (UE) n. 1901/2021 e il regolamento (UE) n. 549/2013 relativo al Sistema europeo dei conti nazionali e regionali dell'Unione europea (SEC 2010). Attraverso la misura dei flussi finanziari legati al consumo di beni e servizi sanitari, esso fornisce un quadro dell'andamento della spesa sanitaria in Italia comparabile con gli altri paesi europei; inoltre, classificando la spesa a seconda del regime di finanziamento, consente di scomporre la spesa sanitaria in pubblica e privata.

⁴ Il settore pubblico si compone dalle Amministrazioni pubbliche e dalle assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria.

⁵ La spesa sanitaria finanziata dalle imprese include solo gli acquisti delle imprese per prestazioni di servizi di medicina del lavoro per la promozione della salute dei dipendenti nei luoghi di lavoro.

⁶ I valori pro capite sono calcolati con riferimento ai dati sulla popolazione media in uso in contabilità nazionale; quest'ultima risponde alla definizione del Regolamento (UE) n. 549/2013 (capitolo 11). La popolazione totale comprende tutte le persone, cittadini italiani o stranieri, stabilite in permanenza nel territorio economico del paese, anche se temporaneamente assenti.

anno per cui tale dettaglio risulta disponibile⁷, la spesa associata a tale funzione risulta pari a 101 miliardi di euro, con un'incidenza del 54,2% sul totale della spesa sanitaria; nel periodo 2019-2024, essa è aumentata in media annua del 3,7%, con incrementi del 3,1% per l'assistenza ospedaliera (in regime ordinario e in day hospital) e del 4,4% per l'assistenza ambulatoriale. La seconda voce di spesa è quella per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (38,5 miliardi di euro nel 2024), che ha segnato un aumento in media annua del 3,3% nel periodo 2019-2024, arrivando a incidere, nel 2024, per il 20,7% sul totale della spesa. La terza voce riguarda l'assistenza sanitaria a lungo termine (LTC), pari nel 2024 a 19,4 miliardi di euro (10,4% sul totale); nel periodo 2019-2024, è aumentata in media annua del 3,2%. Segue la spesa per i servizi ausiliari (servizi di laboratorio di analisi, di diagnostica per immagini, di trasporto di pazienti o di soccorso di emergenza) che nel 2024 ammonta a 15,4 miliardi di euro (+4,6%, tra il 2019 e il 2024) con un'incidenza dell'8,3% sulla spesa totale. Infine, la spesa per la prevenzione e quella per la governance e amministrazione del sistema sanitario hanno inciso nel 2024 rispettivamente per il 4,5% e l'1,9% del totale.

La distribuzione della spesa per funzione di assistenza varia a seconda del regime di finanziamento.

Nel 2024, il settore pubblico ha destinato per l'assistenza sanitaria per cura e riabilitazione 79,1 miliardi di euro, con un'incidenza del 57,7% sul totale della spesa sanitaria pubblica; tale spesa nel periodo 2019-2024 è aumentata del 3,5% in media annua, con incrementi dell'assistenza ospedaliera in regime ordinario (+3,5%), dell'assistenza in day hospital (+0,9%) e dell'assistenza ambulatoriale (+3,9%). L'assistenza per la LTC, che ha assorbito nel 2024 il 10,4% della spesa sanitaria pubblica, ha coperto il 73,8% della spesa relativa a tale funzione di assistenza, con un aumento medio annuo del 3,7% nel periodo in esame. Sempre nel 2024 la spesa pubblica ha destinato l'8,8% ai servizi ausiliari e sostenuto il 78,4% della spesa totale di essi, registrando per tali servizi una crescita media del 4,9% tra il 2019 e il 2024. Infine, la spesa per prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici è cresciuta in media annua del 4,5% attestandosi a 22,9 miliardi di euro nel 2024, pari al 59,4% della spesa complessiva per farmaci e dispositivi medici.

Nel 2024, il 41,3% della spesa diretta delle famiglie in sanità è destinata all'assistenza ambulatoriale, coprendo il 38,1% della spesa ambulatoriale nazionale; tale componente, nel periodo 2019-2024, è aumentata del 5%. Circa il 36% della spesa delle famiglie è destinata all'acquisto di prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, mentre l'11,3% è destinato all'assistenza per LTC; tra il 2019 e il 2024, queste voci sono aumentate in media annua dell'1,6% e dell'1,7% rispettivamente.

⁷ La stima della spesa pubblica per funzione di assistenza si basa in larga misura sull'elaborazione dei dati di costo dei Livelli di Assistenza (LA), rilevati con apposito modello, degli enti del Servizio sanitario nazionale. Il D.M. 16 febbraio 2001 ha istituito il flusso LA di rilevazione dei dati di costo delle Aziende sanitarie e dei Servizi sanitari regionali (SSR/SSR) associati alla erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Il modello LA è stato successivamente aggiornato sulla base dei LEA previsti dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017. A marzo 2026, l'ultimo anno disponibile del modello è il 2024.

Nello stesso anno le spese per assistenza ambulatoriale, per i servizi ausiliari e per la prevenzione delle malattie assorbono il 49,5% della spesa dei regimi di finanziamento volontario, coprendo il 4,5% del totale nazionale di queste funzioni di assistenza, con un aumento del 6%, nel periodo 2019-2024.

2. L'offerta territoriale e le dotazioni

La dotazione di posti letto ospedalieri

Gli interventi normativi adottati nel corso degli anni hanno comportato una sensibile riduzione dell'offerta dei posti letto ospedalieri ordinari⁸: nel 1996 la dotazione era pari a 358.309 posti, scesi nel 2023 a 176.317, oltre il 50,0% in meno. La riduzione maggiore si riscontra per i posti letto pubblici, calati del 53,7%, mentre l'offerta del settore privato accreditato è diminuita del 38,3%. Si osserva, in particolare, una riduzione più marcata dei posti letto per pazienti acuti (-54,0% nel settore pubblico e -46,9% nel settore privato); i posti letto pubblici destinati all'assistenza di lungo periodo e alla riabilitazione si sono ridotti invece del 50,6%, a fronte di una diminuzione del 23,1% di quelli privati accreditati.

Nelle regioni del Nord il numero totale dei posti letto ordinari è passato da 159.817 nel 1996 a 88.457 nel 2023, riducendosi del 44,7%; al Centro, sono diminuiti del 54,7% (da 76.870 a 34.818); nel Mezzogiorno la riduzione si è attestata al 56,4% (da 121.622 posti a 53.042). La regione che ha registrato il calo maggiore è la Calabria (-61,2%), mentre in Valle d'Aosta si osserva il calo più contenuto (-20,7%).

Nel 2023 il tasso di posti letto ordinari è pari a 3 per mille residenti a livello nazionale, un valore al di sotto degli standard fissati dal Dm 70/2015; nelle regioni del Nord si rileva un tasso di 3,2 posti ogni mille abitanti, in quelle del Centro e del Mezzogiorno si scende rispettivamente a 3 e 2,7. La dotazione di posti letto ordinari mostra una discreta variabilità regionale: si va da un tasso di 3,6 per mille abitanti in Emilia-Romagna e nella Provincia di Trento a 2,4 in Campania.

Nello stesso anno il 23,6% dei posti letto ordinari si trova in strutture private accreditate (era il 18,8% nel 1996). Le Regioni con la quota più alta di posti letto offerti da tali strutture sono la Campania (36,8%) e il Lazio (34,9%); in Basilicata e in Liguria le quote più basse (2,5% e 5,4% rispettivamente).

La riduzione dei posti letto si riflette sull'attività ospedaliera: nelle strutture pubbliche il tasso di dimissione ospedaliera, ovvero il rapporto fra le dimissioni e la popolazione residente, è passato da 161,5 per mille abitanti nel 1996 a 82,1 nel 2023, in quelle private accreditate da 21,9 a 17,4. Nel 2023 il tasso di ospedalizzazione in strutture pubbliche più elevato si riscontra in Umbria (102,9 per mille abitanti), quello più basso in Campania (57,9); nelle strutture private accreditate il tasso di ospedalizzazione maggiore è in Emilia-Romagna (29,2 ricoveri per mille abitanti), il più basso in Basilicata (0,8).

⁸ Si veda la nota 1.

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta

Nel 2024 i medici di medicina generale (MMG) sono 37.173 (6,3 per 10 mila residenti), 810 in meno rispetto al 2023 (-2,1%) e 7.764 in meno in confronto a dieci anni prima (-17,3%). A tale riduzione ha corrisposto un deciso incremento del carico di assistenza, con una percentuale di MMG “massimalisti” (con più di 1.500 assistiti, soglia stabilita dalla normativa) che ha raggiunto il 54,5%, quasi 3 punti percentuali in più rispetto al 2023 e percentuale quasi doppia rispetto al 2014 (28,0%).

Un quadro analogo emerge per i pediatri di libera scelta (PLS) che nel 2024 sono 6.496 (9,1 per 10 mila residenti con meno di 15 anni), 210 in meno rispetto al 2023 (-3,1%) e in calo di 1.219 unità in un decennio (-15,8%). Nonostante la diminuzione degli assistiti dovuta alla riduzione della popolazione di riferimento, questa categoria professionale è sempre stata caratterizzata da un elevato carico assistenziale: nel 2024 la percentuale di PLS con più di 800 assistiti (soglia stabilita dalla normativa) è pari al 74,5% (73,9% nel 2023) in lieve diminuzione rispetto al 2014 (80,4%).

A livello territoriale la dotazione di MMG risulta particolarmente contenuta in sette regioni: nel 2024 il tasso è pari o inferiore a 6 MMG per 10 mila residenti in Lombardia e Provincia autonoma di Bolzano (5,3), Veneto (5,6), Friuli-Venezia Giulia (5,8), Emilia-Romagna, Campania e Sardegna (6,0). In questi territori la quota di MMG “massimalisti” riferita al 2023, ultimo anno per cui le stime sono disponibili, è significativamente più alta della media (51,7%), variando dal 52,4% del Friuli-Venezia Giulia al 74,0% della Lombardia.

Il rapporto tra il numero di PLS e la popolazione residente fino a 15 anni è inferiore alla media nazionale in circa metà delle regioni. Nel Nord, in particolare, si osservano tassi più bassi nella Provincia autonoma di Bolzano (6,4), in Piemonte (7,1), Valle d’Aosta e Lombardia (8,4), Veneto e Friuli-Venezia Giulia (8,7); in queste regioni, la quota di PLS “massimalisti” nel 2023 supera sempre l’80%. Nel Mezzogiorno l’offerta è minore in Sardegna (8,1), Molise (8,2), Abruzzo e Sicilia (8,5).

Una delle principali criticità riguardo la capacità di assistenza del SSN e, più in generale, dell’intero settore della sanità, è rappresentata dall’innalzamento dell’età media del personale medico e infermieristico, che in prospettiva rischia di portare a una riduzione dell’offerta di professioni mediche e sanitarie. Già nel 2024, infatti, il 32,7% dei MMG e il 36,7% dei PLS hanno un’età compresa fra i 65 e i 69 anni. L’invecchiamento di tali categorie professionali è particolarmente evidente nelle regioni del Mezzogiorno: la quota di MMG 65-69enni varia dal 33,9% della Sicilia al 46,1% della Campania; tra i PLS si va dal 40,0% della Sardegna al 63,5% in Basilicata. Quote elevate di professionisti che lasceranno il lavoro nei prossimi cinque anni si registrano anche nel Lazio (34,9% per i MMG, 42,9% per i PLS) e nelle Marche (il 46,7% dei PLS).

Nel seguito vengono proposti due brevi approfondimenti sulle dotazioni attuali di professionisti medici e infermieri nonché di medici specialisti operanti nel nostro Paese, a prescindere dal loro impiego nel SSN.

I medici e gli infermieri attivi

L'invecchiamento demografico determina una domanda crescente di cure e assistenza che non sempre si accompagna a un aumento adeguato del numero di medici (in particolare in alcune specializzazioni) e infermieri. Lo squilibrio tra domanda e offerta viene amplificato, inoltre, dall'innalzamento dell'età media di alcune categorie professionali, con il conseguente aumento dei pensionamenti non adeguatamente compensati da nuovi ingressi. In tali categorie rientrano, oltre ai medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, anche alcune specializzazioni mediche e gli infermieri.⁹ Peraltro, l'incremento dell'offerta formativa universitaria avviato dal 2018 è risultato finora insufficiente sia per la mancata assegnazione di borse in specializzazioni mediche (quali Medicina Emergenza Urgenza, Anestesia e Rianimazione, Radioterapia, Microbiologia e Virologia), sia per la mancata copertura dei posti disponibili nei corsi di laurea in discipline infermieristiche.

Nel 2024, secondo i dati provvisori, operano in Italia oltre 343 mila medici attivi, dei quali circa 287 mila sono medici generici e specialisti (4,9 ogni mille residenti) e 56 mila medici specializzandi. Gli infermieri attivi sono quasi 412 mila, pari a 7 per mille residenti e a 1,4 per medico.

La dotazione di medici generici e specialisti attivi rispetto alla popolazione residente non ha subito variazioni rispetto al 2023, mentre quella di infermieri risulta in lieve aumento (6,9 per mille nel 2023). Anche il rapporto infermieri per medico è rimasto invariato; i dati regionali, relativi all'anno 2023, mostrano che esso risulta più favorevole nelle province autonome di Bolzano (2,0) e Trento (1,9), in Veneto e Basilicata (1,7), mentre in Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna scende a 1,1-1,2.

Ai fini dell'Indagine conoscitiva, può essere utile concentrare l'attenzione sui professionisti occupati nel settore "Assistenza sanitaria" della Classificazione delle attività economiche – ATECO, nel quale nel 2023 è impiegato il 90,3% degli infermieri e il 93,6% dei medici. Le regioni in cui tali quote sono più basse sono la provincia autonoma di Trento (81,2%) e il Lazio (84,3%) per gli infermieri; il Lazio (86,5%) e la Lombardia (92,5%) per i medici.

All'interno di questo settore, la distribuzione degli infermieri presenta ampie differenze regionali: nel 2023, a fronte di una dotazione a livello medio nazionale di 6,2 infermieri per mille residenti, valori maggiori si riscontrano per la Provincia autonoma di Bolzano (8,0), Liguria ed Emilia-Romagna (7,6), Lazio (7,3) e Friuli-Venezia Giulia (7,2); quelli minori si rilevano in Campania e Calabria (5,0 per entrambe) e Sicilia (5,2).

L'età media degli infermieri che lavorano nel settore dell'Assistenza sanitaria è pari a 46 anni e il 9,8% ha 60 anni e più. In particolare, la percentuale di infermieri over 60 mostra un deciso gradiente territoriale, con valori più bassi nel Nord (6,4% nel

⁹ Per far fronte a questa criticità il governo è intervenuto prorogando fino al 31 dicembre 2027 la possibilità per i Medici di medicina generale i Pediatri di libera scelta, analogamente ai medici specialisti, di continuare a lavorare fino a 72 anni.

Nord-est e 7,4% nel Nord-ovest) rispetto al Sud (13,3%) e alle Isole (15,5%): le province autonome di Bolzano e Trento, la Valle d'Aosta e il Veneto presentano una struttura per età del personale infermieristico più giovane (valori compresi tra 4,8% e 5,9%); all'opposto, Calabria (18,7%), Sicilia e Sardegna (15,5%), Basilicata (13,8%) e Campania (13,7%) sono più sbilanciate verso le età mature. Le aree del Mezzogiorno si caratterizzano pertanto per una minore dotazione e una quota più elevata di infermieri che andranno in pensione nei prossimi anni.

I medici attivi nel settore dell'Assistenza sanitaria sono 4,5 ogni mille residenti e mostrano una minore variabilità regionale rispetto agli infermieri: il tasso varia da 5,3 nel Lazio a 3,8 in Basilicata. Una dotazione particolarmente superiore alla media si registra anche in Liguria (5,2), mentre la Provincia autonoma di Trento e il Veneto dispongono rispettivamente di 4,1 e 4,0 medici ogni mille residenti.

L'invecchiamento della professione costituisce l'aspetto più critico: l'età media è pari a 54 anni, con un divario di sette anni tra i 50 anni dei medici occupati nella Provincia autonoma di Bolzano e i 57 anni di quelli occupati in Calabria. La percentuale di over 60 è pari a 42,5% e presenta una spiccata variabilità territoriale: la Provincia autonoma di Bolzano e la Calabria si collocano, di nuovo, agli opposti, rispettivamente con il 27,1% e il 55,9% di medici di 60 anni e più. Anche Valle d'Aosta, Provincia autonoma di Trento e Friuli-Venezia Giulia presentano valori relativamente bassi (tra il 34% e il 36%), mentre Molise, Campania e Basilicata hanno rispettivamente il 50,9%, il 51,6% e il 53,3% dei medici attivi nell'assistenza sanitaria con un'età pari o superiore ai 60 anni.

I medici specialisti

Nel 2024 i medici specialisti in attività sono quasi 217 mila, 3,7 ogni mille abitanti. La dotazione supera il 4 per mille nel Lazio (4,5), Sardegna (4,4), Liguria (4,3) e Toscana (4,1), mentre è particolarmente bassa nelle province autonome di Bolzano (2,7) e Trento (2,8), oltre che in Basilicata (3,0), Veneto (3,1) e Valle d'Aosta (3,2).

L'età media dei medici specialisti è pari a 55 anni, con una differenza di cinque anni tra il valore più basso nella Provincia autonoma di Bolzano (52 anni) e quello più alto in Calabria (57 anni). La struttura per età dei medici specialisti è mediamente più anziana nel Centro e nel Sud (rispettivamente il 43,4% e il 47,7% ha 60 anni e più), mentre è più giovane al Nord, dove si registra una percentuale superiore alla media nazionale (42,8%) solo in Liguria (46,5%).

Il 45,9% dei medici specialisti è attivo in specialità dell'area medica – le specializzazioni più numerose sono riferite alle Malattie cardiovascolari (6,9%) e alla Medicina interna (4,8%) – il 27,5% nell'area dei servizi –, le specializzazioni più numerose sono Anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore (7,6%) e Radiodiagnostica (5,5%) – e, infine, il 26,6% nell'area chirurgica – in particolare Ginecologia e ostetricia (5,8%) e Chirurgia generale (5,0%).

Il peso relativo dei medici dell'area chirurgica è maggiore nelle regioni più popolate come Lombardia (28,0%), Lazio (27,8%), Veneto (27,5%) e Campania (27,2%). I

medici in specialità mediche rappresentano la quota più elevata in Toscana (49,0%), Valle d'Aosta (48,6%), Emilia-Romagna (47,3%) e nella Provincia autonoma di Trento (47,0%). L'area dei servizi è quella con la maggiore variabilità territoriale e rappresenta oltre il 30% dei medici specialisti in Molise (32,9%), Basilicata (31,8%), Calabria (31,4%) e Abruzzo (31,2%), e.

Maggiori criticità si osservano nell'area chirurgica, a causa della quota più elevata di medici che nei prossimi anni andranno in pensione: il 44,8% ha 60 anni e più, e la quota supera la metà dei medici in Liguria, Campania e Calabria. In queste ultime due regioni, oltre alla Basilicata, anche la quota di medici over 60 nell'area medica supera il 50%.

3. Le condizioni di salute

La speranza di vita alla nascita è uno degli indicatori principali utilizzato a livello internazionale per analizzare e confrontare lo stato di salute di una popolazione. Nel 2025 l'aspettativa di vita alla nascita in Italia si attesta a 83,7 anni (81,7 per gli uomini e 85,7 per le donne), valore che fa del nostro Paese uno dei più longevi in assoluto¹⁰. Si osservano, tuttavia, significativi divari regionali: in Campania è pari a 82,1 anni (80,1 anni per gli uomini e 84,1 per le donne), mentre nella Provincia autonoma di Trento raggiunge gli 85 anni (83 per gli uomini e 87,2 per le donne).

Due indicatori che coniugano l'aspettativa di vita con la condizione di salute e l'autonomia delle persone anziane sono gli anni di vita in buona salute e gli anni di vita senza limitazioni.

Nel 2025 un residente in Italia può contare di vivere in buona salute mediamente 59,1 anni (60,2 per gli uomini e 58 per le donne); a livello regionale, l'aspettativa di vita in buona salute è pari a 67,9 anni nella Provincia autonoma di Bolzano (69 per gli uomini e 66,9 per le donne), mentre in Calabria scende a 52,6 (53,7 per gli uomini e 51,6 per le donne).

L'aspettativa di vita a 65 anni senza limitazioni si attesta a 10,7 anni; non si rilevano significative differenze di genere mentre persistono quelle territoriali: nella Provincia autonoma di Trento il valore si attesta a 12,3 anni, in Calabria a 8,8. In Piemonte si riscontra il dato più elevato per gli uomini (12,3 anni), in Veneto quello per le donne (13,1); l'aspettativa scende a 8,7 anni in Umbria per gli uomini e a 8,6 in Campania per le donne.

I progressi nelle cure della fase acuta hanno ridotto drasticamente la mortalità di molte malattie; le persone che un tempo sarebbero morte sopravvivono, spesso con una malattia residua ed entrando in una fase di cronicizzazione della patologia che necessita di attenzione per tutto il ciclo di vita. Per questo motivo la prevalenza della multicronicità, ovvero la presenza di almeno due malattie croniche, riflette sia la

¹⁰ Per un quadro dei miglioramenti delle condizioni di salute della popolazione negli ultimi cento anni si veda la Storia di dati "[La salute: una conquista da difendere](#)", diffusa lo scorso 7 aprile.

condizione di salute generale della popolazione sia la pressione che la domanda di cure esercita sul servizio sanitario.

Nonostante il progressivo invecchiamento della popolazione e la maggiore capacità diagnostica (che porta a far emergere un numero maggiore di casi), negli ultimi trent'anni l'andamento delle prevalenze segnala alcuni miglioramenti significativi. Le riduzioni più consistenti della multicronicità si registrano tra i 50 e i 64 anni: nella fascia 55-59 anni, ad esempio, la prevalenza di più patologie croniche è scesa di oltre 12 punti percentuali tra il 1993 e il 2023; il calo si attenua tra i 65-74enni, mentre dopo gli 80 anni non si osservano miglioramenti. La dinamica più recente, osservata dal 2009 al 2025, mette in luce che la prevalenza di multicronicità nella popolazione di 6 anni e più è andata comunque aumentando, con un incremento medio annuo contenuto e pari allo 0,5% dovuto al processo di invecchiamento della popolazione.

Nell'ultimo anno disponibile, il 2025, il 22% della popolazione di 25 anni e più risulta affetto da multicronicità (18,4% tra gli uomini e 25,4% tra le donne); la quota più elevata si riscontra in Liguria, dove sale al 26%; quella più bassa nella Provincia autonoma di Bolzano, pari al 15,2%.

L'analisi dei tassi standardizzati consente di cogliere la condizione di salute a parità di struttura demografica. Il tasso di multicronicità standardizzato più elevato si riscontra in Calabria e Sicilia, entrambe al 20,1%, mentre quello più contenuto si registra nella Provincia autonoma di Bolzano (14,0%); per gli uomini la prevalenza più elevata di multicronici si riscontra in Calabria (18,4%), mentre per le donne il tasso più elevato è in Basilicata (23,7%).

Differenze si osservano anche rispetto al titolo di studio: nella classe adulta (25-44 anni) la prevalenza è pari al 5,5% tra coloro che hanno un titolo di studio basso (fino alla licenza elementare) e al 4,9% nella popolazione con livello di istruzione elevato (persone almeno laureate).

In diverse occasioni, da ultimo nel Rapporto Annuale diffuso lo scorso maggio¹¹, l'Istituto ha messo in luce come il finanziamento effettivo del Servizio Sanitario Nazionale (131,3 miliardi nel 2023 e 136,7 miliardi nel 2024) presenti differenze regionali significative ed evidenzi un'allocazione delle risorse non sempre coerente con le condizioni di salute della popolazione residente nelle regioni. Alcune di esse ricevono infatti una quota di finanziamento inferiore alla media nazionale, pur avendo livelli di multicronicità superiori. È questo il caso, ad esempio, della Calabria e della Basilicata che presentano il mismatch maggiore. In generale, il sistema di allocazione del finanziamento non sembra dunque proporzionale al bisogno potenziale della popolazione, come dimostrato dall'assenza di un andamento lineare crescente del finanziamento all'aumentare della prevalenza di multicronicità. Considerazioni analoghe valgono in riferimento al costo effettivo sostenuto per la

¹¹ Si veda in particolare il [Capitolo 2](#).

fornitura dei servizi di cura ai cittadini. Nel complesso, la spesa sostenuta sembra dipendere in misura maggiore dalle dotazioni strutturali delle singole regioni.

Focus: Gli stili di vita

Abitudine al fumo, consumo di alcol, sedentarietà e obesità sono importanti fattori di rischio per la salute delle persone: per questo motivo la riduzione di tali comportamenti rappresenta uno degli obiettivi principali delle politiche di prevenzione. In particolare, nella popolazione adulta tra i 25 e i 44 anni il monitoraggio degli stili di vita è particolarmente rilevante, perché questa classe di età rappresenta la futura popolazione a rischio di cattiva salute.

Nel 2025 si registrano quasi 10 milioni di fumatori, pari al 19,2% delle persone di 14 anni e più (22,9% tra gli uomini e 15,6% tra le donne); nella classe 25-44 anni la prevalenza dei fumatori sale al 26,5%. La dinamica del fenomeno è caratterizzata da una lenta decrescita: nel 2005 la prevalenza di fumatori si attestava al 22,0%. La Sicilia sperimenta la prevalenza più elevata, pari al 22,7%, nella Provincia autonoma di Trento si registra invece quella più bassa, il 14,3%. L'abitudine al fumo è più diffusa tra le persone con al massimo la licenza elementare, le quali sperimentano un rischio relativo di essere fumatori 1,7 volte più elevato rispetto a quelle laureate¹².

L'8,4% della popolazione fa un consumo eccedentario di alcol¹³ (11,6% tra gli uomini e 5,4% tra le donne); nella classe 25-44 anni la quota si attesta al 5%.

La percentuale di persone che consumano più di sei Unità Alcoliche in un'unica occasione (*binge drinking*) si attesta all'8,4% (12,4% tra gli uomini e 4,7% tra le donne), salendo al 20,3% nella classe 25-44 anni.

Nel complesso il 15,4% dei residenti sperimenta un consumo di alcol a rischio¹⁴ (21,8% tra gli uomini e 9,3% tra le donne); nella classe adulta (25-44 anni) la prevalenza è pari al 23,4%. Le regioni in cui si riscontrano consumi elevati, sia abitualmente sia occasionalmente, sono le province autonome di Bolzano e Trento e la Valle d'Aosta, mentre la Sicilia e la Sardegna sono quelle in cui i consumi elevati interessano una quota minore di popolazione.

Nella popolazione di 25 anni e più il consumo di alcol a rischio, in contro tendenza rispetto agli altri comportamenti a rischio, è più frequente tra coloro che hanno un titolo di studio elevato (laurea): il rischio relativo è 1,2 volte più alto rispetto alle persone con titolo di studio basso (non superiore alla licenza elementare).

¹² Si tratta di un rischio relativo, dato dal rapporto tra la probabilità di essere fumatore e la probabilità di non esserlo; le stime sono state effettuate con un modello statistico di tipo logistico.

¹³ Il consumo abituale eccedentario di alcol si riferisce al consumo che eccede: due unità alcoliche al giorno per l'uomo di età compresa fra 18-64 anni; una unità alcolica al giorno per la donna nella fascia 18-64 anni; una unità alcolica al giorno per gli anziani (65 anni e più); il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno per i giovani al di sotto dei 18 anni.

¹⁴ Per misurare il consumo di alcol a rischio vengono presi in considerazione sia il consumo abituale eccedentario di alcol sia il binge drinking.

La sedentarietà interessa il 31,7% della popolazione di 25 anni e più (28,1% tra gli uomini e 35,1% tra le donne); il fenomeno è più diffuso in Calabria e Sicilia (49,4% e 48,9% rispettivamente), mentre nelle province autonome di Bolzano e Trento si rilevano le percentuali più basse (rispettivamente 14,1% e 16,8%). La sedentarietà caratterizza in misura maggiore le donne, la popolazione anziana e le persone con livello di istruzione più basso. Le donne hanno un rischio relativo pari a 1,5 volte più elevato di essere sedentarie, gli anziani 1,9 volte rispetto alle persone della classe di età 45-64 anni e le persone con titolo di studio basso 4,2 volte quello riscontrato tra coloro con titoli più elevati.

Nel 2025 si registrano in Italia oltre 5,7 milioni di persone obese nella popolazione di almeno 18 anni, l'11,6% della fascia di popolazione considerata; nella classe di età 25-44 il valore si attesta all'8,9%. Il fenomeno interessa maggiormente le regioni del Mezzogiorno e in Puglia riguarda il 13,7% dei residenti. La prevalenza più elevata si osserva tra le persone con titolo di studio basso (rischio relativo 2,3 volte più elevato rispetto a coloro che hanno conseguito un titolo di studio elevato).

4. La domanda insoddisfatta, la mobilità, gli esiti

La rinuncia alle prestazioni sanitarie

L'indicatore relativo alle rinunce non è riconducibile direttamente all'accessibilità del SSN né all'erogazione dei LEA, ma offre un elemento di contesto generale che può essere considerato una proxy della domanda insoddisfatta dell'intero settore sanitario, pubblico e privato (convenzionato e non).

Nel 2024 quasi 5 milioni e 800 mila persone, pari al 9,9% della popolazione, hanno rinunciato, pur avendone bisogno, ad almeno una visita o un accertamento diagnostico, fenomeno in crescita rispetto al 2019 (6,4%). I motivi della rinuncia sono prevalentemente legati alle lunghe file d'attesa o al costo economico delle prestazioni. La percentuale delle rinunce varia sensibilmente a seconda del numero di prestazioni già ricevute: si attesta al 14,5% nella popolazione che ha già effettuato nei 12 mesi precedenti l'intervista almeno una visita o un accertamento diagnostico e scende al 4,5% tra coloro che non hanno ricevuto in precedenza né visite né accertamenti.

Le rinunce sono più frequenti tra le donne: l'11,4% contro l'8,3% degli uomini. La regione dove si riscontra la percentuale maggiore è la Sardegna: il 23,9% tra coloro che avevano ottenuto altre prestazioni e l'8,7% per il restante collettivo. La percentuale più elevata di rinunce si riscontra nella classe 45-64 anni, pari al 12,6%, mentre scende al 7% nella popolazione sotto i 45 anni.

La soddisfazione per alcuni aspetti del ricovero ospedaliero

Nel triennio 2022-2024, le persone che con riferimento all'ultimo ricovero ospedaliero hanno dichiarato di essere rimaste molto soddisfatte per l'assistenza medica ricevuta sono il 40,8%; la quota sale al 41,2% per l'assistenza infermieristica,

mentre meno di una persona su tre (31,5%) dichiara di essere molto soddisfatta per i servizi igienici.

La quota di persone molto soddisfatte per i diversi aspetti del ricovero è significativamente più alta al Nord, dove oltre la metà degli intervistati esprime elevata soddisfazione sia per l'assistenza medica sia per quella infermieristica e il 39,8% per i servizi igienici.

Per quanto attiene l'assistenza medica, le percentuali più elevate di persone molto soddisfatte si osservano tra i residenti di Liguria (55,7%), Lombardia (52,6%), Provincia autonoma di Bolzano (57,0%) e Provincia autonoma di Trento (57,6%); i valori più bassi si registrano nel Lazio (28,4%), in Campania (27,4%), Puglia (28,7%) e Calabria (24,7%). Per l'assistenza infermieristica si confermano gli stessi gruppi di regioni, con l'aggiunta del Veneto tra quelle con una elevata quota di persone molto soddisfatte. Relativamente ai servizi igienici sono invece i residenti delle province autonome di Bolzano e Trento a esprimere maggiore soddisfazione in relazione all'ultimo ricovero, rispettivamente il 53,6% e il 53,1%.

Focus: Fiducia in medici e altro personale del Servizio Sanitario Nazionale

Nel 2024 le persone di 14 anni e più hanno assegnato un punteggio medio pari a 7 alla fiducia nei confronti dei medici e a 6,9 per l'altro personale del SSN (in una scala da 0 a 10). Si conferma il gradiente Nord-Sud: per i medici il punteggio medio varia da 7,2 in Piemonte, Provincia autonoma di Bolzano, Provincia autonoma di Trento, Toscana e Umbria, a 6,5 in Calabria; per l'altro personale il punteggio varia da 7,2 in Toscana e Umbria a 6,4 in Calabria.

Nel 2024 circa una persona su cinque ha assegnato un punteggio insufficiente (tra 0 e 5) a medici (19,0%) e all'altro personale del SSN (19,7%); le percentuali più elevate si registrano in Calabria (rispettivamente 26,1% e 27,4%). Valori più bassi si osservano al Centro-Nord: per i medici solo il 15,0% degli intervistati in Umbria e il 15,4% in Piemonte e Toscana assegna un punteggio insufficiente; per l'altro personale la quota è pari al 15,7% in Toscana, 16,0% in Valle d'Aosta, 16,8% in Emilia-Romagna, 16,9% in Piemonte.

Il 44,7% delle persone di 14 anni e più ha espresso un buon livello di fiducia (punteggio da 8 a 10) verso i medici; per l'altro personale la quota è al 41,7%. I valori sono superiori al 50% nelle province autonome di Bolzano e Trento per entrambe le tipologie e, per i medici, anche in Toscana (51,1%) e Umbria (51,6%). Calabria, Molise e Campania sono le regioni con la quota più bassa di persone che esprimono molta fiducia nei professionisti sanitari, con valori compresi tra 34,5% e 36,0% per i medici e tra 30,2% e 31,8% per l'altro personale del SSN.

La mobilità: i ricoveri ospedalieri fuori dalla regione di residenza

Nel 2024 la mobilità ospedaliera extra-regione ha riguardato l'8,6% dei ricoveri di pazienti residenti, una quota stabile rispetto al 2023.

In un'ottica di lungo periodo, escludendo la diminuzione determinata dalla pandemia negli anni 2020 e 2021, si è registrato un incremento significativo rispetto al 2004, quando la percentuale era pari al 7,2%. Con un trend sostanzialmente lineare, l'indicatore ha raggiunto un valore pari all'8,0% nel 2015, per poi stabilizzarsi all'8,3% tra il 2016 e il 2022 (7,3% nel 2020, 7,8% nel 2021).

Anche se dal 2004 la geografia delle migrazioni ospedaliere è rimasta piuttosto stabile, con Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna che hanno costituito dei veri e propri poli di attrazione della mobilità in uscita soprattutto da Calabria, Campania, Puglia e Sicilia, si osserva nel tempo un aumento della variabilità regionale della percentuale di ricoveri ordinari acuti effettuati fuori della propria regione di residenza. Tale aumento deriva da un ampliamento dei divari tra i valori molto bassi nelle suddette regioni di attrazione, ossia Lombardia (5,3% nel 2024), Veneto (6,5%) ed Emilia-Romagna (5,7%), e percentuali elevate sia nelle regioni di minore dimensione come Molise (32,8%), Basilicata (28,6%), Valle d'Aosta (19,6%) e Provincia autonoma di Trento (15,2%), sia in regioni del Sud quali Abruzzo (16,2%), Campania (9,6%), Puglia (9,3%) e, soprattutto, Calabria (22,8%).

Esiti: la mortalità evitabile

La mortalità evitabile si riferisce ai decessi sotto i 75 anni che potrebbero essere ridotti o prevenuti attraverso interventi efficaci di sanità pubblica, prevenzione dei fattori di rischio e adeguata assistenza sanitaria. Essa è costituita da due componenti: la mortalità trattabile, associata alla capacità del sistema sanitario di diagnosticare e curare tempestivamente, e la mortalità prevenibile, legata principalmente alla prevenzione primaria e alla promozione di stili di vita salutari.

Nel 2023 il tasso di mortalità evitabile è di 16,0 decessi per 10 mila abitanti, in diminuzione rispetto al 2022 e fra i più bassi in Europa. Il dato nazionale, tuttavia, nasconde disuguaglianze territoriali: il Nord-est ha il tasso di mortalità più basso, pari a 14,0 decessi per 10 mila abitanti, mentre il Mezzogiorno quello più alto, con 18,1 decessi per 10 mila abitanti.

Le regioni presentano profili diversi per le due componenti della mortalità evitabile: in alcuni casi, solo una delle due componenti risulta più elevata rispetto alla media nazionale (come nel caso della Puglia, che presenta la mortalità trattabile più alta della media nazionale, ma non la prevenibile; oppure la Valle D'Aosta, in cui si rileva la situazione opposta); in altri casi, invece, si osserva una situazione critica per entrambe le componenti (Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna). Esistono poi regioni che presentano valori più bassi rispetto alla media nazionale per entrambe le componenti della mortalità evitabile (Veneto, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Marche, Umbria, Basilicata). La situazione più critica si osserva per la Campania, mentre condizioni più favorevoli si riscontrano in Veneto e in Trentino-Alto Adige.

I maschi hanno un tasso di mortalità evitabile più alto delle femmine (rispettivamente 20,9 e 11,4 per 10 *mila* abitanti). Lo svantaggio maschile è principalmente dovuto alla componente “prevenibile”, ossia quella maggiormente legata agli stili di vita (come abuso di alcol, maggiore propensione a fumare o non adeguata alimentazione) e ai comportamenti più a rischio (come eventi accidentali o per attività lavorativa).

Accanto alle differenze regionali, il territorio italiano si caratterizza per la presenza di Aree interne¹⁵, contraddistinte da fragilità strutturali dovute a una minore disponibilità di servizi, difficoltà nei collegamenti e al crescente invecchiamento della popolazione. Si tratta di condizioni che incidono direttamente sul funzionamento e sull'utilizzo del sistema sanitario. Nelle Aree interne rispetto a quelle “Centrali” si osserva infatti un minore ricorso alle prestazioni ambulatoriali tra la popolazione sotto i 74 anni, a fronte di tassi di ospedalizzazione più elevati e di una maggiore mobilità extraregionale. Questo squilibrio evidenzia la debolezza dell'assistenza territoriale, che fatica a garantire una presa in carico precoce ed efficace, determinando un ricorso più frequente all'ospedale, spesso in fasi già avanzate della malattia. Coerentemente con questo quadro, la mortalità evitabile risulta più elevata nelle Aree interne rispetto a quelle Centrali, segnalando differenze nelle politiche di prevenzione e nella tempestività e nella qualità delle cure. I divari osservati riflettono la diversa capacità dei servizi sanitari di rispondere ai bisogni.

Focus: L'Accessibilità alle strutture ospedaliere di emergenza-urgenza nei comuni capoluogo delle Città metropolitane¹⁶

L'accessibilità ai servizi sanitari costituisce una componente fondamentale dell'equità territoriale, in quanto incide direttamente sulla possibilità per i cittadini di esercitare il diritto alla salute. In coerenza con l'impianto dei LEA, che mirano a garantire prestazioni uniformi e appropriate su tutto il territorio nazionale, assume rilievo l'effettiva fruibilità delle prestazioni erogate dal SSN in condizioni adeguate di tempo, distanza e facilità di accesso. Infatti, la mera esistenza di un presidio non è sufficiente a garantire tempestività e pari opportunità di cura, né a superare le disparità geografiche che condizionano la qualità dell'assistenza in funzione del luogo di residenza. In tale alveo si inserisce l'assistenza in Pronto Soccorso, fulcro del sistema di emergenza-urgenza ospedaliera. L'organizzazione di questa rete trova il proprio fondamento normativo nel Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015, che ne disciplina l'assetto secondo il modello *Hub & Spoke*, articolando l'offerta su livelli di complessità crescente, dai Presidi con Pronto Soccorso ai Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e Accettazione (DEA) di I e II livello e ponendo la variabile tempo come asse portante del modello. La programmazione della rete è infatti vincolata ai

¹⁵ Aree significativamente distanti dai centri di offerta di servizi essenziali (di istruzione, salute e mobilità), ricche di importanti risorse ambientali e culturali e fortemente diversificate per natura e per effetto di secolari processi di antropizzazione.

¹⁶ Si considera la geografia amministrativa vigente al 31.12.2025 con 14 Città metropolitane.

tempi di percorrenza effettivi, con il parametro degli otto minuti per il soccorso primario in area urbana come soglia di adeguatezza per la sicurezza del paziente¹⁷.

Gli ambiti di offerta sanitaria qui considerati sono gli istituti di cura ospedalieri dotati di Pronto Soccorso o DEA attivi al 31 dicembre 2025 nei 14 comuni capoluogo delle Città metropolitane (101 strutture)¹⁸. L'accessibilità è misurata mediante la quota di popolazione residente in grado di raggiungere il presidio più vicino su strada e con mezzo privato entro otto minuti¹⁹. Va sottolineato che questo parametro rileva la sola prossimità fisica ai servizi e prescinde dal volume delle prestazioni erogate, non consentendo quindi valutazioni sulla capacità delle strutture di assorbire l'effettiva domanda. L'indicatore è calcolato sia per la popolazione residente complessiva (al 31 dicembre 2023) sia per la componente anziana di 75 anni e oltre²⁰.

Il quadro che emerge dall'analisi evidenzia marcate disuguaglianze tra comuni. I divari territoriali non seguono un gradiente Nord-Sud e i comuni con la migliore accessibilità appartengono a ripartizioni geografiche diverse.

A Milano, Torino, Catania e Cagliari si osservano le quote più elevate di popolazione residente in grado di raggiungere il Pronto Soccorso o DEA entro la soglia degli otto minuti, con valori compresi tra il 54,2% e il 67,8% del totale. Considerando la sola popolazione anziana, le quote corrispondenti si attestano tra il 50,3% di Cagliari e il 67,5% di Milano. In questi territori, la relativa compattezza morfologica del tessuto urbano e una distribuzione delle strutture ospedaliere coerente con la densità residenziale favoriscono un accesso più rapido ed efficiente ai servizi di emergenza.

Seguono Bari e Napoli, città in cui oltre la metà della popolazione (rispettivamente il 52,0% e il 50,9%) vive in contesti caratterizzati da una buona accessibilità alle strutture sanitarie con prestazioni emergenziali, quota che per la popolazione anziana sale al 54,3% a Bari e al 53,3% a Napoli. Superiori o molto vicine a un terzo anche le quote di Bologna (38,7%), Messina (37,9%), Palermo (36,7%), Roma (35,3%) e Reggio di Calabria (32,5%), territori caratterizzati sia da asimmetrie nella distribuzione dei presidi rispetto alla popolazione (è il caso, ad esempio, di Roma,

¹⁷ Il criterio della tempestività d'intervento trova il suo fondamento nel DPR 27 marzo 1992, atto istitutivo del sistema 118, che ha fissato gli standard di 8 minuti per le zone urbane e 20 minuti per quelle extraurbane. Tale standard è stato successivamente recepito nel sistema di monitoraggio dei LEA come indicatore di adeguatezza del soccorso primario in area urbana.

¹⁸ Per un'analisi a livello sub-comunale che tiene conto delle marcate eterogeneità interne ai comuni, si rimanda a Istat, 2025, [Le periferie dei capoluoghi delle Città metropolitane](#).

¹⁹ I dati sull'accessibilità sono elaborati a partire dai dati del Ministero della Salute 2025 e Basi Territoriali Istat 2021. I tempi di percorrenza su strada sono calcolati dal centroide di ciascuna sezione di censimento verso l'ospedale più vicino dotato di Pronto Soccorso o DEA, utilizzando il *Network analyst* del software ARCGIS (ESRI) e il grafo stradale TomTom MultiNet Italia.

²⁰ La soglia dei 75 anni, adottata anche dalla Commissione europea per le analisi sull'assistenza a lungo termine, è utilizzata per definire la "quarta età", un gruppo particolarmente rilevante per le analisi relative a salute, dipendenza e spesa sanitaria, data la maggiore prevalenza di limitazioni funzionali e di necessità di assistenza a lungo termine. La popolazione con almeno 75 anni incide mediamente per un quarto sugli accessi in Pronto Soccorso, con situazioni di gravità e tempi di intervento maggiori rispetto ad altre fasce d'età. In alcune regioni e strutture è stato recentemente attivato un apposito "codice argento" per il trattamento in emergenza degli anziani.

comune con una vasta estensione del territorio e dispersione insediativa nelle fasce periurbane), sia da dotazione contenuta di strutture con pronto soccorso o DEA (ad esempio, Reggio di Calabria). La popolazione anziana segue un andamento simile, con livelli di accessibilità che variano tra il 38,6% di Messina al 35,3% di Reggio di Calabria.

Infine, I valori più contenuti, inferiori al 30%, si osservano a Firenze (14,8%), Venezia (22,3%) e Genova (27,4%), per ragioni strutturalmente differenti. A Firenze, la localizzazione dei presidi non segue la distribuzione spaziale della popolazione e ciò spiega la scarsa copertura. A Venezia, la morfologia discontinua del territorio, caratterizzata dalla separazione fisica tra città insulare, Lido e terraferma, rende strutturalmente non omogenea l'accessibilità stradale. A Genova l'assenza quasi totale di pianure e la presenza di valli e crinali determinano un'orografia complessa, caratterizzata dalla vicinanza tra spazi costieri e rilievi montuosi che hanno condizionato lo sviluppo urbano e la rete stradale. Con riferimento alla popolazione anziana, le quote di accessibilità risultano pari al 15,2% a Firenze, al 24,8% a Venezia e al 26,0% a Genova.

Allegato statistico

Tavola 1 - Spesa corrente per l'assistenza sanitaria della popolazione residente per tipo di finanziamento. Anni 2019-2025 (milioni di euro)

TIPOLOGIA DI FINANZIAMENTO	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Pubblica amministrazione e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria	113.840	121.113	127.450	130.345	130.890	137.108	140.789
Pubblica amministrazione	113.581	120.863	127.178	130.030	130.544	136.766	140.439
Assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria; conti di risparmio medico obbligatori	259	250	272	315	346	342	350
Regimi di finanziamento volontari	4.479	4.297	4.550	5.250	5.882	6.329	6.971
Assicurazioni sanitarie volontarie	3.236	3.185	3.284	3.781	4.308	4.694	5.290
Istituzioni senza scopo di lucro	439	439	504	622	655	673	694
Imprese	804	673	762	847	919	962	987
Spesa diretta delle famiglie	37.108	34.315	39.015	41.239	42.480	42.791	42.356
Regimi di finanziamento da parte del resto del mondo (a)
Tutti i regimi di finanziamento	155.427	159.725	171.015	176.834	179.252	186.228	190.116
Spesa diretta delle famiglie (% sulla spesa totale)	23,9	21,5	22,8	23,3	23,7	23,0	22,3

Fonte: Conti Nazionali, Sistema dei Conti della Sanità

(a) Il fenomeno esiste, ma le informazioni disponibili non consentono di misurarlo.

Tavola 2 - Spesa sanitaria totale per funzioni di assistenza. Anni 2019-2024
(milioni di euro)

FUNZIONI DI ASSISTENZA	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	84.149	86.383	92.331	95.049	97.316	100.976
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	41.177	44.380	45.621	46.408	47.070	48.571
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	4.925	4.419	4.731	4.718	4.893	5.070
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	37.379	36.840	41.185	43.081	44.465	46.443
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	668	744	794	842	888	892
Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)	16.544	16.628	17.168	17.934	18.328	19.406
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	10.011	9.885	10.165	10.497	10.724	11.226
Assistenza (sanitaria) diurna di lunga durata	797	755	779	862	929	940
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	2.784	2.855	3.072	3.129	3.187	3.397
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	2.952	3.133	3.152	3.446	3.488	3.843
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	12.338	13.144	14.256	15.033	15.284	15.431
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	32.732	32.537	33.773	35.694	36.623	38.513
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	28.257	28.062	28.955	30.604	31.345	33.272
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli(non specificati per funzione)	4.475	4.475	4.818	5.090	5.278	5.241
Servizi per la prevenzione delle malattie	7.246	8.425	11.084	10.245	8.344	8.331
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	2.418	2.608	2.403	2.879	3.357	3.571
Altri servizi di assistenza sanitaria non classificati altrove (n.c.a.)	0	0	0	0	0	0
Tutte le funzioni	155.427	159.725	171.015	176.834	179.252	186.228

Fonte: Conti Nazionali, Sistema dei Conti della Sanità

Tavola 3 - Spesa della Pubblica Amministrazione e assicurazioni sanitarie a contribuzione obbligatoria per funzioni di assistenza. Anni 2019-2024
(milioni di euro)

FUNZIONI DI ASSISTENZA	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	66.596	70.548	72.958	74.497	75.952	79.073
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	39.402	42.988	43.927	44.631	45.228	46.774
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	4.424	4.061	4.262	4.255	4.413	4.618
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	22.278	22.921	24.172	24.981	25.644	27.017
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	492	578	597	630	667	664
Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)	11.921	12.252	12.407	13.064	13.378	14.315
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	5.880	6.003	5.965	6.222	6.394	6.772
Assistenza (sanitaria) diurna di lunga durata	797	755	779	862	929	940
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	2.428	2.495	2.657	2.693	2.733	2.935
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	2.816	2.999	3.006	3.287	3.322	3.668
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	9.528	10.828	11.447	12.017	12.126	12.101
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	18.377	18.673	19.138	20.131	20.710	22.872
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	17.481	17.874	18.387	19.377	19.859	21.951
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli(non specificati per funzione)	896	799	751	754	851	921
Servizi per la prevenzione delle malattie	6.349	7.662	10.226	9.303	7.329	7.274
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	1.069	1.150	1.274	1.333	1.395	1.473
Altri servizi di assistenza sanitaria non classificati altrove (n.c.a.)	0	0	0	0	0	0
Tutte le funzioni	113.840	121.113	127.450	130.345	130.890	137.108

Fonte: Conti Nazionali, Sistema dei Conti della Sanità

Tavola 4 - Spesa diretta delle famiglie per l'assistenza sanitaria per funzioni di assistenza.
Anni 2019-2024 (milioni di euro)

FUNZIONI DI ASSISTENZA	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	16.017	14.435	17.611	18.650	19.363	19.712
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	1.531	1.186	1.425	1.444	1.494	1.437
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	462	330	431	426	441	412
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	13.888	12.790	15.599	16.616	17.257	17.687
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	136	129	156	164	171	176
Assistenza (sanitaria) di lunga durata (LTC)	4.442	4.178	4.534	4.640	4.706	4.827
Assistenza (sanitaria) residenziale e ospedaliera di lunga durata	3.990	3.721	4.014	4.093	4.136	4.242
Assistenza (sanitaria) diurna di lunga durata	0	0	0	0	0	0
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale di lunga durata	356	360	415	436	454	462
Assistenza (sanitaria) domiciliare di lunga durata	96	97	105	111	116	123
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	2.503	2.055	2.492	2.668	2.791	2.925
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	14.075	13.578	14.305	15.213	15.553	15.261
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	10.776	10.188	10.568	11.227	11.486	11.321
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli(non specificati per funzione)	3.299	3.390	3.737	3.986	4.067	3.940
Servizi per la prevenzione delle malattie	71	69	73	68	67	66
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	0	0	0	0	0	0
Altri servizi di assistenza sanitaria non classificati altrove (n.c.a.)	0	0	0	0	0	0
Tutte le funzioni	37.108	34.315	39.015	41.239	42.480	42.791

Fonte: Conti Nazionali, Sistema dei Conti della Sanità

Tavola 5 - Offerta di posti letto ospedalieri per regione e ripartizione. Anni 1996 e 2023
(valori assoluti per 1.000 residenti e valori percentuali)

REGIONI / RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Tasso di posti letto ospedalieri ordinari (per 1.000 residenti)		Posti letto ospedalieri ordinari in strutture private accreditate (percentuale sul totale dei posti letto ospedalieri ordinari)	
	1996	2023	1996	2023
Piemonte	5,6	3,2	16,8	20,5
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	4,4	3,3	0,0	18,2
Liguria	7,1	3,2	4,8	5,4
Lombardia	6,4	3,2	19,3	23,0
<i>Bolzano/Bozen</i>	6,1	3,0	12,5	23,5
<i>Trento</i>	7,0	3,6	19,4	30,7
Veneto	6,7	3,0	6,2	9,1
Friuli-Venezia Giulia	6,4	2,8	9,0	12,0
Emilia-Romagna	6,2	3,6	20,9	26,5
Toscana	5,8	2,7	13,5	14,1
Umbria	5,6	3,0	7,2	9,0
Marche	7,0	2,9	15,2	22,2
Lazio	8,2	3,2	38,3	34,9
Abruzzo	7,8	2,9	21,8	25,1
Molise	5,9	3,1	8,5	19,1
Campania	5,3	2,4	25,6	36,8
Puglia	7,0	2,9	10,5	24,7
Basilicata	6,7	3,0	26,7	2,5
Calabria	5,6	2,4	29,4	33,0
Sicilia	5,0	2,8	14,2	30,8
Sardegna	6,4	2,9	15,2	19,7
Nord	6,3	3,2	15,0	19,7
Nord-ovest	6,2	3,2	16,8	20,6
Nord-est	6,5	3,2	12,7	18,5
Centro	7,1	3,0	27,0	25,6
Mezzogiorno	5,9	2,7	18,7	28,8
Sud	6,1	2,6	20,4	29,2
Isole	5,4	2,8	14,5	28,0
Italia	6,3	3,0	18,8	23,6

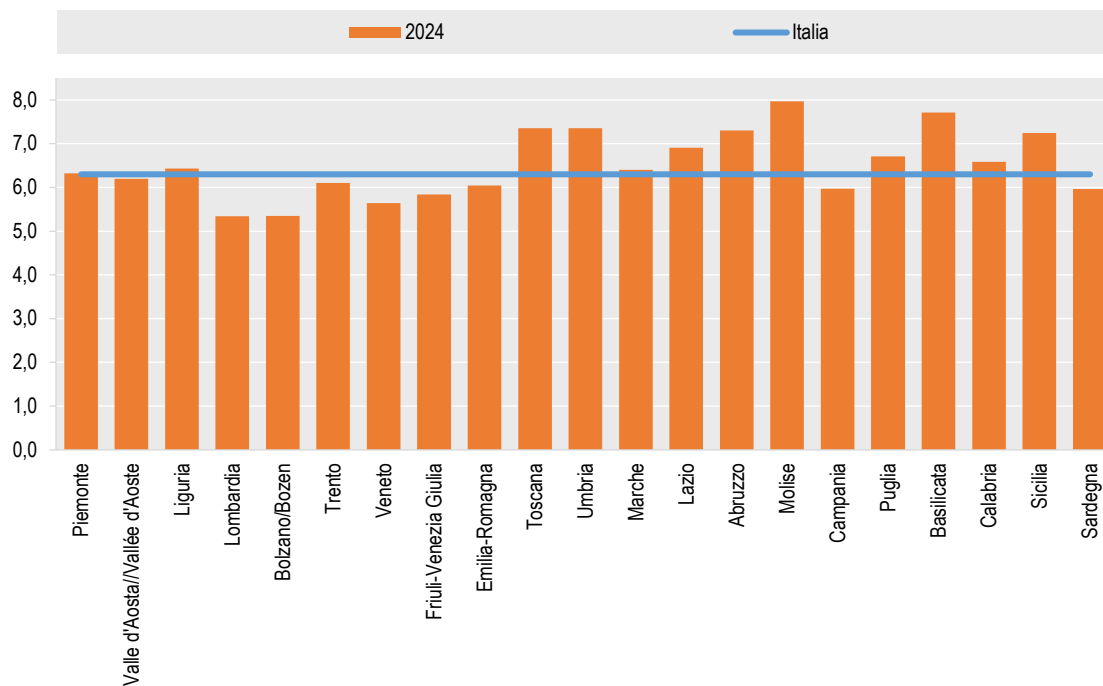
Fonte: Istat, Health for All

Tavola 6 - Tasso di dimissione ospedaliera nelle strutture pubbliche e in quelle private per regione e ripartizione. Anni 1996 e 2023
(valori assoluti per 1.000 residenti)

REGIONI / RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Tasso di dimissione ospedaliera in strutture pubbliche		Tasso di dimissione ospedaliera in strutture private accreditate	
	1996	2023	1996	2023
Piemonte	136,6	83,8	12,8	10,5
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	161,6	96,1	0,0	14,0
Liguria	192,0	101,4	1,5	4,4
Lombardia	153,6	83,4	24,9	20,7
<i>Bolzano/Bozen</i>	187,2	101,4	8,4	11,4
<i>Trento</i>	197,6	89,8	17,9	19,2
Veneto	191,4	97,2	8,4	5,7
Friuli-Venezia Giulia	170,5	94,5	14,3	8,4
Emilia-Romagna	169,6	101,0	28,6	29,2
Toscana	163,8	92,2	12,8	8,4
Umbria	178,2	102,9	11,3	6,7
Marche	195,4	87,4	21,1	13,0
Lazio	153,7	75,4	27,9	23,2
Abruzzo	190,0	79,7	32,0	20,9
Molise	198,7	90,9	9,8	13,0
Campania	127,7	57,9	35,2	23,5
Puglia	193,7	81,2	16,2	18,7
Basilicata	167,0	84,7	4,1	0,8
Calabria	140,0	58,2	45,4	14,0
Sicilia	154,9	67,9	23,7	22,4
Sardegna	151,3	75,2	22,5	15,5
Nord	164,5	90,7	18,0	16,2
Nord-ovest	153,0	85,3	18,7	16,4
Nord-est	180,9	98,2	17,0	15,9
Centro	164,2	84,2	20,9	16,1
Mezzogiorno	156,4	68,9	27,2	19,8
Sud	157,5	68,5	29,0	19,4
Isole	154,0	69,7	23,4	20,7
Italia	161,5	82,1	21,9	17,4

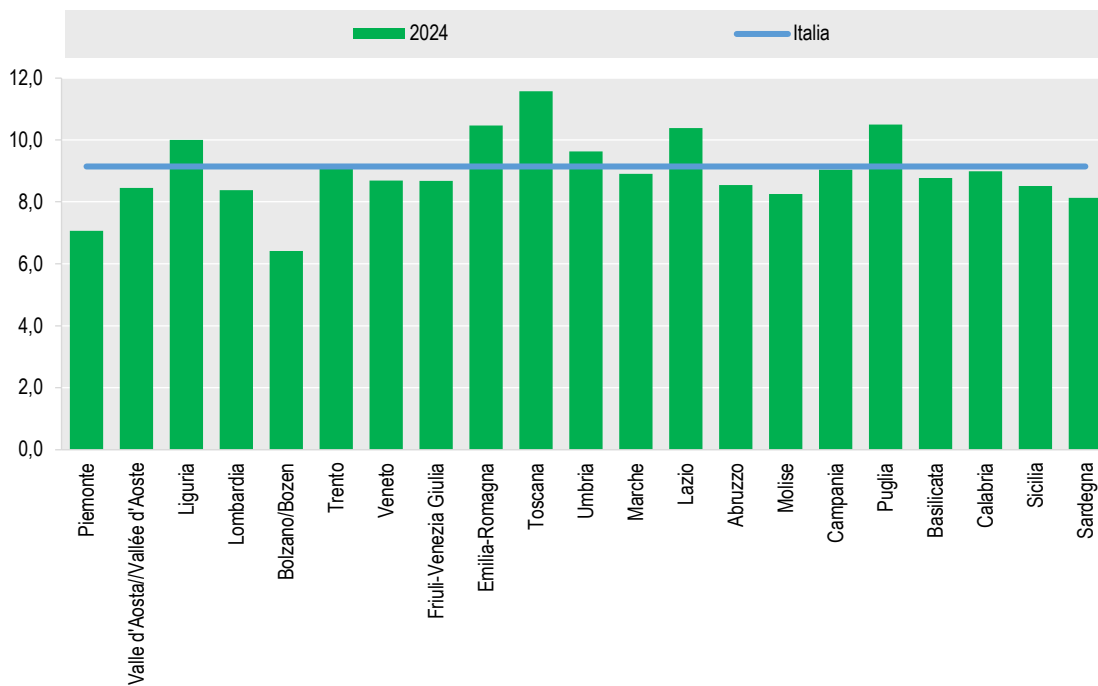
Fonte: Istat, Health for All

Figura 1a - Medici di medicina generale per regione. Anno 2024
(tasso per 10.000 residenti)



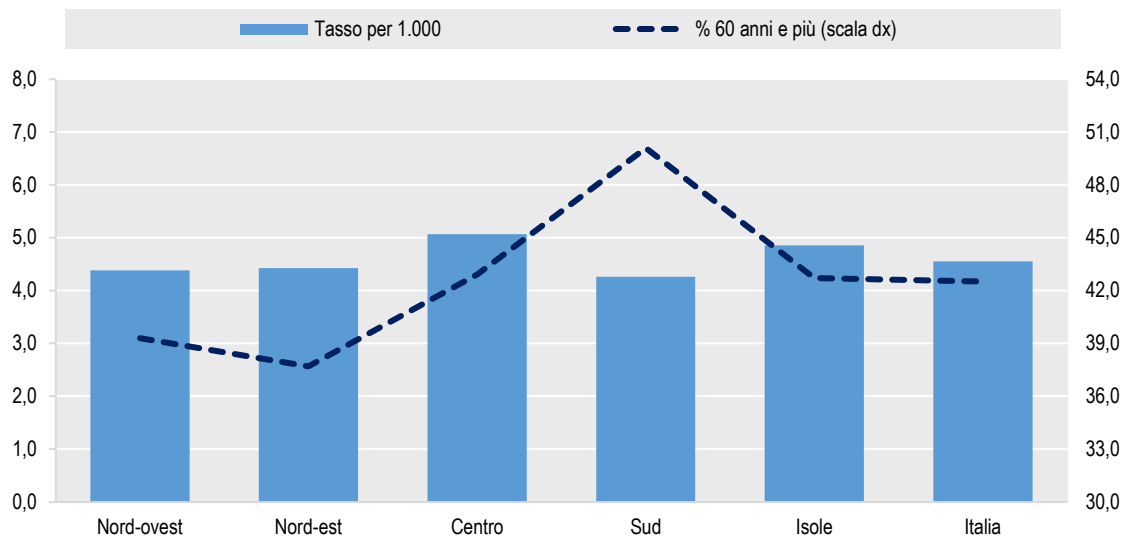
Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Figura 1b - Pediatri di libera scelta per regione. Anno 2024
(tasso per 10.000 residenti fino a 14 anni)



Fonte: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute

Figura 2a - Medici attivi nel settore di attività economica "Assistenza sanitaria" e percentuale di 60 anni e più per ripartizione. Anno 2023
(tasso per 1.000 residenti e valori percentuali)



Fonte: Istat, Registro statistico sui professionisti sanitari

Figura 2b - Infermieri attivi nel settore di attività economica "Assistenza sanitaria" e percentuale di 60 anni e più per ripartizione. Anno 2023
(tasso per 1.000 residenti e valori percentuali)



Fonte: Istat, Registro statistico sui professionisti sanitari

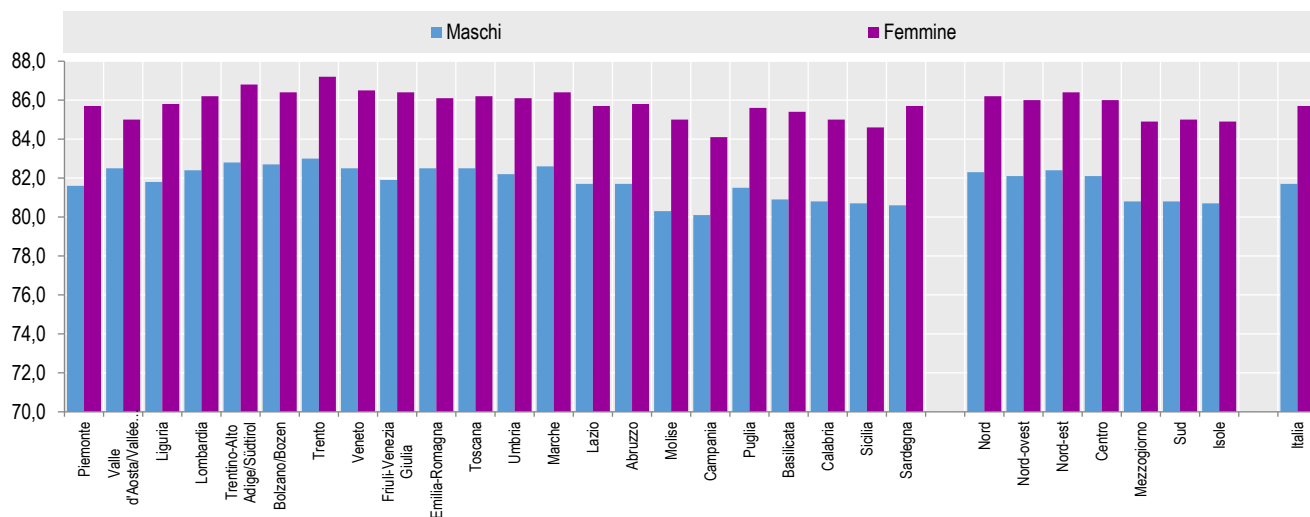
Tavola 7 - Medici specialisti attivi per regione e ripartizione. Anno 2024

(tassi per 1.000 residenti e valori percentuali)

REGIONI / RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Tasso per 1.000 residenti	% 60 anni e più			Composizione percentuale		
		Uomini	Donne	Totale	Area chirurgica	Area medica	Area dei servizi
Piemonte	3,3	54,4	27,9	41,8	27,0	44,8	28,1
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	3,2	54,8	23,4	41,5	26,6	48,6	24,8
Liguria	4,3	58,8	32,3	46,5	25,6	45,9	28,6
Lombardia	3,4	50,7	26,4	38,7	28,0	46,5	25,5
Trentino Alto Adige/Südtirol	2,8	45,0	22,6	34,5	29,7	48,4	22,0
<i>Bolzano/Bozen</i>	2,7	43,3	20,1	32,7	33,3	49,8	16,9
<i>Trento</i>	2,8	46,8	24,9	36,2	26,2	47,0	26,8
Veneto	3,1	53,6	24,2	40,1	27,5	44,5	28,0
Friuli-Venezia Giulia	3,6	51,1	22,5	37,0	26,3	44,6	29,1
Emilia-Romagna	3,9	51,6	28,6	40,1	26,0	47,3	26,7
Toscana	4,1	56,6	30,8	44,0	24,7	49,0	26,3
Umbria	4,0	57,0	30,0	43,9	24,4	45,6	29,9
Marche	3,3	56,8	27,0	42,8	23,2	46,9	29,9
Lazio	4,5	55,2	29,9	43,1	27,8	45,4	26,8
Abruzzo	4,0	58,4	31,9	45,6	25,1	43,6	31,2
Molise	3,6	55,6	36,4	47,7	23,5	43,6	32,9
Campania	3,7	60,0	31,1	49,2	27,2	45,1	27,7
Puglia	3,3	57,9	25,0	44,0	25,6	46,2	28,3
Basilicata	3,0	61,8	30,5	48,5	24,5	43,7	31,8
Calabria	3,6	62,6	35,7	51,3	24,2	44,4	31,4
Sicilia	4,0	55,3	28,1	43,9	26,4	45,4	28,2
Sardegna	4,4	50,3	31,3	39,8	25,3	46,7	28,1
Nord-ovest	3,4	52,7	27,4	40,4	27,5	46,0	26,5
Nord-est	3,4	51,8	25,9	39,3	26,9	46,0	27,1
Centro	4,2	55,9	29,9	43,4	26,1	46,6	27,2
Sud	3,6	59,6	30,3	47,7	25,9	45,1	29,0
Isole	4,1	54,2	29,1	42,8	26,1	45,7	28,2
Italia	3,7	55,1	28,5	42,8	26,6	45,9	27,5

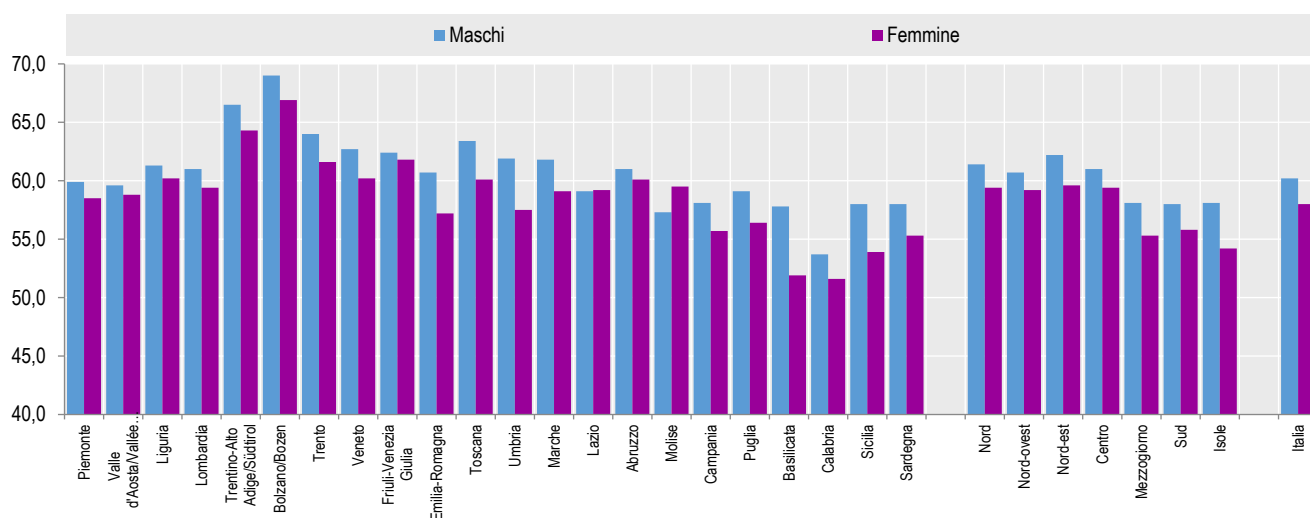
Fonte: Istat, Medici specialisti attivi

Figura 3a - Aspettativa di vita alla nascita per regione e ripartizione. Anno 2025 (a)
(valori in anni)



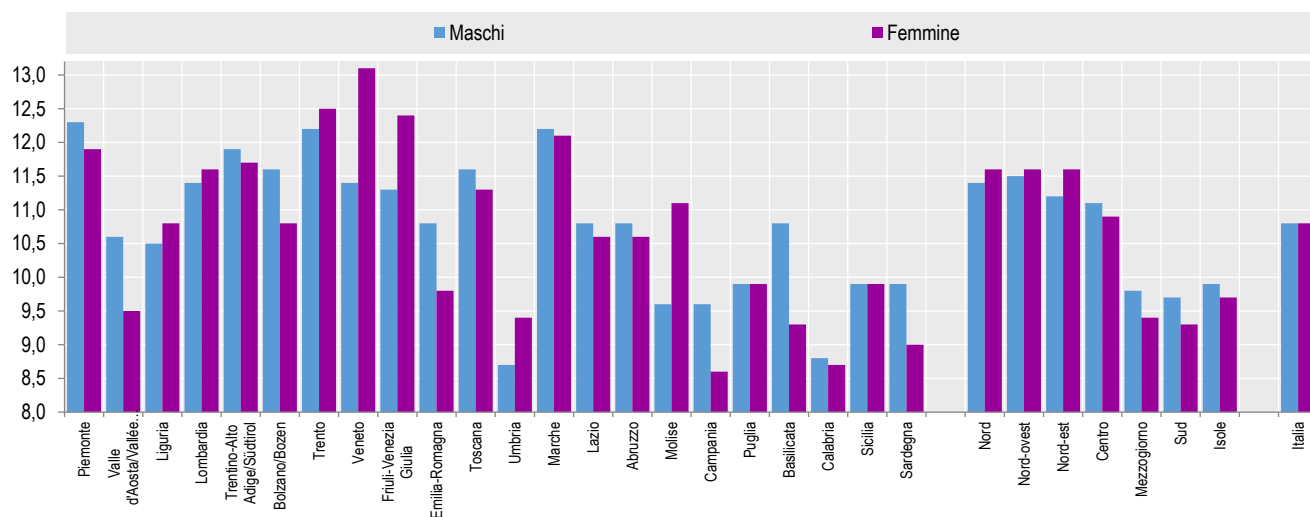
Fonte: Istat, Indicatori demografici
(a) I dati sono provvisori.

Figura 3b - Aspettativa di vita in buona salute per regione e ripartizione. Anno 2025 (a)
(valori in anni)



Fonte: Istat, Indicatori demografici
(a) I dati sono provvisori.

Figura 3c - Aspettativa di vita a 65 anni senza limitazioni per regione e ripartizione. Anno 2025 (a)
(valori in anni)



Fonte: Istat, Indicatori demografici
(a) I dati sono provvisori.

Tavola 8 - Multimorbilità per regione, ripartizione e sesso (prevalenze standardizzate). Anno 2025
(valori percentuali sul totale)

REGIONE / RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Totale			Popolazione di 65 anni e più		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	14,1	19,2	16,7	44,1	54,2	49,3
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	16,2	21,3	18,8	52,4	66,9	59,8
Liguria	17,4	21,9	19,7	51,8	62,9	57,5
Lombardia	16,6	19,6	18,1	50,0	57,8	53,9
Trentino-Alto Adige/Südtirol	13,3	16,2	14,8	40,7	49,8	45,3
<i>Bolzano/Bozen</i>	13,1	14,9	14,0	38,8	47,2	43,1
<i>Trento</i>	13,5	17,4	15,5	42,6	52,3	47,5
Veneto	16,7	17,1	16,9	52,4	53,7	53,1
Friuli-Venezia Giulia	14,3	15,8	15,1	44,5	52,0	48,3
Emilia-Romagna	15,6	19,7	17,7	48,4	62,4	55,5
Toscana	14,7	18,4	16,6	48,9	55,6	52,4
Umbria	15,7	18,2	17,0	44,5	56,9	50,9
Marche	13,4	16,7	15,1	42,4	52,1	47,3
Lazio	17,1	20,4	18,8	47,7	64,6	56,4
Abruzzo	17,6	20,0	18,8	47,4	62,5	55,1
Molise	14,6	17,0	15,8	43,8	52,1	48,0
Campania	16,4	21,3	18,9	53,6	67,5	60,7
Puglia	17,6	21,3	19,5	57,9	63,6	60,8
Basilicata	15,4	23,7	19,6	51,2	63,1	57,2
Calabria	18,4	21,6	20,1	60,1	66,3	63,3
Sicilia	17,6	22,5	20,1	55,3	67,5	61,5
Sardegna	16,4	21,2	18,8	48,4	66,4	57,5
Nord-ovest	16,0	19,7	17,9	49,0	57,4	53,3
Nord-est	15,7	17,8	16,7	49,0	56,3	52,7
Centro	15,8	19,1	17,5	47,3	59,3	53,5
Sud	17,1	21,1	19,2	54,8	65,0	60,0
Isole	17,4	22,2	19,8	54,3	67,0	60,8
Italia	16,3	19,8	18,1	50,5	60,4	55,5

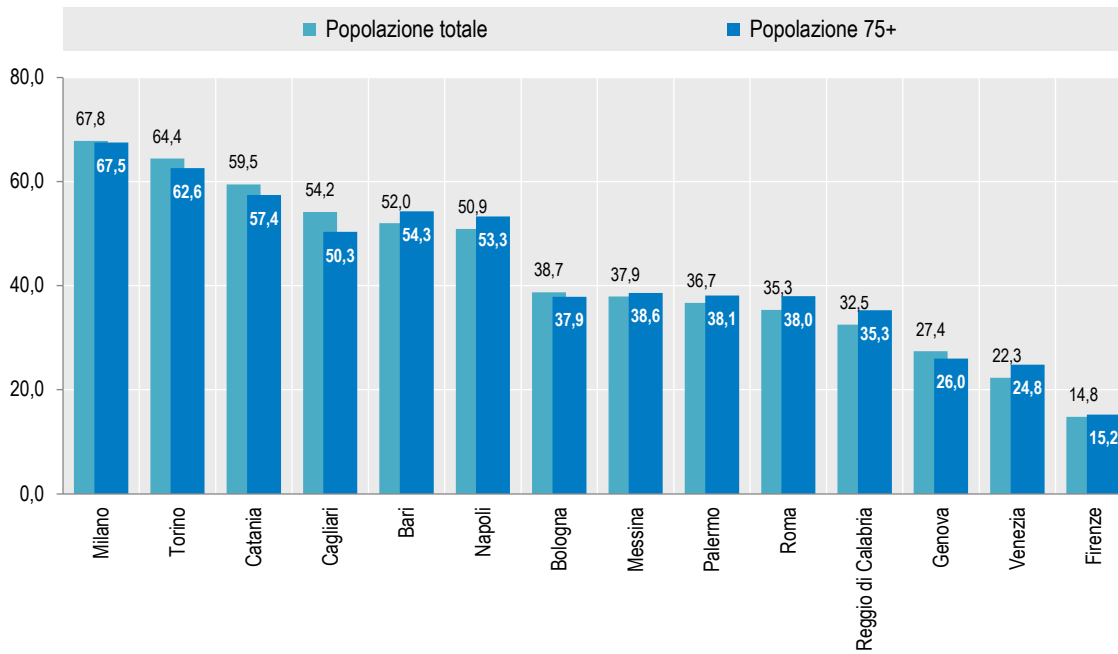
Fonte: Istat, Indagine sugli aspetti della vita quotidiana

Tavola 9 - Tassi standardizzati di mortalità prevenibile, trattabile ed evitabile per le persone con età inferiore a 75 anni per regione, ripartizione e sesso. Anno 2023
(tassi per 10.000 residenti)

REGIONE / RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Prevenibile-Femminile	Prevenibile-Maschi	Prevenibile-Totale	Trattabile-Femmine	Trattabile-Maschi	Trattabile-Totale	Evitabile-Femmine	Evitabile-Maschi	Evitabile-Totale
Piemonte	5,9	14,7	10,2	6,1	6,9	6,5	12,0	21,7	16,7
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	5,1	15,6	10,3	5,2	4,6	4,9	10,4	20,2	15,1
Liguria	6,1	13,8	9,8	5,5	6,1	5,8	11,6	19,9	15,6
Lombardia	5,4	13,0	9,1	5,1	5,8	5,5	10,6	18,8	14,6
Trentino-Alto Adige/Südtirol	5,0	12,6	8,7	4,3	4,8	4,5	9,3	17,4	13,3
<i>Bolzano/Bozen</i>	4,7	13,3	8,9	4,3	4,5	4,4	9,0	17,8	13,3
<i>Trento</i>	5,3	12,0	8,6	4,4	5,0	4,7	9,6	17,0	13,2
Veneto	4,7	12,3	8,4	4,6	5,2	4,9	9,3	17,5	13,3
Friuli-Venezia Giulia	5,9	13,7	9,7	5,3	6,6	5,9	11,2	20,3	15,6
Emilia-Romagna	5,5	13,0	9,1	4,9	5,8	5,3	10,4	18,8	14,4
Toscana	5,3	12,5	8,7	4,7	5,5	5,1	10,0	18,0	13,8
Umbria	5,5	13,4	9,3	4,8	5,7	5,2	10,3	19,1	14,5
Marche	5,1	12,7	8,8	4,6	5,6	5,1	9,7	18,3	13,9
Lazio	6,6	15,0	10,6	5,8	7,0	6,4	12,4	22,1	17,0
Abruzzo	5,5	15,5	10,3	5,8	7,3	6,6	11,3	22,9	16,9
Molise	5,6	16,4	10,9	5,9	8,5	7,2	11,5	24,9	18,1
Campania	7,4	17,4	12,2	7,5	9,4	8,4	14,9	26,8	20,6
Puglia	4,9	14,6	9,5	6,4	7,0	6,7	11,3	21,5	16,2
Basilicata	4,9	14,2	9,4	5,5	6,8	6,1	10,4	21,0	15,6
Calabria	6,1	16,3	11,0	6,6	8,9	7,7	12,7	25,2	18,7
Sicilia	6,1	14,7	10,2	6,9	7,9	7,4	13,0	22,6	17,6
Sardegna	5,6	17,0	11,1	5,9	7,2	6,5	11,5	24,1	17,6
Nord	5,4	13,2	9,2	5,2	5,9	5,5	10,6	19,1	14,7
Nord-ovest	5,6	13,6	9,5	5,5	6,1	5,8	11,1	19,7	15,3
Nord-est	5,2	12,8	8,8	4,7	5,5	5,1	9,9	18,3	14,0
Centro	5,9	13,8	9,7	5,2	6,3	5,7	11,1	20,1	15,4
Mezzogiorno	6,1	15,8	10,7	6,7	8,1	7,4	12,8	23,9	18,1
Sud	6,1	16,0	10,9	6,8	8,3	7,5	12,9	24,3	18,4
Isole	6,0	15,3	10,4	6,7	7,7	7,2	12,6	23,0	17,6
Italia	5,7	14,2	9,8	5,7	6,7	6,2	11,4	20,9	16,0

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

Figura 4 - Popolazione totale e con almeno 75 anni di età che può raggiungere un Ospedale con Pronto Soccorso o DEA entro 8 minuti per comune capoluogo di Città metropolitana. Anno 2023 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Elaborazioni su dati Istat, Ministero della Salute e TOM TOM