

CONDIZIONI DI SALUTE E OFFERTA SANITARIA NELLE CITTÀ METROPOLITANE

Seguendo la strada tracciata dalle altre Statistiche focus¹, questo lavoro propone un'analisi comparata spazio-temporale fra città metropolitane e rispettive articolazioni territoriali tesa a rappresentare scenari di salute della popolazione e caratteristiche dell'offerta sanitaria. Attraverso una selezione di temi e indicatori, viene descritta l'offerta ospedaliera in termini di posti letto e il ricorso all'ospedalizzazione², con particolare riferimento ad alcune gravi patologie. Viene analizzato inoltre lo stato di salute della popolazione attraverso lo studio della mortalità evitabile nelle sue componenti, prevenibile e trattabile, e la mortalità per alcune cause.

I dati sono prevalentemente riferiti ai trienni 2007-2009 e 2017-2019 nonché agli anni 2020 e 2021, per cogliere gli effetti e le ricadute della pandemia da Covid-19 sul contesto sanitario e di salute nei territori considerati.

Dal punto di vista amministrativo, le città metropolitane sono enti territoriali di area vasta che hanno sostituito le province in 10 aree urbane di regioni a statuto ordinario - Roma, Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Bari, Napoli e Reggio Calabria - a cui si aggiungono quattro città metropolitane di Regioni a statuto speciale - Palermo, Catania, Messina e Cagliari.

All'interno delle città metropolitane il comune capoluogo rappresenta il *polo* del territorio intorno al quale gravitano i comuni appartenenti alla prima e seconda cintura urbana nonché gli altri comuni della città metropolitana, individuati mediante criteri di contiguità geografica.

Sintesi dei principali risultati

- Italia: 1.051 strutture di ricovero (pubbliche e private accreditate) con 230.992 posti letto (ordinari e in *day hospital*); 3,9 per 1.000 abitanti al 1° gennaio 2021. I posti letto sono concentrati nei comuni capoluogo di città metropolitana: 7,2 ogni 1.000 abitanti contro 1,9 nei comuni di prima cintura urbana e 2,1 in quelli di seconda cintura.
- Posti letto per tipo di disciplina: la città metropolitana di Cagliari ha la maggiore dotazione di posti letto per acuti (5 per 1.000 abitanti), quella di Bologna per lungodegenza (0,4 posti letto per 1.000 abitanti) e quella di Torino per riabilitazione (0,7 posti letto per 1.000 abitanti).
- Nella città metropolitana di Roma la più alta concentrazione di posti letto (ordinari e in *day hospital*): quasi 82 posti letto su 100 presenti nel Lazio sono offerti da strutture ospedaliere ubicate nel territorio metropolitano.
- Offerta di posti letto in rapporto alla popolazione: la città metropolitana di Firenze offre quasi un terzo dei posti letto regionali nonostante la popolazione residente non raggiunga un quinto di quella toscana. Andamento opposto a Napoli: i posti letto ubicati nella città metropolitana sono il 54,1% di quelli regionali e la popolazione residente il 76,2% della Campania.
- Mobilità ospedaliera passiva extra-regione nel 2021: dalla città metropolitana di Reggio Calabria si sposta quasi un paziente su quattro e da quella di Genova quasi uno su 10.

¹ La presente analisi si inserisce nel campo di studio dei contesti urbani, all'interno del quale sono state già pubblicate le Statistiche focus dedicate alla descrizione dei profili multitematici delle città metropolitane (<https://www.istat.it/it/archivio/280436>) e allo studio della popolazione anziana (<https://www.istat.it/it/archivio/287263>).

² I dati di ospedalizzazione e di mortalità sono elaborati secondo la residenza del paziente o del deceduto, come riportato nel glossario.

- Maggior ricorso all'ospedalizzazione 0-74 anni per tumore (regime ordinario e diurno) per i residenti nei comuni capoluogo (10,3 ogni 1.000) rispetto ai territori sub urbani (9,9 ogni 1.000 nella prima cintura e 9,7 nella seconda) e rispetto ai valori italiani (9,8 per 1.000). I comuni polo di Genova, Napoli, Messina, Catania e Cagliari sfiorano 12 dimissioni ogni 1.000.
- Le dimissioni per tumore variano anche in ragione del genere: nel 2021 e nel triennio 2017-2019 il rapporto di mascolinità è inferiore a 100 nei comuni capoluogo e nelle cinture urbane di primo e secondo livello, indicando una prevalenza sistematica delle dimissioni femminili.
- Sempre nel 2021, i comuni capoluogo presentano un tasso di dimissioni ospedaliere 0-74 anni per malattie del sistema cardiocircolatorio (regime ordinario e diurno) di 8,4 ogni 1.000 abitanti (8,5 per 1.000 a livello Italia). I maggiori livelli si raggiungono nei comuni di Napoli (10,2 ogni 1.000) e Catania (9,4 per 1.000).
- L'analisi per genere, nei ricoveri per malattie cardiocircolatorie 0-74 anni, rivela importanti differenziazioni: nell'insieme delle città metropolitane le dimissioni maschili sono oltre il doppio di quelle femminili. Nei capoluoghi di Venezia e Milano il divario è particolarmente marcato: i ricoveri maschili sono circa tre volte quelli femminili.
- Nei comuni capoluogo, nel 2021, le dimissioni ospedaliere 0-74 anni per malattie dell'apparato respiratorio (regime ordinario e diurno) per 1.000 residenti, registrano tassi di ricovero maggiori delle altre aree sub metropolitane: 7,3 dimissioni ogni 1.000 abitanti (6,8 a livello Italia); in testa i comuni di Bologna (8,4 ogni 1.000) e di Roma (8,2 ogni 1.000).
- Anche per le malattie dell'apparato respiratorio è rilevante il divario di genere: nel 2021 il tasso di ospedalizzazione degli uomini 0-74 anni è 8,7 ogni 1.000 residenti e quello delle donne della stessa fascia di età è 5,2 ogni 1.000. Il divario è particolarmente significativo nei comuni di seconda cintura urbana di Messina e Cagliari (rapporto di mascolinità che si attesta intorno a 210 ricoveri maschili ogni 100 femminili).
- Nelle città metropolitane i decessi evitabili (ovvero i decessi che avvengono nella fascia di età 0-74 che potrebbero essere evitati o ridotti in quanto riconducibili a cause di morte contrastabili con un'adeguata e accessibile assistenza sanitaria, con la diffusione di stili di vita più salutari e con la riduzione dei fattori di rischio ambientali), nel 2021, sono circa 20 ogni 10mila abitanti (19,2 a livello Italia) con un incremento del 16,6% rispetto alla media del periodo 2017-2019.
- Il *trend* della mortalità evitabile nelle città metropolitane è determinato prevalentemente dalla crescita della componente prevenibile che si attesta a circa 13 decessi ogni 10mila nel 2021 e nel 2020 (12,8 a livello Italia). Da segnalare che la crescita della mortalità prevenibile è dovuta in gran parte ai decessi causati da Covid-19, pari a 3,5 nel 2021 e 3,3 nel 2020 ogni 10mila abitanti.
- Le città metropolitane del Mezzogiorno segnano i valori più critici della mortalità evitabile (esclusa Cagliari che si posiziona sotto il valore medio) che raggiunge il suo massimo nella città metropolitana di Napoli (27,1 per 10mila nel 2021), seguita da Messina e Palermo (circa 23 ogni 10mila).
- Gli uomini hanno un livello di mortalità evitabile doppio rispetto alle donne: nel complesso delle città metropolitane nel 2021 i decessi maschili sono 26,8 ogni 10mila (in Italia 25,5) e quelli femminili 14,7 (in Italia 13,4 Italia) con un rapporto di mascolinità 182.
- Nel 2021, fra i comuni capoluogo, la mortalità per tumore 0-74 anni raggiunge i valori più alti a Napoli (15,5 decessi ogni 10mila abitanti) e a Catania (15 decessi ogni 10mila), unico comune capoluogo dove la mortalità cresce rispetto al periodo precedente la pandemia (+7,9%).
- La mortalità per malattie del sistema circolatorio 0-74 anni, nel 2021, è più alta nei territori metropolitani del Sud, con Messina e Napoli in testa: quasi otto decessi ogni 10mila abitanti (5,2 a livello italiano). Fanno eccezione i territori metropolitani di Cagliari e Bari che presentano livelli di mortalità fra i più contenuti (circa 4 decessi ogni 10mila).
- Rispetto al triennio pre-pandemico, nelle città metropolitane, si osserva la progressiva riduzione della mortalità 0-74 anni causata da malattie del sistema circolatorio (-5,2%).
- Nel 2021, la mortalità 0-74 anni per malattie del sistema respiratorio, nell'insieme delle città metropolitane è di 1,2 ogni 10mila abitanti (1,1 in Italia). Nella città metropolitana di Napoli e nel suo capoluogo, nel 2021, si riscontrano i valori più elevati, rispettivamente 1,9 e 2,3 decessi ogni 10mila abitanti.

La struttura dell'offerta ospedaliera: nei capoluoghi 7,2 posti letto per abitante

L'assistenza ospedaliera rappresenta il sistema di strutture che eroga cure mediche e chirurgiche, di diagnosi e trattamento specializzato e intensivo, rivolta principalmente a pazienti con esigenze sanitarie complesse o gravi, fornito all'interno di strutture di cura. In Italia è garantita dal Servizio Sanitario Nazionale attraverso una molteplicità di prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza (LEA), erogate senza alcuna compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito.

La gestione della rete di assistenza ospedaliera è di competenza regionale ed è organizzata nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi determinati a livello nazionale.

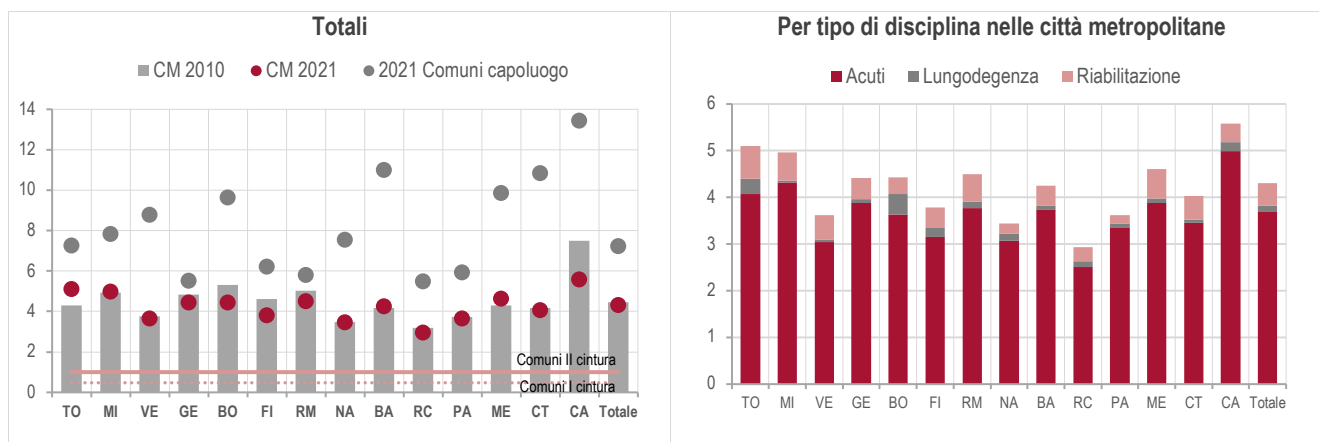
Attraverso l'analisi della dotazione infrastrutturale sanitaria in termini di presenza di strutture ospedaliere e disponibilità di posti letto, è possibile fornire elementi di valutazione sul grado di risposta alle esigenze di cura della popolazione nei diversi territori e sull'efficienza dell'organizzazione del sistema sanitario.

In Italia, analogamente ad altri Paesi europei (Ue27), nei periodi antecedenti la pandemia, si è applicata una politica di razionalizzazione dell'offerta di cure ospedaliere che ha determinato la progressiva riduzione del numero dei posti letto. Questa scelta è stata favorita dai progressi tecnologici e dalla crescente prevalenza di malattie croniche sempre più curabili in strutture territoriali e in ambiente domiciliare, con conseguente parziale sostituzione del ricovero in regime ordinario. L'attuale normativa nazionale³ prevede una dotazione di posti letto a livello regionale non superiore a 3,7 ogni 1.000 abitanti, di cui 0,7 destinati alle attività di riabilitazione e lungodegenza.

In Italia, al 1° gennaio 2021, sono presenti 1.051 strutture di ricovero (pubbliche e private accreditate), di cui 392 ubicate nei territori metropolitani, per un totale di 230.992 posti letto ordinari e in *day hospital*, ovvero 3,9 posti letto ogni 1.000 abitanti, mentre nelle città metropolitane tale rapporto sale a 4,3 (Figura 1). Nel decennio 2010-2020 i posti letto per abitante hanno subito una sensibile riduzione (in Italia si è passati da 4,1 posti per 1.000 abitanti a 3,5; nelle città metropolitane da 4,5 a 3,8) per poi registrare una ripresa nel 2021, a causa dell'emergenza sanitaria del Covid-19.

Il ruolo baricentrico e attrattore di servizi tipicamente svolto dai capoluoghi metropolitani, è confermato anche dall'elevata dotazione infrastrutturale ospedaliera concentrata in questi territori (7,2 posti letto totali ogni 1.000 abitanti nel 2021) rispetto ai territori satellite (1,9 per 1.000 abitanti nei comuni di prima cintura e 2,1 nei comuni di seconda cintura). Il confronto fra i capoluoghi delle 14 città metropolitane mostra però un andamento particolarmente diversificato: Cagliari è il comune con la maggiore dotazione di posti letto ordinari e in *day hospital* per abitante (13,4 per 1.000), verosimilmente per la necessità di far fronte alle esigenze specifiche di un'isola, in cui la geografia e il sistema di trasporti possono rendere difficile l'accesso rapido a strutture mediche al di fuori del perimetro isolano. Seguono i comuni di Bari e di Catania. Reggio di Calabria e Genova invece sono i comuni con la minore disponibilità di posti letto totali (5,5 ogni 1.000 abitanti).

FIGURA 1. POSTI LETTO ORDINARI E DAY HOSPITAL NELLE STRUTTURE DI RICOVERO. Anni 2010 e 2021 (al 1° gennaio), valori per 1.000 abitanti



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Indagine sugli istituti di cura pubblici e privati

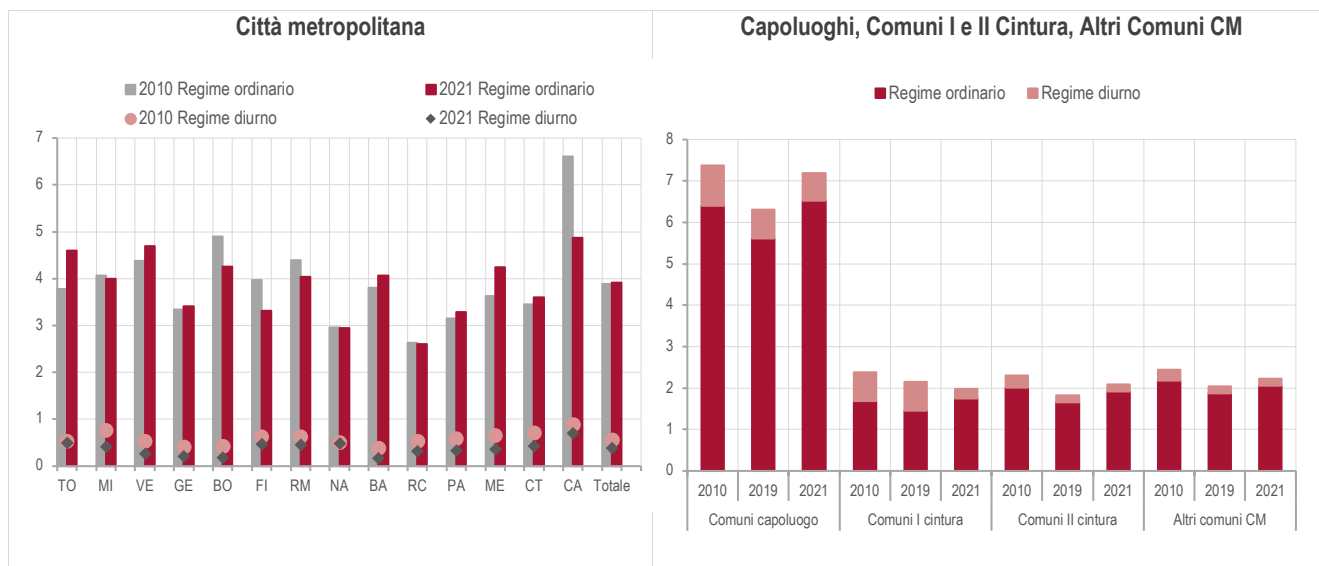
³ DM 70/2015 - Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Sotto il profilo della tipologia della disciplina ospedaliera si individuano i posti letto per acuti (che offrono cure mediche intensive e immediate), per lungodegenza (cure a lungo termine) e per riabilitazione (terapie specializzate per il recupero delle funzionalità).

L'offerta di posti letto per acuti (ordinari e in *day hospital*) in Italia nel 2021 è di 3,3 ogni 1.000 abitanti, in aumento di 0,4 posti ogni 1.000 rispetto al 2020 e rappresenta l'85% del totale dei posti disponibili. La lungodegenza assorbe invece il 3,4% del totale dei posti letto (0,1 posti ogni 1.000 abitanti) e la riabilitazione l'11,1% (0,4 posti ogni 1.000 abitanti).

Nei territori metropolitani risultano tuttavia particolarmente variabili sia la ripartizione dei posti letto fra le tre discipline sia la disponibilità di posti letto per abitante. La città metropolitana di Palermo detiene la più alta quota di posti destinati alla disciplina per acuti (92,4%); quella di Bologna la percentuale più elevata di posti per lungodegenza (9,8%, che corrisponde a 0,4 posti per 1.000 abitanti) e la città metropolitana di Torino ha la maggiore incidenza di posti letto destinati alla riabilitazione (6,4%, 0,7 posti ogni 1.000 abitanti). Cagliari ha la maggiore dotazione di posti letto per acuti in rapporto alla popolazione: nella città metropolitana vi sono cinque posti ogni 1.000 residenti e nel comune i posti salgono a 12,6 per 1.000 abitanti. Superano la quota di un posto ogni 1.000 abitanti per riabilitazione i comuni di Venezia, Bari, Messina, Catania.

FIGURA 2. POSTI LETTO PER ACUTI ORDINARI E DAY HOSPITAL NELLE STRUTTURE DI RICOVERO. Anni 2010, 2019 e 2021, valori per 1.000 abitanti



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Indagine sugli istituti di cura pubblici e privati

Nell'ambito dei posti letto per acuti, esaminando il regime di ricovero, è possibile analizzare la dotazione di posti letto ordinari e in regime diurno, nonché il loro andamento temporale. A livello nazionale i posti letto in regime ordinario nel 2021 sono 3,6 ogni 1.000 abitanti, collocandosi agli stessi livelli del 2010 e in crescita di 0,5 rispetto all'anno precedente, mentre i posti letto in regime diurno sono 0,3 ogni 1.000 persone. Per il totale delle città metropolitane nel 2021 la dotazione è di 3,9 posti letto in regime ordinario ogni 1.000 abitanti e 0,4 ogni 1.000 in regime diurno, con il record nella città metropolitana di Cagliari in cui si raggiungono i 4,9 posti letto ordinari e 0,7 in regime diurno, sempre misurati in rapporto a 1.000 residenti (Figura 2). I capoluoghi si confermano i maggiori attrattori di posti letto ospedalieri sia per quanto attiene al regime ordinario (6,5 posti letto ogni 1.000 abitanti, nel 2021) sia a quello diurno (0,7 ogni 1.000 persone).

Nella città metropolitana di Roma l'82% dei posti letto regionali

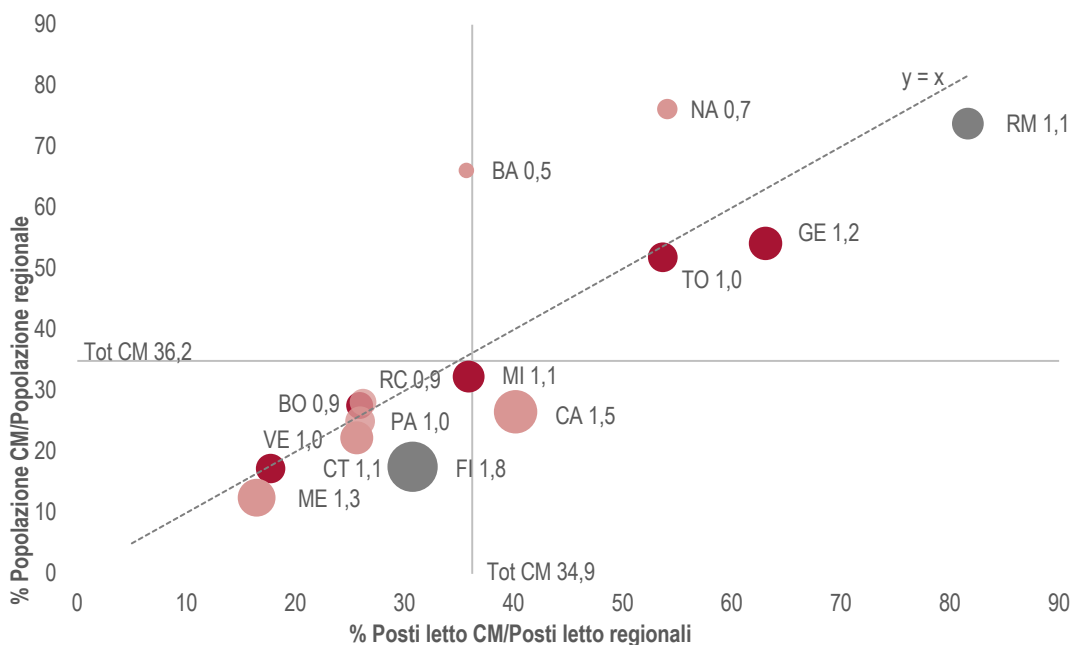
Di particolare interesse l'analisi dell'offerta sanitaria sotto il profilo della concentrazione geografica dei posti letto ospedalieri. I territori metropolitani attraggono in media circa il 35% dei posti letto totali presenti nella propria regione di appartenenza (Figura 3).

A Roma la maggiore concentrazione: ogni 100 posti letto del Lazio, quasi 82 sono offerti da strutture ospedaliere ubicate nel territorio metropolitano di Roma. Nella città metropolitana di Genova sono localizzati il 63% dei posti letto della Liguria, così come nei territori metropolitani di Torino e di Napoli si concentra circa la metà della disponibilità dei posti del Piemonte e della Campania. La dotazione di posti letto ospedalieri è invece minima nelle città metropolitane di Messina e di Venezia che sono sede, rispettivamente, di 16 e di 18 posti letto ogni 100 presenti nelle regioni di appartenenza. In Sicilia complessivamente le tre città metropolitane di Palermo, Messina e Catania offrono il 68% dei posti letto regionali.

Nelle città metropolitane, la rappresentazione congiunta dell'incidenza di posti letto e dell'incidenza della popolazione residente rispetto ai totali regionali, evidenzia una relazione positiva fra i due indicatori, in cui l'alta concentrazione di posti letto in un certo territorio, corrisponde ad una elevata concentrazione di popolazione.

Fanno eccezione, con una dotazione di posti letto superiore al peso della popolazione dell'area (evidenziata dalla dimensione delle bolle nella Figura 3), la città metropolitana di Firenze che offre quasi un terzo dei posti letto regionali, a fronte di una popolazione residente che non raggiunge il 18% di quella toscana e la città metropolitana di Cagliari, dove si concentra oltre il 40% dei posti letto della regione Sardegna ed è residente il 27% della popolazione regionale. In questi territori si delinea dunque una forte concentrazione dei posti letto ospedalieri nel perimetro della città metropolitana, che diventa un potenziale polo di attrazione sia per i pazienti della regione sia per i pazienti provenienti da altre regioni. Una situazione opposta si rileva nelle città metropolitane di Napoli (in cui l'incidenza della popolazione è del 76% e quella dei posti letto 54%) e di Bari (in cui il peso della popolazione è 66% e i posti letto non raggiungono il 36% del totale regionale).

FIGURA 3. POSTI LETTO ORDINARI E DAY HOSPITAL E POPOLAZIONE RESIDENTE NELLE CITTÀ METROPOLITANE. Anno 2021, incidenza percentuale sui totali regionali, dimensione bolle = rapporto tra i due indicatori



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Indagine sugli istituti di cura pubblici e privati

Città metropolitana di Reggio Calabria: cure ospedaliere fuori regione per un paziente su quattro

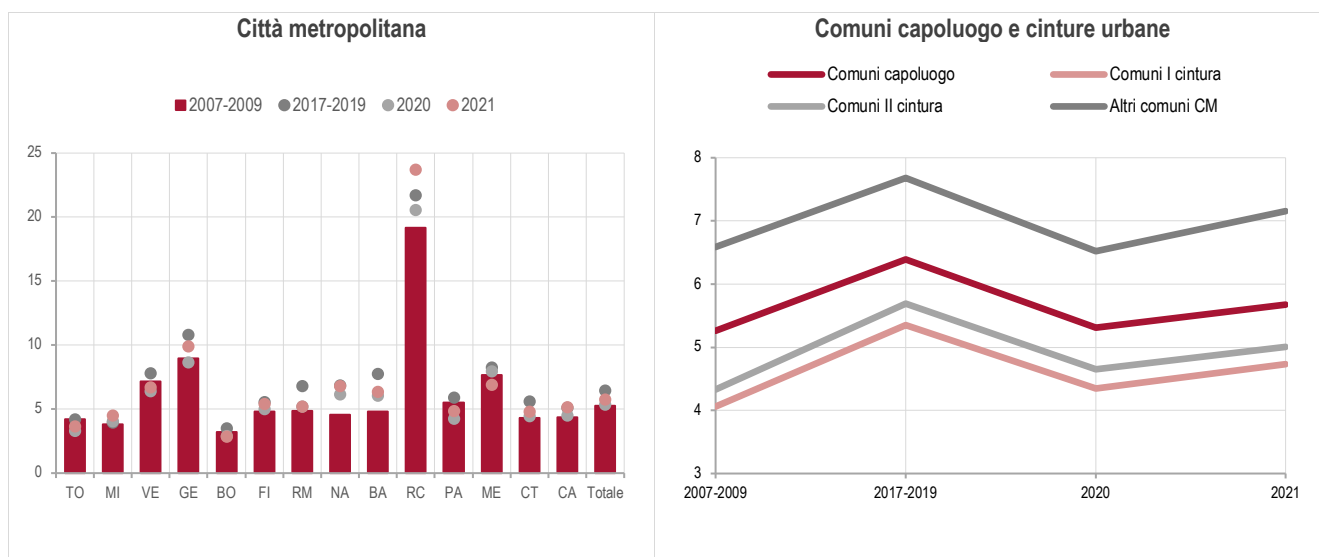
La mobilità ospedaliera, ovvero la scelta di usufruire delle cure di un sistema regionale sanitario diverso da quello della propria regione di residenza, è un fenomeno complesso generato da una molteplicità di fattori quali la prossimità dei presidi ospedalieri, la qualità delle prestazioni erogate (spesso collegata all'aspettativa di esiti significativamente migliori rispetto a quelli che si otterrebbero facendosi curare nella propria regione), la casualità associata agli spostamenti temporanei della popolazione e la carenza quantitativa o qualitativa di un'appropriata assistenza sanitaria.

La stessa normativa nazionale⁴ e gli accordi fra le regioni disciplinano l'ambito di applicazione del fenomeno, rendendo concreto e fruibile il servizio per i cittadini.

Sebbene dal punto di vista sanitario la mobilità ospedaliera tra regioni costituisca un pilastro per garantire l'equità nell'accesso alle cure, è possibile individuare alcuni aspetti sociali potenzialmente critici. In primo luogo l'allontanamento dal proprio contesto familiare e dall'abituale rete di sostegno può agire negativamente sul benessere fisico e mentale del paziente, rendendo più complesso il processo di guarigione e recupero. Inoltre la mobilità ospedaliera potrebbe non essere accessibile a tutti, sia per ragioni economiche sia logistiche, creando ulteriori barriere nell'accesso alle cure. Fra i diversi aspetti, in questa sede l'attenzione è focalizzata sulla mobilità ospedaliera passiva, misurata attraverso l'indice di emigrazione, calcolato come rapporto percentuale fra il numero di dimissioni ospedaliere di residenti nelle città metropolitane e nelle rispettive articolazioni territoriali avvenute fuori dalla regione e il totale delle dimissioni dei residenti nella regione.

La mobilità ospedaliera interregionale è ormai un fenomeno strutturale che caratterizza i sistemi sanitari: nel triennio 2007-2009 a livello italiano riguardava 7,4 dimissioni ogni 100 mentre dopo 10 anni (triennio 2017-2019) si rileva un incremento di quasi una dimissione ogni 1.000. Nel 2020 si assiste inevitabilmente a una riduzione del fenomeno, mentre nel 2021, con l'allentamento delle misure restrittive tese al contenimento dell'ondata pandemica da Covid-19, gli spostamenti mostrano segnali di ripresa, sfiorando otto dimissioni ospedaliere ogni 100.

FIGURA 4. INDICE DI EMIGRAZIONE OSPEDALIERA FUORI REGIONE. Trienni 2007-2009, 2017-2019, anni 2020 e 2021, valori percentuali



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Scheda di dimissione ospedaliera – SDO

⁴ D.lgs. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" - D.lgs. 517/1993 "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" - D.lgs. 229/1999 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"

La mobilità ospedaliera dei residenti nel perimetro delle città metropolitane è costantemente inferiore di circa due dimissioni ogni 1.000 rispetto alla media nazionale, sebbene si presenti nel territorio con notevoli differenze. Nella città metropolitana di Reggio Calabria, nel 2021, sfiora quota 24% (quasi un paziente su quattro), dato in crescita rispetto ai trienni 2007-2009 e 2017-2019 e quattro volte superiore alla media del complesso delle città metropolitane (Figura 4). Significativa mobilità anche dalla città metropolitana di Genova verso le altre regioni, con valori che si avvicinano al 10%.

La propensione allo spostamento per ragioni di cura mantiene un andamento temporale che ricalca il *trend* nazionale anche in corrispondenza degli altri ambiti urbani, con la maggiore intensità per i residenti nei comuni più distanti dai comuni polo. Infatti, nel 2021, le dimissioni fuori regione dei residenti nel complesso degli Altri comuni delle città metropolitane sono 7,2 ogni 100 totali e al suo interno l'indice di emigrazione interregionale più alto si rileva nelle città metropolitane di Venezia (15,2 ogni 100) e Genova (12,2 ogni 100). Reggio Calabria si conferma il territorio con la maggiore fuga verso altre regioni, anche in ciascuna delle aree sub metropolitane.

Si ravvisa inoltre un lieve divario di genere nell'entità della mobilità interregionale: nel 2021 nei territori metropolitani si effettuano 5,5 dimissioni fuori regione femminili ogni 100 contro sei maschili ogni 100 (Prospetto 1). La preponderanza maschile nel ricorso alle cure extra regione è un fattore comune a tutte le città metropolitane ad eccezione di Venezia e Torino al Nord, Bari e Cagliari al Sud. In particolare a Bari e a Torino il rapporto di mascolinità è inferiore a 100 sia in corrispondenza dei comuni capoluogo, sia in corrispondenza degli altri territori sub urbani (Figura 5).

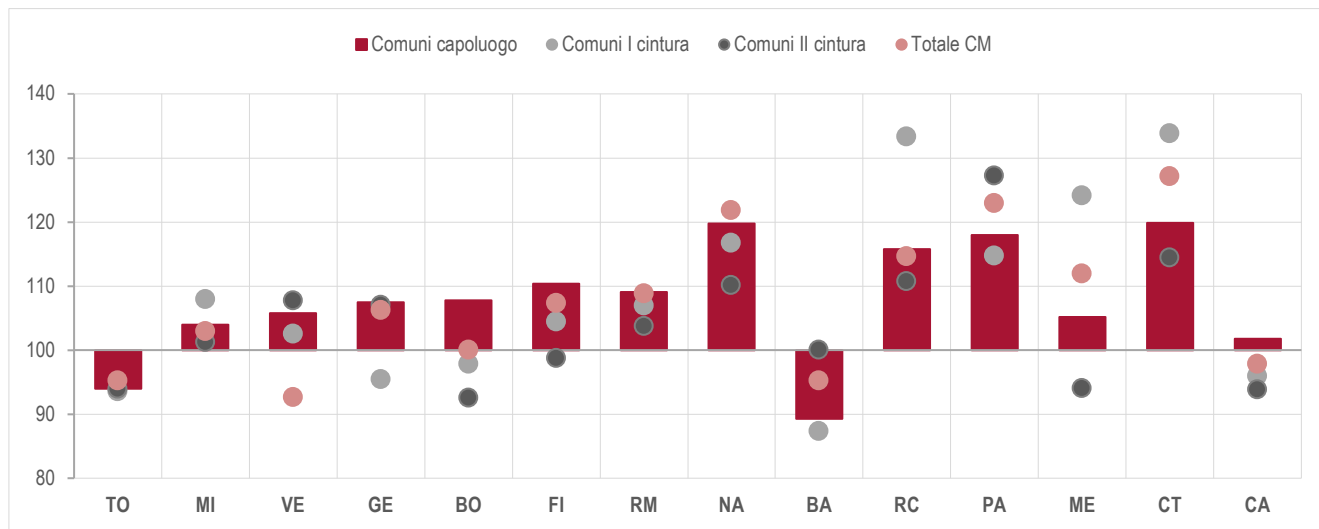
Si conferma una costante propensione all'emigrazione ospedaliera maschile fuori dalla propria regione di residenza in tutti i comuni capoluogo e nei relativi territori sub urbani delle città metropolitane di Milano, Roma, Napoli, Reggio di Calabria, Palermo e Catania. Il divario più importante (circa 133 ricoveri fuori regione degli uomini ogni 100 delle donne) è osservabile nei comuni di prima cintura di Reggio Calabria e Catania, sebbene con una propensione di base profondamente differente. Infatti il tasso di ricovero fuori regione degli uomini a Reggio Calabria è 29,0 ogni 100 e a Catania 5,2 ogni 100.

PROSPETTO 1. INDICE DI EMIGRAZIONE OSPEDALIERA FUORI REGIONE PER GENERE NELLE CITTÀ METROPOLITANE. Trienni 2007-2009, 2017-2019 e anno 2021, valori percentuali

CITTÀ METROPOLITANA	MASCHI			FEMMINE			TOTALE		
	2007-2009	2017-2019	2021	2007-2009	2017-2019	2021	2007-2009	2017-2019	2021
Torino	4,5	4,2	3,6	4,0	4,2	3,7	4,2	4,2	3,6
Milano	3,9	4,0	4,6	3,7	3,8	4,4	3,8	3,9	4,5
Venezia	7,2	7,4	6,4	7,1	8,1	6,9	7,1	7,8	6,7
Genova	9,3	10,8	10,2	8,7	10,8	9,6	9,0	10,8	9,9
Bologna	3,2	3,2	2,8	3,2	3,7	2,8	3,2	3,5	2,8
Firenze	5,4	5,8	5,6	4,3	5,3	5,2	4,8	5,5	5,4
Roma	5,3	7,1	5,4	4,5	6,6	5,0	4,9	6,8	5,2
Napoli	5,2	7,7	7,5	4,0	6,1	6,2	4,6	6,8	6,8
Bari	5,2	7,5	6,2	4,5	8,0	6,5	4,8	7,8	6,4
Reggio Calabria	20,9	23,6	25,4	17,6	19,9	22,1	19,2	21,7	23,7
Palermo	6,1	6,6	5,4	5,0	5,2	4,4	5,5	5,9	4,9
Messina	8,5	9,1	7,3	6,9	7,5	6,5	7,7	8,3	6,9
Catania	4,9	6,4	5,4	3,9	4,9	4,2	4,3	5,6	4,8
Cagliari	4,6	5,3	5,1	4,2	4,9	5,2	4,4	5,1	5,1
TOTALE	5,7	6,7	6,0	4,9	6,2	5,5	5,3	6,4	5,8

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Scheda di dimissione ospedaliera – SDO

FIGURA 5. RAPPORTO DI MASCOLINITÀ DELL'INDICE DI EMIGRAZIONE OSPEDALIERA FUORI REGIONE. Anno 2021, valori percentuali



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Scheda di dimissione ospedaliera – SDO

Meno ricoveri nelle città metropolitane del Nord

Nonostante nel nostro Paese sia in atto un progressivo invecchiamento della popolazione, dai primi anni del millennio si è assistito a una consistente diminuzione dei ricoveri ospedalieri dovuta alle politiche sanitarie orientate a favorire il processo di deospedalizzazione⁵, che ha via via indirizzato il trattamento dei casi di cura meno gravi alle strutture sanitarie territoriali. Tale riduzione è avvenuta in modo pressoché costante fino al 2019, anche grazie al passaggio di una parte delle ospedalizzazioni dal ricovero ordinario al ricovero diurno e al regime ambulatoriale, associato al potenziamento dell'assistenza residenziale e domiciliare. L'emergenza sanitaria conseguente alla diffusione del Covid-19 ha nuovamente modificato il *trend* dei ricoveri, facendo registrare una notevole diminuzione degli eventi nel 2020 e una ripresa nel 2021.

Il tasso complessivo di ospedalizzazione, ovvero il rapporto fra le dimissioni e la popolazione residente, dà conto della domanda di ospedalizzazione soddisfatta dalla rete ospedaliera in relazione ai bisogni di salute espressi dalla popolazione. Al netto della struttura per età⁶, in Italia nel 2021 le dimissioni per acuti in regime ordinario e diurno (*day hospital*) sono 104,5 ogni 1.000 residenti, circa nove ogni 1.000 in più del 2020, ma 18 ogni 1.000 in meno rispetto al triennio 2017-2019.

Circoscrivendo l'analisi alla classe di età 0-74 anni, in coerenza con l'esame della mortalità evitabile che verrà presentato nei paragrafi successivi, nel 2021 a livello italiano si rilevano circa 4,8 milioni di dimissioni per acuti (in regime ordinario e diurno), corrispondenti al 73% dei ricoveri totali, per un tasso standardizzato di 90,7 dimissioni per 1.000 abitanti.

Nelle città metropolitane le dimissioni per acuti (in regime ordinario e diurno) fino a 74 anni sono 91,7 ogni 1.000 residenti (Prospetto 2). Il dato più alto si rileva nella città metropolitana di Genova, quasi 110 dimissioni ogni 1.000 residenti, seguita da quella di Cagliari, 106 dimissioni ogni 1.000. Da Roma in giù, esclusa la città metropolitana di Cagliari, la percentuale dei ricoveri entro i 74 anni sul totale è superiore alla media (74,8%) mentre le città metropolitane del Nord si posizionano tutte al di sotto di tale soglia. Sono Napoli (83%) e Catania (81%) i territori metropolitani con la più alta propensione al ricovero ospedaliero di questa fascia di età.

⁵ L'Intesa tra Stato-Regioni del 23 marzo 2005, aveva fissato quale obiettivo il mantenimento del tasso di ospedalizzazione complessivo per ricoveri entro il valore di 180 per 1.000 residenti, di cui 36 per 1.000 residenti relativo ai ricoveri in regime diurno (20%). Nel 2012 tale parametro è stato rivisto portandolo a un massimo di 160 ricoveri per 1.000 residenti, di cui 40 per 1.000 residenti riferiti ai soli ricoveri diurni (25%). A livello nazionale tale vincolo normativo risultava già raggiunto nel 2012, sebbene alcune regioni avessero ancora livelli di ospedalizzazione più elevati

⁶ Si utilizzano i tassi standardizzati. La standardizzazione è effettuata applicando il metodo diretto e utilizzando la popolazione standard europea del 2013.

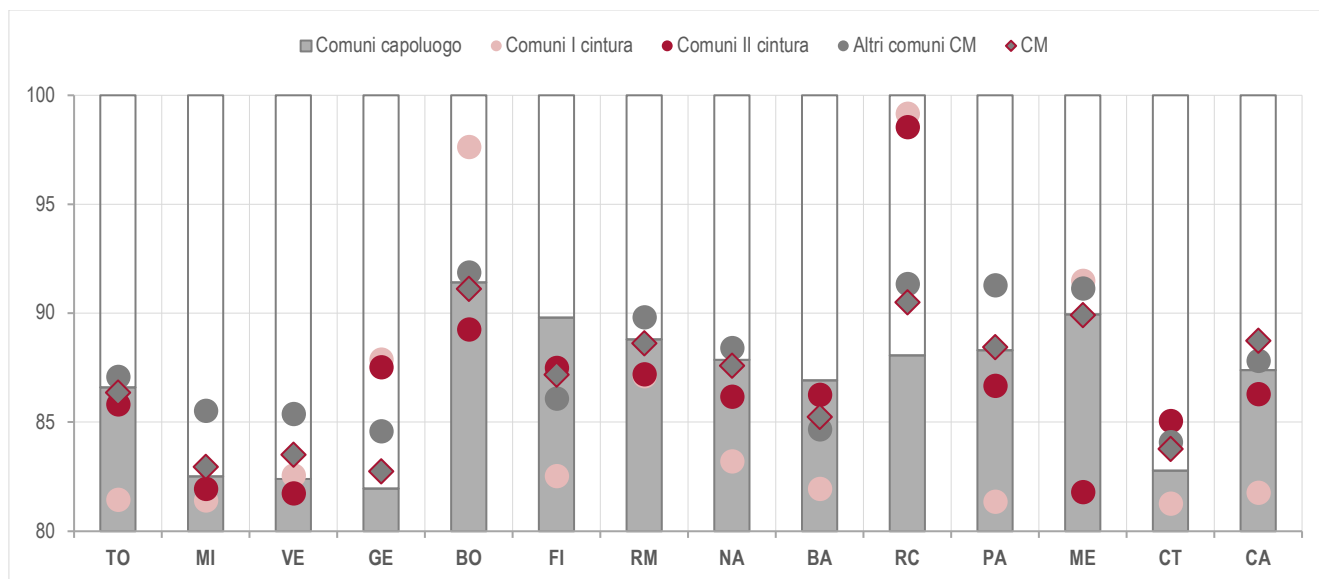
PROSPETTO 2. DIMISSIONI OSPEDALIERE PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO E DIURNO 0-74 ANNI NELLE CITTÀ METROPOLITANE. Triennio 2007-2009, anno 2021 - tassi standardizzati per 1.000 abitanti e valori percentuali

CITTÀ METROPOLITANA	ANNO 2021	INCIDENZA % SUL TOTALE	VAR. % 2021/2007-2009
Torino	89,2	71,7	-34,4
Milano	80,7	71,9	-45,5
Venezia	81,9	67,2	-35,2
Genova	109,7	69,8	-40,8
Bologna	88,9	66,4	-33,3
Firenze	88,4	68,7	-29,8
Roma	101,3	75,8	-43,3
Napoli	103,2	82,7	-52,0
Bari	76,1	76,2	-58,8
Reggio Calabria	83,6	78,9	-53,9
Palermo	81,9	78,0	-54,0
Messina	86,7	75,3	-60,4
Catania	91,2	80,8	-57,3
Cagliari	106,4	74,1	-39,2
TOTALE	91,7	74,8	-46,5

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Scheda di dimissione ospedaliera – SDO

Il maggiore ricorso a cure ospedaliere caratterizza i comuni capoluogo, 95,5 dimissioni ogni 1.000 abitanti residenti nel 2021 e l'intensità del fenomeno diminuisce in funzione dell'allontanamento dei territori sub urbani dal comune polo, per attestarsi a 91,7 ogni 1.000 rilevati fra i residenti degli Altri comuni di città metropolitana. Fra i comuni capoluogo Genova ha maggiore intensità (113,6 ogni 1.000 abitanti), seguita da Napoli e Cagliari (oltre 108 ogni 1.000). Questi stessi territori si distinguono anche per l'alta quota di ricoveri nelle aree sub metropolitane; in particolare a Cagliari le dimissioni della popolazione residente nei comuni di prima e di seconda cintura urbana oscillano fra 105 e 108 dimissioni ogni 1.000 residenti.

FIGURA 6. DIMISSIONI OSPEDALIERE PER ACUTI IN REGIME ORDINARIO E DIURNO 0-74 ANNI. Anno 2021, rapporto di mascolinità tra i tassi di ospedalizzazione standardizzati, valori ogni 100 donne



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Scheda di dimissione ospedaliera – SDO

Uomini e donne con meno di 75 anni presentano un diverso ricorso all'ospedalizzazione, evidenziato dal rapporto di mascolinità costantemente inferiore a 100 in tutte le articolazioni territoriali, che indica la prevalenza di ricoveri femminili rispetto a quelle maschili. Nei territori metropolitani, complessivamente, le dimissioni maschili sono 87 ogni 100 femminili e lo squilibrio più moderato (Figura 6) si rileva nella città metropolitana di Bologna (e nel suo comune polo), in cui le dimissioni degli uomini raggiungono 91 ogni 100 delle donne mentre in quelle di Genova e Milano si osservano le maggiori distanze di genere: 83 dimissioni maschili ogni 100 femminili. Nei comuni di prima e seconda cintura urbana di Reggio Calabria l'indicatore si avvicina alla condizione di parità.

Città metropolitane: più alta l'ospedalizzazione 0-74 anni per tumore a Napoli, Cagliari e Genova

L'intensità nel ricorso alle cure ospedaliere per alcune malattie gravi come il tumore, le malattie del sistema cardiocircolatorio e dell'apparato respiratorio, insieme ai dati di mortalità per le stesse cause, contribuiscono a fornire elementi utili per una valutazione integrata dell'impatto di tali patologie croniche sulla salute della popolazione e sul sistema ospedaliero. Concorrono inoltre a mettere in luce gli aspetti connessi alla gravità e alla progressione delle malattie per le quali si rende necessario usufruire di cure sanitarie complesse. L'evoluzione, la consistenza e la diffusione di queste patologie sono analizzate in relazione alla sottopopolazione appartenente alla classe di età 0-74 anni (*target* di base per lo studio della mortalità evitabile) residente nei territori metropolitani e nelle sue articolazioni.

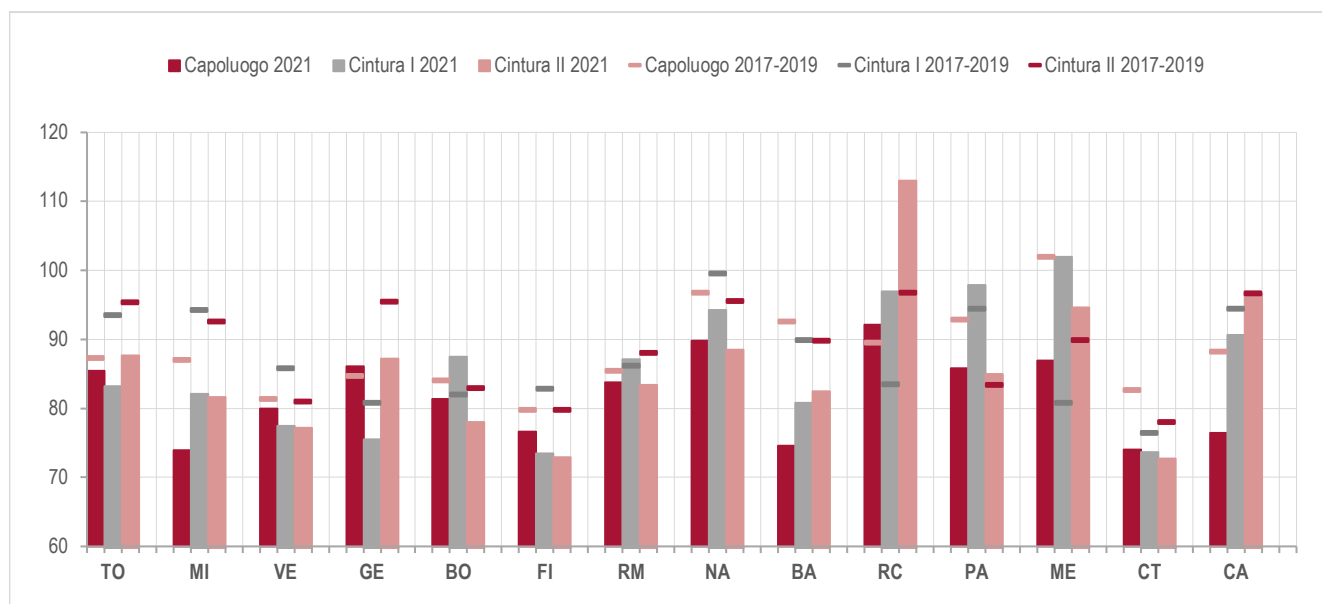
Con riferimento alla patologia tumorale, nel corso degli anni, le dimissioni ospedaliere si sono fortemente ridotte: a livello italiano si è passati da 15,5 dimissioni per acuti (in regime ordinario e diurno) per tumore ogni 1.000 persone del triennio 2007-2009, a 10,8 ogni 1.000 del 2017-2019. Nell'anno 2020 le dimissioni per tumore sono diminuite per poi aumentare nuovamente nel 2021, attestandosi a 9,8 ogni 1.000 residenti, per un totale di 564mila dimissioni.

Per quanto attiene alle città metropolitane, Napoli, Cagliari e Genova hanno il tasso di dimissioni per tumore più alto, circa 11 ogni 1.000 residenti, risultato imputabile all'ospedalizzazione dei residenti nei capoluoghi e nei territori satellite (Prospetto 3). L'analisi generale segna il maggior ricorso all'ospedalizzazione degli abitanti residenti nei comuni capoluogo (10,3 ogni 1.000) rispetto ai territori sub urbani (9,9 ogni 1.000 nella prima cintura e 9,7 nella seconda), con alcuni comuni polo che sfiorano 12 dimissioni ogni 1.000 (Genova, Napoli, Messina, Catania e Cagliari). A Milano e Torino invece il tasso di dimissioni più contenuto (entrambi i capoluoghi sotto nove dimissioni per 1.000 abitanti).

PROSPETTO 3. DIMISSIONI OSPEDALIERE IN REGIME ORDINARIO E DIURNO PER TUMORE 0-74 ANNI. Anno 2021, tassi standardizzati per 1.000 abitanti e variazioni percentuali 2021/triennio 2017-2019

CITTÀ METROPOLITANA	COMUNI CAPOLUOGO	COMUNI I CINTURA	COMUNI II CINTURA	TOTALE CM	COMUNI CAPOLUOGO	COMUNI I CINTURA	COMUNI II CINTURA	TOTALE CM
	2021				VARIAZIONE PERCENTUALE 2021/2017-2019			
Torino	8,7	8,8	8,6	8,7	-1,3	-1,6	-1,5	-12,1
Milano	8,6	8,4	8,2	8,4	-0,7	-2,0	-1,6	-10,6
Venezia	10,0	9,2	10,1	9,7	-0,6	-2,0	-0,6	-9,9
Genova	11,7	9,7	10,4	11,1	-0,9	-1,8	-1,1	-9,9
Bologna	10,2	9,5	10,5	10,1	-1,0	-0,8	-0,3	-10,1
Firenze	9,6	9,2	9,4	9,4	-0,5	-1,3	-0,7	-7,4
Roma	10,8	11,0	10,7	10,8	-0,5	-0,6	-0,8	-5,8
Napoli	11,9	11,8	11,5	11,3	-1,6	-1,6	-1,6	-15,6
Bari	9,4	8,6	8,7	8,8	-1,2	-2,0	-0,8	-11,7
Reggio Calabria	10,1	11,0	10,2	9,7	-0,9	0,5	-1,6	-7,5
Palermo	9,7	8,6	8,7	9,2	-0,6	-0,2	0,1	-4,7
Messina	11,8	10,8	10,7	10,8	-0,3	1,4	0,2	-1,4
Catania	11,9	10,9	10,1	10,7	-0,9	-0,6	-0,7	-6,2
Cagliari	11,6	11,2	10,8	11,2	-1,4	-1,7	-1,7	-15,0
TOTALE	10,3	9,9	9,7	9,9	-0,8	-1,3	-1,0	-9,7

FIGURA 7. DIMISSIONI OSPEDALIERE IN REGIME ORDINARIO E DIURNO PER TUMORE 0-74 ANNI. Anno 2021 e triennio 2017-2019, rapporto di mascolinità dei tassi standardizzati per 1.000 abitanti, valori ogni 100 donne



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Scheda di dimissione ospedaliera – SDO

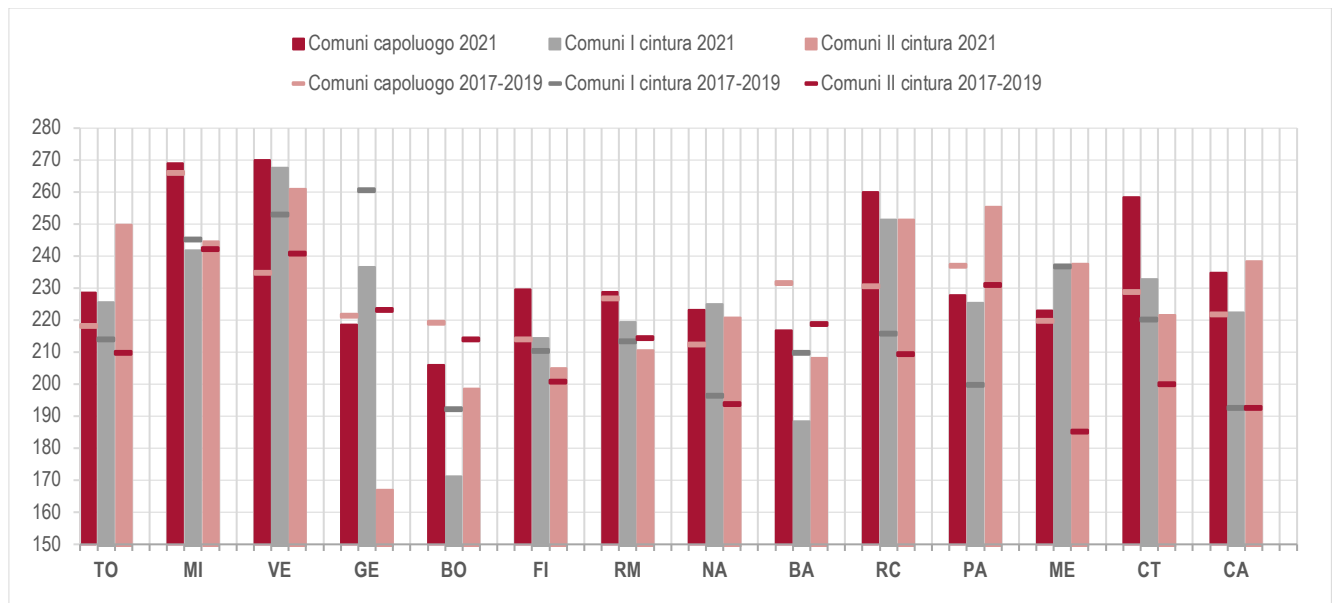
Le dimissioni per tumore variano anche in ragione del genere: per il complesso delle città metropolitane i tassi di ospedalizzazione si attestano a 10,9 donne ogni 1.000 e 9,1 uomini ogni 1.000 (a livello nazionale 8,9 uomini e 10,7 donne ogni 1.000 abitanti). Nel 2021 e nel triennio 2017-2019 il rapporto di mascolinità è inferiore a 100 nei capoluoghi e nelle cinture urbane di primo e secondo livello, indicando una prevalenza sistemática delle dimissioni femminili (Figura 7). In controtendenza, data la prevalenza di ricoveri maschili, i comuni di prima cintura di Messina (102,0) e quelli di seconda cintura di Reggio Calabria (113,0), nel 2021.

PROSPETTO 4. DIMISSIONI OSPEDALIERE IN REGIME ORDINARIO E DIURNO PER MALATTIE DEL SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO 0-74 ANNI. Anno 2021, tassi standardizzati per 1.000 abitanti e variazioni percentuali 2021/2017-2019

CITTÀ METROPOLITANA	COMUNI CAPOLUOGO	COMUNI I CINTURA	COMUNI II CINTURA	TOTALE CM	COMUNI CAPOLUOGO	COMUNI I CINTURA	COMUNI II CINTURA	TOTALE CM
	2021				VARIAZIONE PERCENTUALE 2021/2017-2019			
Torino	8,3	8,5	8,0	8,4	-1,4	-0,9	-1,9	-14,0
Milano	7,9	7,6	7,8	7,8	-1,3	-2,2	-2,1	-16,7
Venezia	8,2	8,3	7,8	8,1	-0,7	-1,1	-1,6	-12,1
Genova	8,0	8,1	7,5	8,0	-1,2	-0,4	-0,8	-10,3
Bologna	7,0	7,2	8,4	7,7	-2,2	-2,3	-1,5	-18,7
Firenze	7,1	6,8	7,7	7,4	-1,6	-1,7	-1,7	-18,1
Roma	8,5	8,7	8,7	8,6	-1,1	-1,4	-1,6	-12,7
Napoli	10,2	10,3	10,6	10,5	-3,0	-2,3	-2,6	-27,1
Bari	7,9	8,4	8,0	7,9	-2,2	-1,9	-2,0	-20,9
Reggio Calabria	7,0	6,7	7,0	7,9	-3,4	-2,5	-2,4	-30,7
Palermo	8,4	8,2	7,3	7,9	-1,4	-0,8	-1,4	-13,6
Messina	9,1	7,5	7,7	8,6	-2,0	-2,4	-1,8	-19,6
Catania	9,4	7,8	7,9	8,2	-2,1	-1,9	-2,1	-21,2
Cagliari	7,1	6,5	7,4	6,8	-1,9	-1,7	-1,7	-20,1
TOTALE	8,4	8,3	8,3	8,4	-1,7	-1,7	-2,0	-18,3

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Scheda di dimissione ospedaliera – SDO

FIGURA 8. DIMISSIONI OSPEDALIERE IN REGIME ORDINARIO E DIURNO PER MALATTIE DEL SISTEMA CARDIOCIRCOLATORIO 0-74 ANNI. Anno 2021 e triennio 2017-2019, rapporto di mascolinità dei tassi standardizzati per 1.000 abitanti, valori ogni 100 donne



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Scheda di dimissione ospedaliera – SDO

Riguardo alle malattie del sistema cardiocircolatorio, nell'ultimo anno le città metropolitane presentano un tasso di dimissioni ospedaliere allineato ai valori italiani (6,9 dimissioni ogni 1.000 abitanti) e i maggiori livelli si raggiungono a Napoli (10,5 ogni 1.000 abitanti, Prospetto 4), che detiene il primato per entrambi i generi: 14,7 dimissioni ogni 1.000 maschili e 6,6 ogni 1.000 femminili. Seguono Roma e Messina con un tasso di dimissioni di 8,6 per 1.000 abitanti residenti.

Anche per queste patologie gli uomini fanno maggiore ricorso alle cure ospedaliere: nell'insieme delle città metropolitane le dimissioni maschili sono oltre il doppio di quelle femminili (rapporto di mascolinità di 225 uomini ogni 100 donne). Nei capoluoghi di Venezia e Milano il divario di genere è particolarmente marcato, con i ricoveri maschili quasi tripli rispetto a quelli femminili (Figura 8). Le differenze di genere sono ancora più alte se confrontate con il triennio 2017-2019 (+11 punti per il complesso dei territori metropolitani) e sono particolarmente rilevanti in corrispondenza dei comuni di Venezia (+35,4 punti), Reggio di Calabria e Catania (+30 punti).

In relazione alle malattie dell'apparato respiratorio, nel 2021, in Italia si rilevano 6,8 dimissioni per acuti (in regime ordinario e diurno) della popolazione fino a 74 anni ogni 1.000 persone residenti (370mila dimissioni), valore in linea con quello dell'anno precedente. La città metropolitana con la più elevata propensione all'ospedalizzazione è Bologna (8,6 dimissioni ogni 1.000 abitanti), seguita da Roma e Firenze (Prospetto 5). La città metropolitana di Messina invece ha il valore più contenuto, 5 ogni 1.000 residenti.

Il 2020 e 2021 sono stati anni particolari per le malattie dell'apparato respiratorio, caratterizzati da un incremento significativo del volume e dell'intensità delle cure ospedaliere erogate, soprattutto a seguito delle complicazioni dovute al Covid-19. Alcune città metropolitane del Nord, nel 2020, in controtendenza rispetto agli altri territori e dopo un decennio segnato dalla consistente contrazione dei ricoveri, mostrano una variazione positiva rispetto al triennio 2017-2019, incremento verosimilmente correlato agli effetti della pandemia anche nella fascia sotto i 75 anni. Raggiunge il primato la città metropolitana di Bologna, con oltre 10 dimissioni in più ogni 1.000 abitanti nel 2020 rispetto al triennio precedente (+14,8%), seguita da quella di Milano (quasi otto dimissioni ogni 1.000 in più) e di Torino (sei dimissioni ogni 1.000 in più). I territori metropolitani nel loro complesso invece mostrano un andamento opposto, con una diminuzione di ricoveri pari a nove dimissioni ogni 1.000 abitanti.

Nel 2021, nei territori metropolitani, l'ospedalizzazione in regime ordinario e diurno per queste malattie aumenta di quasi 5,8 dimissioni ogni 1.000 residenti rispetto al 2020. Solo le città metropolitane di Milano e di Genova segnano una contrazione, rispettivamente di 19 e 11 dimissioni ogni 1.000 abitanti.

La prevalenza di cure ospedaliere del genere maschile è presente anche per le patologie respiratorie: nel 2021 il tasso di ospedalizzazione degli uomini è 8,7 ogni 1.000 residenti e quello delle donne 5,2 ogni 1.000 (a livello nazionale uomini 8,5 e donne 5,2 per 1.000 abitanti). Nel territorio metropolitano di Bologna si registra il valore più alto sia per gli uomini (10,7 dimissioni ogni 1.000) sia per le donne (6,5 dimissioni ogni 1.000).

PROSPETTO 5. DIMISSIONI OSPEDALIERE IN REGIME ORDINARIO E DIURNO PER MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO 0-74 ANNI. Anno 2021, tassi standardizzati per 1.000 abitanti e variazioni percentuali 2021/2017-2019

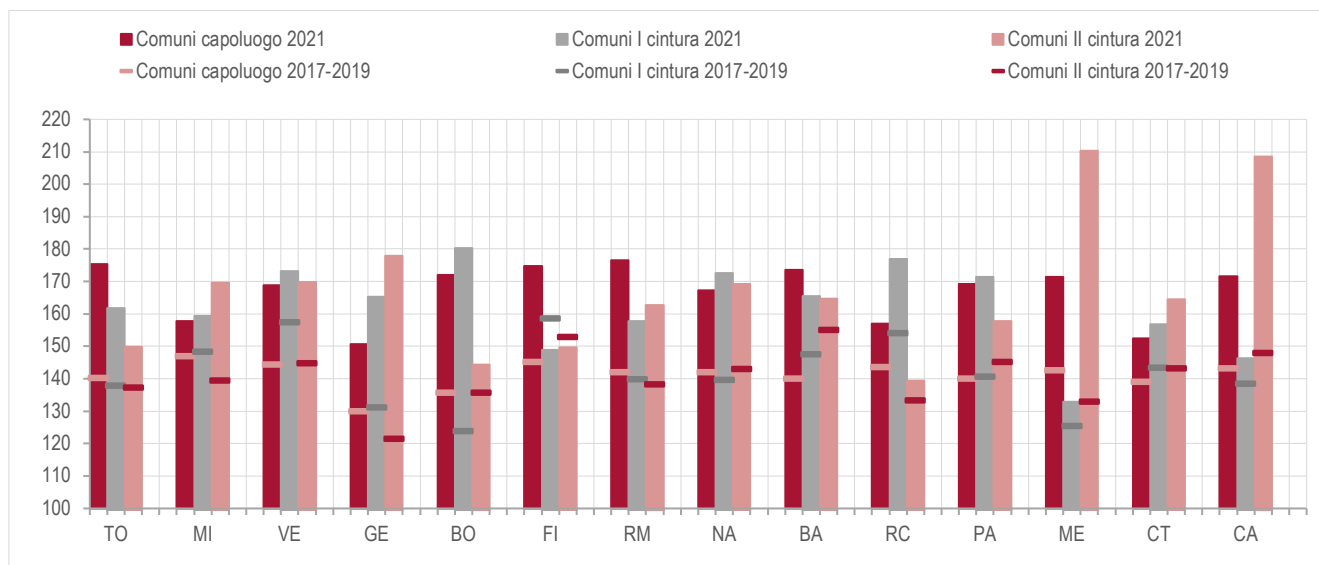
CITTÀ METROPOLITANA	COMUNI CAPOLUOGO	COMUNI I CINTURA	COMUNI II CINTURA	TOTALE CM	COMUNI CAPOLUOGO	COMUNI I CINTURA	COMUNI II CINTURA	TOTALE CM
	2021				VARIAZIONE PERCENTUALE 2021/2017-2019			
Torino	7,2	6,8	6,7	6,7	1,9	3,0	1,3	13,9
Milano	6,7	7,0	7,3	6,9	-0,4	-0,4	-0,7	-5,9
Venezia	5,5	6,0	6,1	5,9	-1,5	0,1	-0,2	-8,5
Genova	7,4	5,8	6,2	7,3	-0,9	-1,2	-0,7	-8,0
Bologna	8,4	8,1	8,5	8,6	3,1	5,1	2,9	26,0
Firenze	7,9	7,8	7,5	7,7	3,0	3,4	1,9	23,2
Roma	8,2	8,2	7,7	8,1	1,2	1,2	0,0	8,5
Napoli	6,9	5,8	5,9	6,0	-2,0	-1,3	-2,0	-20,5
Bari	6,5	5,5	6,1	5,8	0,2	0,2	0,0	-2,3
Reggio Calabria	4,5	3,6	5,7	5,3	-3,9	-3,9	-2,3	-29,3
Palermo	7,6	6,6	6,3	6,8	0,0	0,7	0,2	-2,9
Messina	5,6	4,4	4,1	5,1	-2,6	-0,9	-3,0	-27,9
Catania	7,3	6,0	6,8	6,6	-0,7	-0,1	-1,1	-10,8
Cagliari	5,7	5,3	5,5	5,5	-1,6	-1,7	-2,4	-19,7
TOTALE	7,3	6,8	6,7	6,9	0,1	0,5	-0,3	-2,3

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Scheda di dimissione ospedaliera – SDO

I comuni capoluogo hanno tassi di ricovero per acuti (in regime ordinario e diurno) maggiori delle altre aree sub metropolitane (in media 7,3 dimissioni ogni 1.000 abitanti contro 6,8 e 6,7 ogni 1.000 della prima e della seconda cintura urbana). I comuni di Bologna e Roma presentano i tassi più alti, registrando rispettivamente 8,4 e 8,2 dimissioni ogni 1.000. Nel triennio 2017-2019 era invece il comune di Napoli con 8,6 dimissioni ogni 1.000 ad avere il primato delle dimissioni per queste malattie.

L'analisi per genere evidenzia la maggiore ospedalizzazione degli uomini per le malattie dell'apparato respiratorio 0-74 anni, particolarmente evidente nei comuni di seconda cintura di Messina e Cagliari in cui il rapporto di mascolinità si attesta intorno a 210 ricoveri maschili ogni 100 femminili (Figura 9).

FIGURA 9. DIMISSIONI OSPEDALIERE IN REGIME ORDINARIO E DIURNO PER MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO 0-74 ANNI. Anno 2021 e triennio 2017-2019, rapporto di mascolinità dei tassi standardizzati per 1.000 abitanti, valori ogni 100 donne



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute, Scheda di dimissione ospedaliera – SDO

Mortalità 0-74 anni nelle città metropolitane, in crescita rispetto al triennio 2017-2019

Lo studio degli indicatori di mortalità, specifici per causa⁷ e stratificati per genere ed età, contribuisce in modo rilevante a delineare il profilo epidemiologico di una popolazione, in quanto offre preziose indicazioni sull'intensità del fenomeno e consente di osservare le variazioni temporali e le differenze territoriali.

Nel corso degli anni 2020 e 2021, in Italia, il livello e la dinamica della mortalità sono stati fortemente influenzati dalla diffusione della pandemia da Covid-19. Infatti, nel 2021, il numero totale dei decessi ha raggiunto quota 704mila, 66mila in più rispetto alla media del triennio 2017-2019. Nello stesso anno il tasso standardizzato di mortalità⁸ sfiora quota 90 decessi ogni 10mila abitanti. L'indicatore cresce rispetto al triennio 2017-2019 del 6,3% e diminuisce del 5,7% rispetto al primo anno della pandemia.

Analizzando la mortalità entro i 74 anni, soglia utilizzata come riferimento per la misurazione della mortalità evitabile, nel 2021 i decessi in Italia sono circa 173mila (2mila in meno rispetto al 2020), corrispondenti a circa un quarto dei decessi totali. Il tasso standardizzato di mortalità italiano per questa sottopopolazione, nel 2021, è di 28,9 decessi ogni 10mila abitanti e il confronto temporale rivela un andamento decrescente del fenomeno.

Infatti la mortalità si riduce del 15,6% fra il periodo 2017-2019 e il 2007-2009, *trend* interrotto nel 2020 e nel 2021 da una significativa ripresa della mortalità (+9,1% nel 2021 e +10,9% nel 2020 rispetto al triennio 2017-2019), verosimilmente causata dalla pandemia da Covid-19.

Nel 2021 nei territori metropolitani la mortalità entro i 74 anni supera quella nazionale di 1,3 decessi per 10mila abitanti e presenta una crescita dell'11% rispetto al triennio 2017-2019 (Prospetto 6). Nelle città metropolitane del Mezzogiorno si osserva una situazione di svantaggio caratterizzata da livelli di mortalità superiori alla media (30,2 ogni 10mila), a parte Cagliari e Bari. La città metropolitana di Napoli con 39,4 decessi ogni 10mila abitanti, registra la mortalità più alta, seguita da Palermo e Messina.

Sotto il profilo temporale, la crescita del fenomeno del 2021 rispetto al triennio 2017-2019 è osservabile da Nord a Sud, con l'eccezione della città metropolitana di Genova (-2,5%).

L'intensità dell'incremento, tuttavia, non è uniformemente distribuita, essendo più contenuta nelle città metropolitane del Nord, che si mantengono sotto il valore medio, e più elevata in quelle del Sud, esclusa Cagliari (+6,8%).

⁷ La codifica delle cause di morte e la selezione delle cause iniziali è effettuata secondo la classificazione ICD-10, versione del 2019, che include i codici per Covid-19 (<https://www.who.int/classifications/icd/covid19/en/>).

⁸ Il tasso standardizzato di mortalità consente di effettuare confronti significativi spazio temporali in quanto depurati dall'effetto della diversa struttura per età e genere delle popolazioni analizzate.

PROSPETTO 6. MORTALITÀ 0-74 ANNI. Anno 2021, tassi standardizzati per 10mila abitanti e variazioni percentuali 2021/2017-2019

CITTÀ METROPOLITANA	COMUNI CAPOLUOGO	COMUNI I CINTURA	COMUNI II CINTURA	TOTALE CM	COMUNI CAPOLUOGO	COMUNI I CINTURA	COMUNI II CINTURA	TOTALE CM
	2021				VARIAZIONE PERCENTUALE 2021/2017-2019			
Torino	28,4	26,1	25,0	28,2	7,6	11,5	2,0	8,5
Milano	25,6	24,1	25,3	25,5	9,9	3,4	5,4	8,1
Venezia	27,3	27,5	25,5	27,3	3,8	11,3	1,6	8,3
Genova	26,9	27,5	26,0	27,2	-5,3	7,4	2,8	-2,5
Bologna	25,2	24,0	24,5	25,4	9,1	4,3	-2,4	7,2
Firenze	22,9	24,0	25,7	24,4	1,3	9,6	16,3	7,5
Roma	28,1	33,1	33,1	29,6	8,9	13,0	6,4	9,2
Napoli	42,7	36,0	38,8	39,4	17,6	6,8	9,3	14,5
Bari	32,0	29,5	29,8	30,0	22,6	18,0	26,8	23,0
Reggio Calabria	30,0	32,0	37,7	32,3	7,5	4,2	21,2	12,9
Palermo	36,7	34,4	34,1	34,8	16,5	23,7	14,8	15,6
Messina	33,9	26,4	37,7	34,0	10,4	-6,0	26,9	14,1
Catania	38,4	28,3	32,3	33,5	17,8	6,0	11,8	12,8
Cagliari	29,4	26,1	32,5	28,3	7,3	1,6	19,9	6,8
TOTALE	30,1	28,9	30,2	30,2	10,3	9,5	10,2	11,0

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

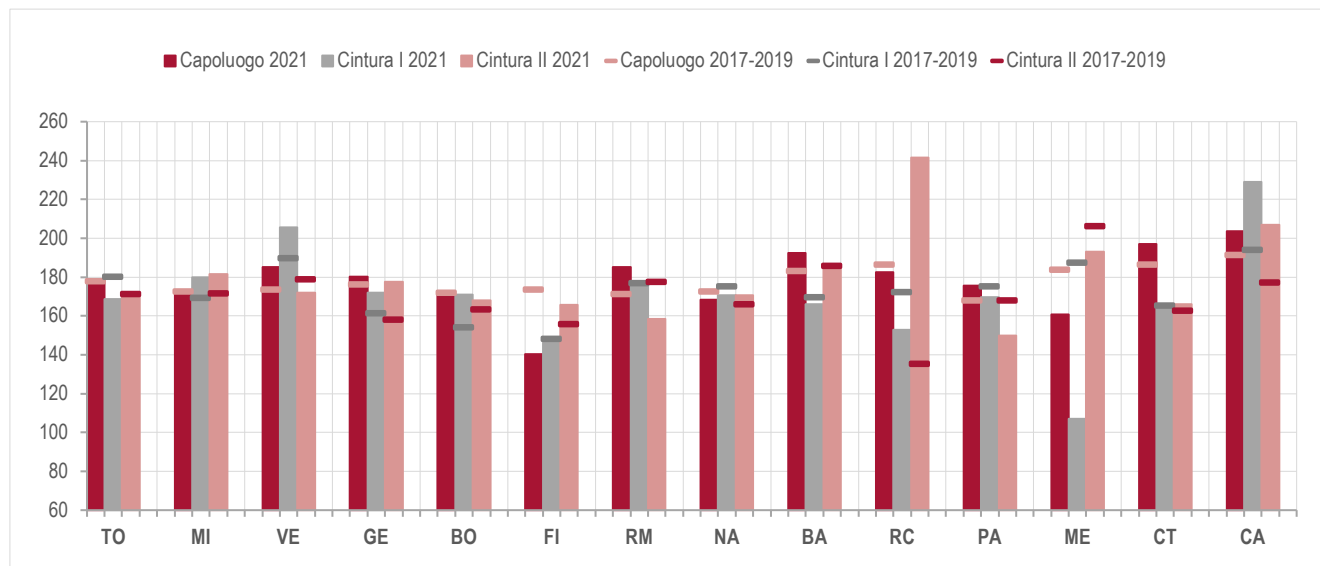
Nel 2021, considerando il complesso dei capoluoghi, si rilevano 30,1 decessi ogni 10mila abitanti, dato in linea con la media delle città metropolitane. A Napoli il livello di mortalità risulta piuttosto alto (42,7 decessi ogni 10mila abitanti), seguito dal comune di Catania (38,4 decessi ogni 10mila persone), nel quale si rileva anche un importante divario fra il capoluogo e i territori sub metropolitani (28,3 decessi ogni 10mila nella prima cintura e 32,3 nella seconda).

In questa fascia di età della popolazione le disuguaglianze di genere sono rilevanti, documentate da una mortalità maschile quasi doppia di quella femminile. Nel complesso delle città metropolitane il rapporto di mascolinità entro i 74 anni di vita, nel 2021, è di 176 decessi maschili ogni 100 femminili, dato di 5 punti inferiore a quello italiano.

Cagliari e Catania sono i capoluoghi con i divari di genere più marcati, rispettivamente 203 e 197 decessi maschili ogni 100 femminili, entrambi oltre la media dei comuni polo, che si attesta a 178 (Figura 10). A Firenze si osserva la minore distanza fra la mortalità di uomini e donne con un rapporto di mascolinità nel 2021 di 140 ogni 100, in diminuzione di 33 punti rispetto al periodo 2017-2019.

Si segnalano le differenze fra i rapporti di mascolinità nei periodi in esame della prima cintura di Messina e della seconda di Reggio Calabria: nel primo caso si rileva un riequilibrio dell'asimmetria di genere (da 187 uomini ogni 100 donne del triennio 2017-2019 a 107 del 2021) mentre nel secondo caso si accentuano le differenze (da 135 del periodo 2017-2019 a 241 a ogni 100 del 2021).

FIGURA 10. MORTALITÀ 0-74 ANNI. Anno 2021 e triennio 2017-2019, rapporto di mascolinità dei tassi standardizzati per 10mila abitanti, valori ogni 100 donne



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Valori più critici della mortalità evitabile nelle città metropolitane del Mezzogiorno

L'analisi della mortalità evitabile consente di effettuare una valutazione dell'efficacia delle pratiche assistenziali e più in generale delle politiche dei sistemi sanitari nel prevenire le morti premature. La mortalità evitabile si riferisce infatti ai decessi delle persone di età compresa fra 0 e 74 anni che potrebbero essere evitati o ridotti in quanto riconducibili a cause di morte contrastabili con un'adeguata e accessibile assistenza sanitaria, con la diffusione di stili di vita più salutari e con la riduzione dei fattori di rischio ambientali⁹. Nello specifico, l'indicatore è costituito da due componenti, la mortalità prevenibile e quella trattabile. La mortalità prevenibile può essere contrastata con efficaci interventi di promozione della salute e prevenzione primaria mentre la mortalità trattabile si riferisce ai decessi che potrebbero essere contenuti grazie a un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace in termini di prevenzione secondaria e di trattamenti sanitari adeguati.

In Italia, la tendenza osservata nel lungo periodo è di una progressiva riduzione della mortalità evitabile fino al 2019 (-20,6% rispetto alla media del triennio 2007-2009), interrotta nel 2020 e nel 2021 da un aumento significativo della mortalità, verosimilmente riconducibile agli effetti della pandemia da Covid-19. Nell'ultimo anno i decessi evitabili¹⁰ sono 115mila, 17mila in più rispetto al 2017-2019. Il tasso standardizzato di mortalità evitabile è di 19,2 decessi per 10mila abitanti, superiore del 12,9% rispetto al triennio 2017-2019 ma comunque inferiore al picco raggiunto nel 2020 (19,7 ogni 10 mila).

Le dinamiche descritte sono prevalentemente riconducibili alla componente prevenibile¹¹, che diminuisce del 21,6% nel decennio pre-pandemico (da 13,4 decessi ogni 10mila del 2007-2009 a 10,5 del 2017-2019), per poi attestarsi intorno a 13 decessi ogni 10mila nei due anni della pandemia. Da segnalare che la crescita della mortalità prevenibile nei due anni pandemici è prevalentemente determinata dai decessi da Covid-19, pari a circa tre decessi per 10mila.

La mortalità trattabile invece ha un andamento meno regolare in quanto si contrae del 18,8% dal 2007-2009 al 2017-2019, cresce lievemente nel 2020 per poi stabilizzarsi nel 2021 ai livelli ante pandemia (6,4 decessi ogni 10mila abitanti).

⁹ La definizione delle liste di cause trattabili e prevenibili è basata sul lavoro congiunto OECD/Eurostat. In tale definizione l'età fino alla quale un decesso viene considerato evitabile è fissata a 74 anni per riflettere l'attuale aspettativa di vita. L'elenco di malattie/condizioni e il limite di età riflettono infatti le attuali aspettative di salute, la tecnologia e le conoscenze mediche e gli sviluppi nella politica sanitaria pubblica e, pertanto, potrebbero essere soggetti a modifiche in futuro.

¹⁰ Compresi i decessi con causa iniziale attribuibile al Covid-19.

¹¹ A partire dal 2020 il Covid-19 è stato inserito da Eurostat tra le cause di morte ritenute prevenibili. Per tale ragione i tassi di mortalità prevenibile e evitabile riferiti agli anni 2020 e 2021 tengono conto anche di tale causa. *Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death* (January 2022 version), <https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>

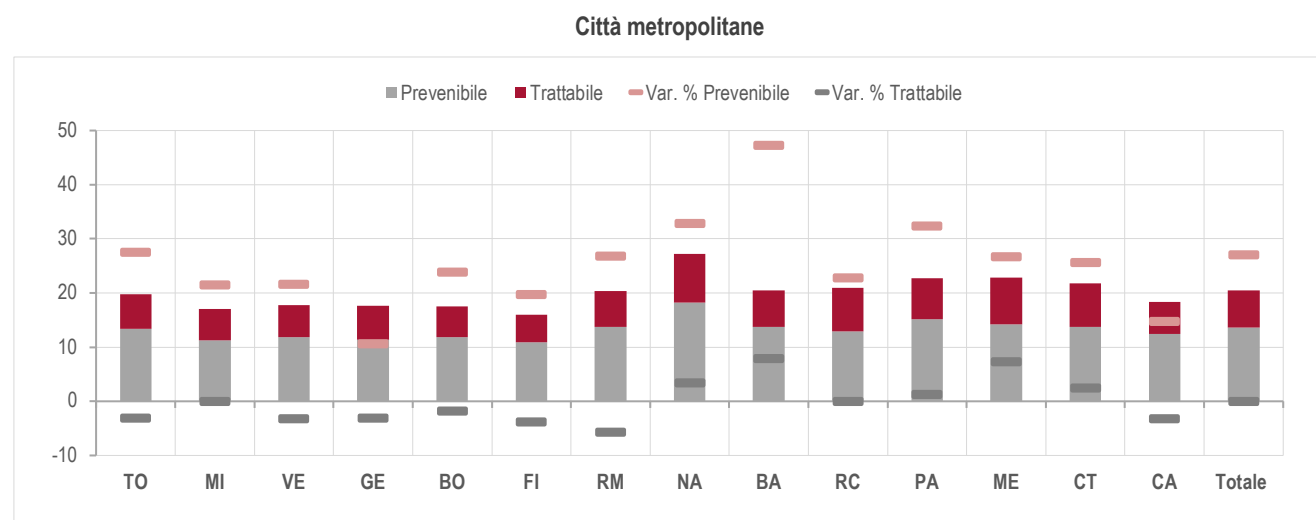
Nelle città metropolitane i decessi evitabili nel 2021 sono circa 20 ogni 10mila abitanti con un incremento del 16,6% rispetto al periodo 2017-2019 (Prospetto 7). Le città metropolitane del Mezzogiorno segnano i valori più critici dell'indicatore (esclusa Cagliari che si posiziona sotto il valore medio) che raggiunge il suo massimo nella città metropolitana di Napoli (27,1 per 10mila nel 2021) seguita da Messina e Palermo (circa 23 ogni 10mila). La città metropolitana campana detiene i valori più alti anche nel comune capoluogo (29,3 decessi ogni 10mila abitanti) e nelle sue cinture urbane, con una differenza dalle relative medie che varia da un massimo di nove decessi del capoluogo a cinque decessi per 10mila della prima cintura. Al contrario la città metropolitana di Firenze, con 16 decessi evitabili ogni 10mila abitanti, presenta la mortalità più contenuta, insieme a Bologna e Milano (circa 17 decessi evitabili).

PROSPETTO 7. MORTALITÀ EVITABILE. Anno 2021, tassi standardizzati per 10mila abitanti e variazioni % rispetto al triennio 2017-2019

CITTÀ METROPOLITANA	2021				VARIAZIONE PERCENTUALE 2021/2017-2019			
	COMUNI CAPOLUOGO	COMUNI I CINTURA	COMUNI II CINTURA	TOTALE CM	COMUNI CAPOLUOGO	COMUNI I CINTURA	COMUNI II CINTURA	TOTALE CM
Torino	20,0	17,9	17,4	19,8	14,9	17,0	9,4	15,8
Milano	17,0	16,2	17,4	17,0	16,4	9,5	13,7	13,3
Venezia	18,0	17,5	16,5	17,8	5,9	14,4	7,8	11,9
Genova	17,5	19,3	15,6	17,7	3,6	16,3	1,3	5,4
Bologna	17,0	16,2	16,8	17,4	15,6	8,7	3,1	13,7
Firenze	14,9	15,4	16,4	15,9	6,4	8,5	17,1	10,4
Roma	19,3	23,1	23,3	20,4	14,2	18,5	10,4	14,0
Napoli	29,3	24,7	28,0	27,1	26,3	12,8	16,7	21,5
Bari	22,6	20,1	19,7	20,6	37,0	27,2	34,0	32,1
Reggio Calabria	19,9	19,6	23,2	21,0	8,2	-3,0	16,0	12,3
Palermo	23,9	21,8	22,7	22,7	23,2	21,1	18,8	20,1
Messina	23,6	19,6	25,6	22,9	18,0	10,1	36,9	18,7
Catania	25,4	18,0	21,5	21,8	22,7	11,1	15,6	16,0
Cagliari	18,0	17,8	21,5	18,5	3,4	5,3	31,1	8,8
TOTALE	20,3	19,6	20,6	20,4	16,7	15,3	16,4	16,6

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

FIGURA 11. MORTALITÀ PREVENIBILE E TRATTABILE. Anno 2021, tassi standardizzati per 10mila abitanti e variazioni percentuali rispetto al triennio 2017-2019



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Dal confronto fra il 2021 e il triennio 2017-2019 si rileva una crescita della mortalità evitabile in tutte le città metropolitane, la cui intensità è comunque piuttosto variabile, contrassegnata da incrementi maggiori nel Mezzogiorno, escluse Cagliari e Reggio Calabria, e dalla variazione più elevata nella città metropolitana di Bari (+32,1%).

Da segnalare come nel 2020, in controtendenza con la media del triennio precedente, anche alcune città metropolitane del Nord (fra cui Torino e Genova con quasi 21 decessi evitabili ogni 10mila residenti) presentano livelli di mortalità maggiori della media, verosimilmente dovuti all'impatto della pandemia da Covid-19.

Anche per i territori metropolitani, il *trend* della mortalità evitabile è determinato prevalentemente dalla crescita (+27,1% nel 2021 rispetto al 2017-2019) della componente prevenibile che si attesta a circa 13 decessi ogni 10mila nel 2021 e 2020 dei quali, rispettivamente, 3,5 e 3,3 ogni 10mila abitanti riconducibili al Covid-19.

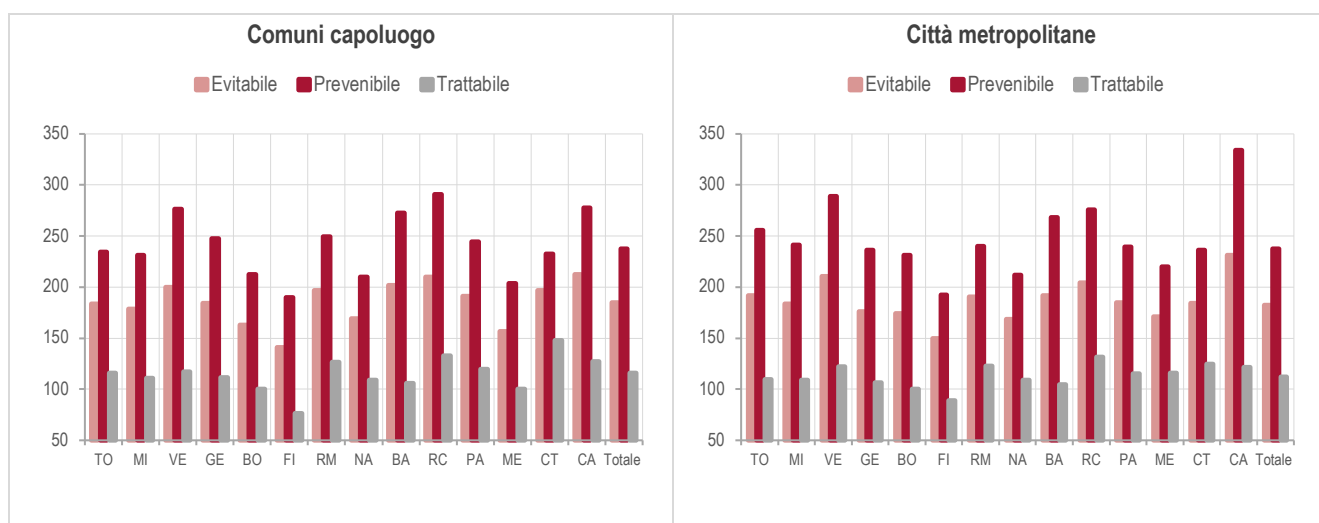
La componente trattabile anche nel corso della pandemia rimane pressoché costante, circa sette decessi ogni 10mila (Figura 11). A fronte di una crescita generalizzata della mortalità prevenibile, la componente trattabile traccia profili territoriali piuttosto eterogenei: diminuisce o si mantiene costante in tutte le città metropolitane del Centro e del Nord mentre aumenta in quelle del Mezzogiorno, tranne a Cagliari e a Reggio Calabria.

L'approfondimento per genere rivela, anche per la mortalità evitabile, un forte *gap* in tutti i territori. Nel complesso delle città metropolitane gli uomini hanno un livello di mortalità doppio rispetto alle donne, in tutto il periodo analizzato. Nel 2021 i decessi maschili sono 26,8 ogni 10mila e quelli femminili 14,7 per un rapporto di mascolinità di 182 (Figura 12).

La maggiore mortalità degli uomini è principalmente attribuibile alla componente prevenibile, verosimilmente influenzata dagli stili di vita e dai comportamenti a rischio, più diffusi nel genere maschile. Per la mortalità prevenibile il rapporto è di 238 decessi maschili ogni 100 femminili, con differenze più marcate nella città metropolitana di Cagliari e Venezia (rapporto di mascolinità rispettivamente di 334 e 289). La componente trattabile, in media, si avvicina alla parità di genere e raggiunge una maggiore asimmetria nelle città metropolitane di Reggio Calabria e Catania mentre a Firenze i tassi di mortalità femminili superano quelli maschili (rapporto di mascolinità di 89).

I capoluoghi presentano un profilo di mortalità per genere molto simile a quello della città metropolitana di appartenenza, a conferma del peso esercitato dal comune polo rispetto al resto del territorio. In particolare, i rapporti di mascolinità per mortalità prevenibile più elevati si osservano nei comuni Reggio di Calabria (291) e Cagliari (278), mentre quelli di mortalità trattabile a Catania (148) e ancora Reggio di Calabria (133).

FIGURA 12. MORTALITÀ PREVENIBILE E TRATTABILE. Anno 2021, rapporto di mascolinità dei tassi standardizzati per 10mila abitanti, valori ogni 100 donne



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Napoli e Catania i capoluoghi con la mortalità più alta per tumore 0-74 anni

La mortalità per tumore rappresenta una componente rilevante della mortalità nella fascia di età 0-74 anni, trattandosi della prima causa di morte negli adulti e della seconda negli anziani. Gli indicatori di mortalità per tumore concorrono pertanto a fornire importanti elementi per il monitoraggio della mortalità prematura e per valutare l'impatto degli interventi di prevenzione oncologica primari e secondari.

Sotto il profilo evolutivo la mortalità per patologia tumorale riferita alla popolazione con meno di 75 anni si è progressivamente ridotta negli ultimi anni, compresi i due anni della pandemia da Covid-19. Nel 2021 in Italia i decessi per tumore sono circa 71mila, 1.000 in meno del 2020 e 3mila in meno rispetto al triennio 2017-2019. Il tasso di mortalità standardizzato si attesta dunque a 11,7 decessi ogni 10mila abitanti, -7,1% del triennio pre-pandemico e -22% rispetto al 2007-2009.

Nelle città metropolitane la mortalità per tumore 0-74 anni presenta livelli e dinamiche simili a quelle nazionali con 12,1 decessi ogni 10mila abitanti nel 2021 (Prospetto 8), dato di poco inferiore a quello rilevato nel 2020 (12,5 decessi ogni 10mila). Si conferma in particolare la costante decrescita della mortalità che si manifesta con un calo del 6,9% rispetto al periodo 2017-2019 e del 20,9% rispetto al 2007-2009.

La generalizzata riduzione della mortalità per questa patologia ha coinvolto in misura maggiore le città metropolitane del Nord e del Centro. In particolare, nel 2021, si osservano decrementi significativi rispetto al triennio 2017-2019 nelle città metropolitane di Venezia, Torino e Roma, con variazioni comprese tra il -13,1% di Venezia e il -9,1% di Roma. Fra i territori metropolitani del Mezzogiorno, Cagliari mostra un decremento della mortalità per tumore del 9,6%, imputabile in gran parte alla diminuzione rilevante della mortalità femminile (-16,4% rispetto al triennio 2017-2019 a fronte di un decremento medio del -3,7%).

PROSPETTO 8. MORTALITÀ PER TUMORE 0-74 ANNI. Anno 2021, tassi standardizzati per 10mila abitanti e variazioni percentuali 2021/2017-2019

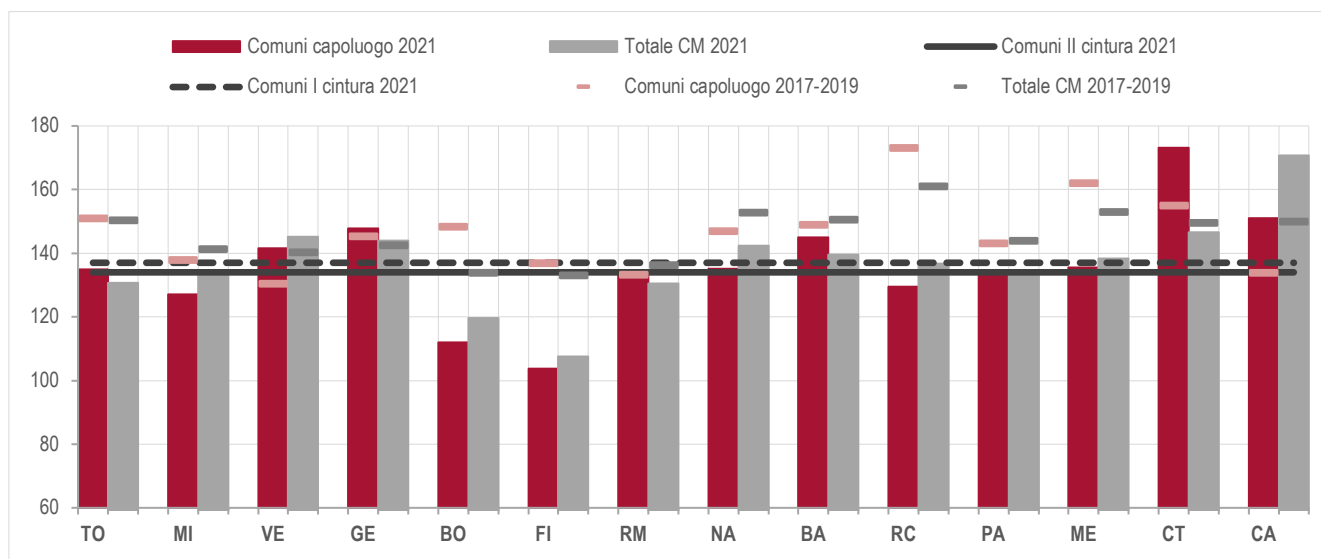
CITTÀ METROPOLITANA	COMUNI CAPOLUOGO	COMUNI I CINTURA	COMUNI II CINTURA	TOTALE CM	COMUNI CAPOLUOGO	COMUNI I CINTURA	COMUNI II CINTURA	TOTALE CM
	2021				VARIAZIONE PERCENTUALE 2021/2017-2019			
Torino	11,6	11,2	10,3	11,6	-9,4	-5,1	-16,3	-9,4
Milano	11,2	10,7	11,0	11,3	-4,3	-15,7	-14,1	-8,9
Venezia	11,2	11,0	10,7	11,3	-14,5	-15,4	-19,5	-13,1
Genova	11,5	10,2	11,3	11,8	-13,5	-10,5	-1,7	-8,5
Bologna	10,5	10,8	9,4	10,6	-7,1	-2,7	-23,0	-8,6
Firenze	10,7	10,4	11,8	10,9	-8,5	-12,6	-1,7	-8,4
Roma	11,5	13,1	13,2	12,0	-10,2	-6,4	-7,0	-9,1
Napoli	15,5	14,5	15,0	14,7	-4,3	-7,6	-9,1	-5,8
Bari	11,0	10,8	11,8	11,4	-10,6	-9,2	5,4	-1,7
Reggio Calabria	12,0	12,0	13,1	11,6	-4,0	-14,9	-9,7	-5,7
Palermo	13,1	10,7	12,7	12,5	-5,8	-13,7	3,3	-4,6
Messina	11,2	10,0	14,6	12,1	-19,4	-14,5	11,5	-5,5
Catania	15,0	11,5	11,8	12,6	7,9	-5,7	-2,5	0,0
Cagliari	11,7	12,0	13,7	12,2	-14,0	-9,8	-2,1	-9,6
TOTALE	12,0	11,8	12,1	12,1	-7,7	-9,2	-7,6	-6,9

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

I valori più critici dell'indicatore si riscontrano nella città metropolitana di Napoli (14,7 decessi ogni 10mila abitanti nel 2021) seguita da quelle di Catania e Palermo (quasi 13 decessi ogni 10mila). Livelli di mortalità più contenuti caratterizzano invece le città metropolitane di Bologna e Firenze con quasi 11 decessi ogni 10mila abitanti nel 2021 (oltre 8% in meno rispetto alla media 2017-2019).

I capoluoghi presentano un profilo di mortalità per tumore analogo al territorio metropolitano di appartenenza con il comune di Napoli (15,5 decessi ogni 10mila persone) in testa alla graduatoria, seguito da Catania (15 decessi ogni 10mila persone), unica città dove la mortalità cresce nel 2021 rispetto al triennio pre pandemia (+7,9%), confermando la dinamica osservata anche nel 2020 (+15% rispetto al 2017-2019).

FIGURA 13. MORTALITÀ PER TUMORE 0-74 ANNI. Anno 2021 e triennio 2017-2019, rapporto di mascolinità dei tassi standardizzati per 10mila abitanti, valori ogni 100 donne



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

L'analisi per genere conferma il fenomeno della supermortalità degli uomini anche per le patologie tumorali entro i 74 anni, mostrando livelli di mortalità femminili inferiori a quelli maschili per l'intero periodo. In particolare, nel 2021 in Italia si osservano 13,7 decessi ogni 10mila maschi, quasi quattro decessi ogni 10mila in più rispetto a quelli femminili. Al contempo la generalizzata diminuzione della mortalità interessa in misura più rilevante la componente maschile che, rispetto al triennio 2017-2019, è il triplo di quella femminile (-9,9% contro -2,9%).

Nelle città metropolitane, nel 2021, il divario di genere presenta un rapporto di 135 decessi maschili ogni 100 femminili e assume valori più alti nella città metropolitana di Cagliari (171) e nel comune di Catania (173, Figura 13). Rispetto al triennio 2017-2019, si rileva un decremento del rapporto di mascolinità di -10 punti nelle città metropolitane e di -8 punti nei comuni capoluogo, con significative variazioni infraterritoriali. Nei comuni di Reggio di Calabria e Messina, nel triennio 2017-2019, l'indicatore risulta particolarmente sfavorevole per gli uomini (rispettivamente 173 e 162), solo in parte riequilibrato nel 2021.

Città metropolitane: mortalità 0-74 anni più alta per malattie circolatorie a Messina e Napoli

Le malattie del sistema circolatorio costituiscono una sfida significativa di salute pubblica poiché la loro insorgenza è fortemente correlata agli stili di vita individuali e comportamenti collettivi adottati dalla popolazione. La riduzione di tali patologie richiede dunque la costante implementazione di politiche sanitarie e programmi di prevenzione mirati, volti a modificare i comportamenti considerati a rischio, come il fumo di tabacco, la sedentarietà, il consumo di alcol e una dieta scorretta.

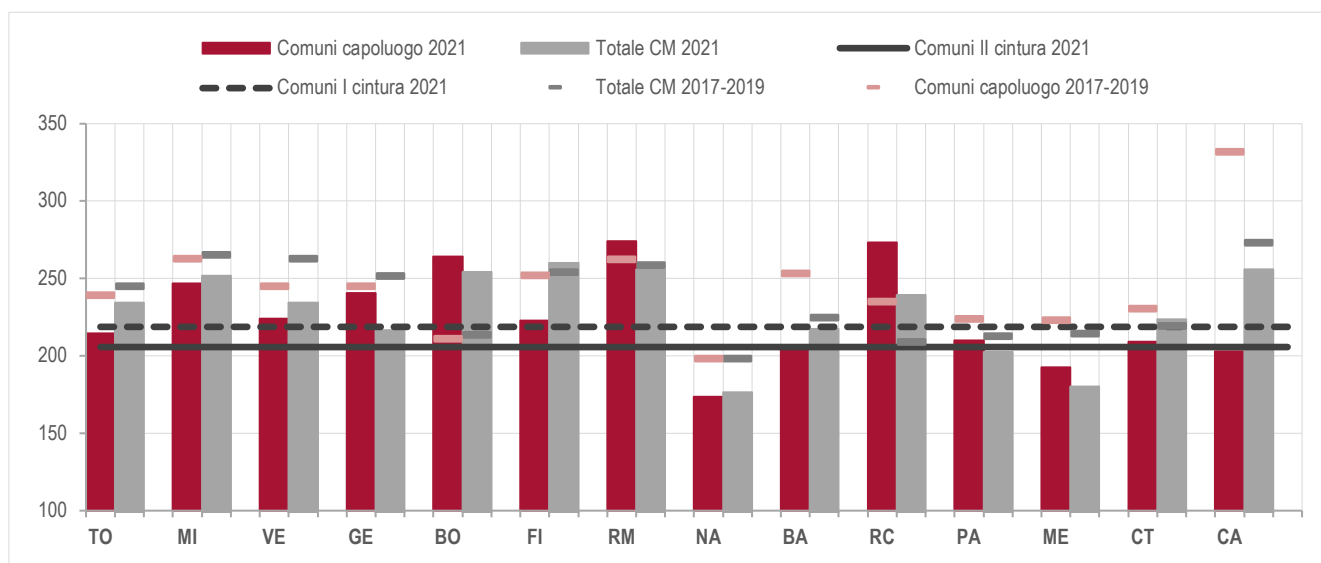
A livello italiano, con riferimento alla popolazione con meno di 75 anni, le malattie del sistema circolatorio nel 2021, causano poco più di 31mila decessi, circa 1.000 in meno della media 2017-2019. Il tasso standardizzato di mortalità è di 5,2 decessi per 10mila abitanti e l'analisi in serie storica conferma una progressiva riduzione del fenomeno con riferimento ai periodi 2017-2019 e 2007-2009 (rispettivamente -7,1% e -27,8%).

PROSPETTO 9. MORTALITÀ PER MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO 0-74 ANNI. Anno 2021, tassi standardizzati per 10mila abitanti e variazioni percentuali 2021/2017-2019

CITTÀ METROPOLITANA	COMUNI CAPOLUOGO	COMUNI I CINTURA	COMUNI II CINTURA	TOTALE CM	COMUNI CAPOLUOGO	COMUNI I CINTURA	COMUNI II CINTURA	TOTALE CM
	2021				VARIAZIONE PERCENTUALE 2021/2017-2019			
Torino	5,2	4,2	4,2	4,8	-3,7	-6,7	-14,3	-7,7
Milano	5,0	4,1	4,5	4,6	6,4	-6,8	4,7	0,0
Venezia	5,2	4,6	4,2	4,8	0,0	0,0	-8,7	0,0
Genova	4,4	4,8	4,7	4,6	-15,4	-18,6	-9,6	-13,2
Bologna	4,4	3,6	3,4	4,2	7,3	-16,3	-26,1	-4,5
Firenze	3,4	3,3	3,8	3,6	-19,0	-15,4	0,0	-14,3
Roma	5,6	6,5	6,1	5,9	1,8	1,6	-14,1	0,0
Napoli	8,1	6,4	7,2	7,5	-4,7	-12,3	-14,3	-6,3
Bari	4,7	4,2	4,7	4,5	-9,6	-14,3	-11,3	-11,8
Reggio Calabria	5,4	6,3	7,3	6,3	-11,5	-4,5	14,1	-4,5
Palermo	6,0	6,5	6,4	6,1	-17,8	1,6	-12,3	-14,1
Messina	7,8	7,1	9,7	7,8	5,4	14,5	31,1	5,4
Catania	8,1	5,8	6,3	6,7	3,8	-15,9	-8,7	-6,9
Cagliari	4,9	3,8	4,3	4,3	-3,9	-13,6	-8,5	-8,5
TOTALE	5,6	5,0	5,3	5,5	-3,4	-7,4	-10,2	-5,2

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

FIGURA 14. MORTALITÀ PER MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO 0-74 ANNI. Anno 2021 e triennio 2017-2019, rapporto di mascolinità dei tassi standardizzati per 10mila abitanti, valori ogni 100 donne



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

Nei territori metropolitani, *trend* e intensità della mortalità per malattie del sistema circolatorio, sono simili a quelli italiani. Il tasso standardizzato di mortalità 0-74 anni è di 5,5 decessi ogni 10mila abitanti nel 2021, valore inferiore del 5,2% rispetto alla media del triennio pre-pandemico (Prospetto 9). Fanno eccezione, rispetto a questa dinamica decrescente, le città metropolitane di Milano, Venezia e Roma, in cui si confermano i livelli di mortalità del triennio 2017-2019 e Messina, unica città metropolitana che segna una variazione positiva (+5,4%).

La mortalità per queste patologie interessa inoltre, in misura maggiore, la popolazione residente nei territori metropolitani del Sud, escluse le città metropolitane di Cagliari e Bari che presentano livelli di mortalità fra i più contenuti. Infatti nei territori di Messina e Napoli si rilevano circa otto decessi ogni 10mila abitanti, seguiti da Catania (6,7 ogni 10mila). Nelle città metropolitane di Firenze, Bologna e Cagliari invece i valori più bassi, circa quattro decessi ogni 10mila.

Nei capoluoghi i livelli di mortalità del 2021 si attestano a 5,6 decessi ogni 10mila persone, con un decremento del 3,4% rispetto al triennio 2017-2019. Nei comuni di Napoli, Catania e Messina, circa otto decessi ogni 10mila abitanti, si osservano i tassi di mortalità più rilevanti. Nei comuni di Bologna e Milano al Nord e Messina e Catania al Sud si rileva un incremento significativo della mortalità rispetto al periodo pre-pandemico.

L'analisi conferma la presenza di differenze di genere rilevanti anche per malattie del sistema circolatorio. Nel 2021 i tassi standardizzati di mortalità delle donne nei territori metropolitani permangono inferiori a quelli degli uomini (3,5 decessi femminili contro 7,8 decessi maschili ogni 10mila), sebbene la mortalità delle donne diminuisca in misura minore rispetto a quella degli uomini (-2,8% contro -6,0%).

Nel complesso delle città metropolitane, nel 2021, il rapporto di mascolinità per malattie circolatorie è di 223 decessi maschili ogni 100 femminili. Nella città metropolitana di Firenze il divario di genere è il più alto (260 decessi maschili ogni 100 femminili), seguita da Roma e Cagliari, quest'ultima nonostante la diminuzione di 17 punti rispetto al triennio 2017-2019 (Figura 14). I rapporti di mascolinità sono più contenuti nelle città metropolitane di Napoli e Messina, determinati prevalentemente dagli elevati livelli di mortalità delle donne (circa 5,5 decessi per 10mila).

Fra i capoluoghi, le differenze di genere più marcate si osservano a Roma, Reggio di Calabria e Bologna, in cui il rapporto di mascolinità cresce rispetto al triennio precedente e raggiunge circa 270 decessi maschili ogni 100 femminili, tutti oltre il valore medio (231).

In crescita rispetto al periodo pre-pandemico le malattie del sistema respiratorio 0-74 anni

I decessi riconducibili a malattie del sistema respiratorio costituiscono anch'essi una sfida di sanità pubblica in quanto, almeno in parte, sono riducibili attraverso la promozione di comportamenti individuali virtuosi, il miglioramento delle condizioni ambientali, finalizzato alla riduzione dell'esposizione a inquinanti atmosferici, e l'adozione di altre specifiche strategie e meccanismi di prevenzione.

Nel corso degli anni i decessi standardizzati per malattie del sistema respiratorio riferiti alla popolazione con meno di 75 anni sono cresciuti del 9,1% a livello italiano, passando da 1,1 decessi ogni 10mila persone del triennio 2007-2009 a 1,2 nel 2017-2019. Nel 2020, primo anno della pandemia Covid-19, si rileva un aumento del 16,7% della mortalità per queste malattie rispetto alla media del triennio precedente, raggiungendo 1,4 decessi ogni 10mila residenti. Nel 2021 la mortalità per malattie del sistema respiratorio diminuisce dell'8,3% rispetto al triennio 2017-2019, confermando i livelli osservati nel decennio pre-pandemico (1,1 decessi ogni 10mila residenti).

Come è noto, tale risultato è imputabile agli aumenti osservati nel 2020 per alcune patologie respiratorie, come polmoniti, influenza e altre malattie del sistema respiratorio, riconducibili in parte a una sottostima di decessi dovuti al Covid-19 legata principalmente alle difficoltà di diagnosticare la malattia nella primo anno della pandemia¹².

Nel 2020 la mortalità osservata nel complesso delle città metropolitane è in linea con quella nazionale (1,4 decessi ogni 10mila nel 2020), ma presenta una dinamica crescente meno intensa, +7,7% rispetto alla media del triennio precedente. Nel secondo anno della pandemia anche nei territori metropolitani i livelli di mortalità diminuiscono rispetto al triennio 2017-2019 (-7,7%) e si attestano a 1,2 decessi ogni 10mila abitanti (Prospetto 10). Nei territori il fenomeno si presenta in maniera differente, registrando decrementi minori nei comuni capoluogo (-7,1%).

Nel 2021, la città metropolitana di Napoli con 1,9 decessi ogni 10mila residenti presenta il valore più critico, insieme a Messina (1,7 decessi ogni 10mila residenti), Reggio Calabria e Palermo (1,6 decessi ogni 10mila residenti) mentre nella città metropolitana di Bologna si confermano i valori più bassi (0,8 decessi ogni 10mila).

Anche fra i capoluoghi le maggiori criticità per mortalità dovute a malattie del sistema respiratorio sono rinvenibili in alcuni grandi comuni del Sud, primo fra tutti Napoli che raggiunge 2,3 decessi ogni 10mila abitanti, seguito dai comuni di Messina e Palermo.

Nel 2020, in controtendenza con i periodi precedenti, anche il territorio metropolitano di Genova con 1,7 decessi ogni 10mila abitanti, si colloca oltre la media. Questo risultato è dovuto probabilmente all'eccezionale aumento delle mortalità per malattie del sistema respiratorio che, nel primo anno di Covid-19, ha maggiormente interessato alcune città metropolitane del Nord, fra cui Genova e Milano e le relative aree sub urbane.

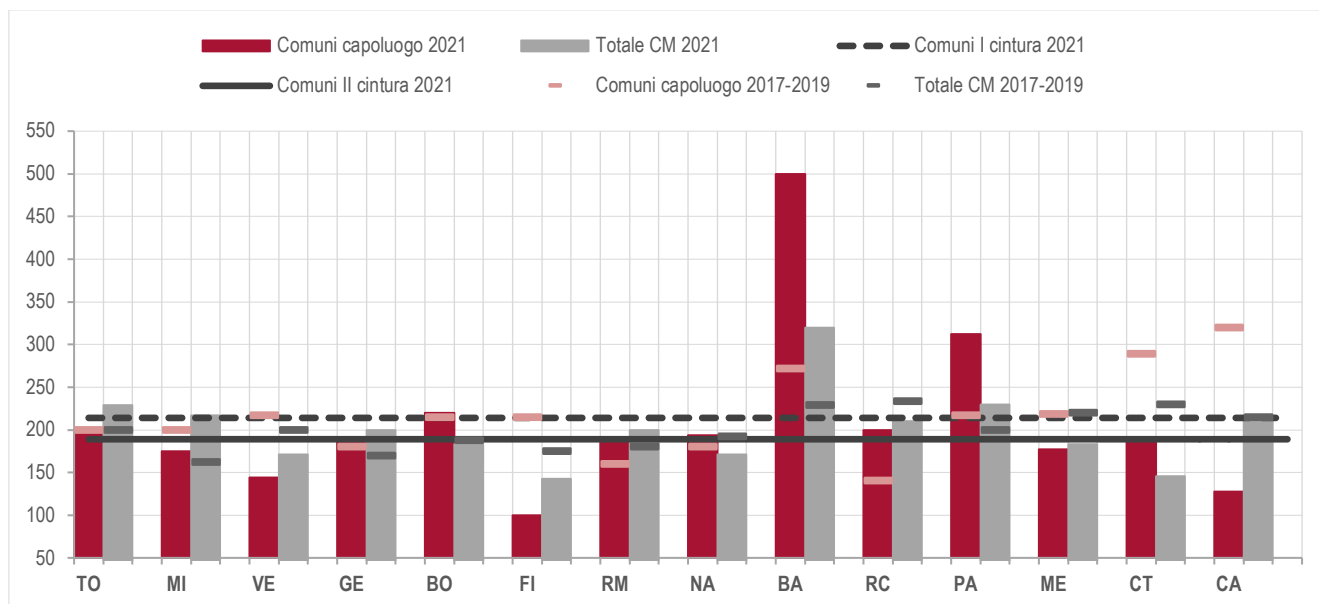
¹² Istat, Statistica report "Cause di morte in Italia 2020", 26 maggio 2023

PROSPETTO 10. MORTALITÀ PER MALATTIE DEL SISTEMA RESPIRATORIO 0-74 ANNI. Anno 2021, tassi standardizzati per 10mila abitanti e variazioni percentuali 2021/2017-2019

CITTÀ METROPOLITANA	COMUNI CAPOLUOGO	TOTALE CM	COMUNI CAPOLUOGO	TOTALE CM
	2021		VARIAZIONE PERCENTUALE 2021/2017-2019	
Torino	1,3	1,1	-13,3	-15,4
Milano	1,1	0,9	0,0	-10,0
Venezia	1,1	1,0	10,0	11,1
Genova	1,0	1,0	-28,6	-23,1
Bologna	0,8	0,8	-27,3	-27,3
Firenze	0,9	0,9	-18,2	-18,2
Roma	1,2	1,3	-7,7	0,0
Napoli	2,3	1,9	9,5	5,6
Bari	0,8	1,0	-38,5	-9,1
Reggio Calabria	1,0	1,6	-16,7	6,7
Palermo	1,6	1,6	-15,8	-11,1
Messina	1,8	1,7	5,9	13,3
Catania	1,4	1,3	-17,6	-18,8
Cagliari	1,2	0,9	20,0	-18,2
TOTALE	1,3	1,2	-7,1	-7,7

Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

FIGURA 15. MORTALITÀ PER MALATTIE DEL SISTEMA RESPIRATORIO 0-74 ANNI. Anno 2021 e triennio 2017-2019, rapporto di mascolinità dei tassi standardizzati per 10mila abitanti, valori ogni 100



Fonte: Istat, Indagine sui decessi e le cause di morte

L'approfondimento per genere mostra l'asimmetria nella mortalità anche per le malattie del sistema respiratorio. Nel 2021, per il complesso delle città metropolitane, il tasso di mortalità degli uomini è di 1,7 decessi per 10mila e quello delle donne 0,9 ogni 10mila. Il rapporto di mascolinità, 188 uomini ogni 100 donne, raggiunge il divario più significativo nella città metropolitana di Bari e nel suo comune capoluogo, in crescita rispetto al triennio pre-pandemico.

Glossario

Assistenza territoriale: comprende attività e prestazioni di educazione sanitaria, medicina preventiva, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento. L'offerta di tali servizi si colloca all'esterno degli ospedali per acuti e interessa singoli professionisti e strutture ambulatoriali, residenziali e semiresidenziali. L'assistenza territoriale ha valenza preventiva, o rappresenta l'alternativa alla ospedalizzazione per il trattamento di bisogni di salute che richiedono un'offerta sanitaria di primo livello tecnologico e specialistico. Essa garantisce la continuità assistenziale sia per la gestione dei pazienti dimessi dagli ospedali nelle fasi post acuzie, che nel trattamento della cronicità.

Attività Ospedaliera: tipologia che comprende i ricoveri per acuti, quelli di riabilitazione e la lungodegenza.

Causa iniziale di morte (o causa diretta): è definita dall'OMS come "la malattia o il traumatismo che ha dato inizio alla catena di eventi morbosi che ha portato direttamente alla morte, oppure le circostanze dell'incidente o della violenza che hanno provocato il trauma mortale". La selezione e classificazione di questa causa avviene sulla base di dettagliate regole e linee guida contenute nella Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10).

Cintura urbana: territorio costituito dall'insieme dei comuni confinanti con un comune capoluogo. La cintura urbana di I livello o prima cintura urbana è formata dai comuni contigui a un comune capoluogo ossia che ne condividono il confine almeno in un punto. La cintura urbana di II livello o seconda cintura urbana è composta dai comuni contigui a quelli della prima cintura urbana.

Città Metropolitana: ente territoriale riconosciuto dall'articolo 114 della Costituzione italiana, costituito da un aggregato di comuni limitrofi. Introdotta con la riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001, le città metropolitane sono riconosciute enti territoriali di area vasta definite dall'aggregazione di comuni limitrofi, al pari delle province. Nelle Regioni a statuto ordinario le città metropolitane hanno manifestato la loro efficacia per effetto della normativa contenuta nella Legge 7 aprile 2014, n. 56, mentre nelle Regioni a statuto speciale la loro disciplina è rinviata alle leggi regionali. Esse hanno sostituito le Province in dieci aree urbane di Regioni a statuto ordinario con propri organi di governo e i rispettivi territori coincidono con quelli delle ex Province: Roma, Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Bari, Napoli e Reggio Calabria. Si sono aggiunte successivamente quattro città metropolitane delle Regioni a statuto speciale che hanno adeguato il proprio ordinamento interno ai principi della legge: Palermo, Catania, Messina e Cagliari¹³.

Decesso per Covid-19: decesso di persona la cui causa iniziale di morte è tra i seguenti codici della classificazione Internazionale delle malattie ICD-10:

- U07.1 (Covid-19, virus identificato)
- U07.2 (Covid-19, virus non identificato)
- U10.9 (Sindrome infiammatoria multisistemica associata a Covid-19, non specificata).

ICD9CM: Classificazione Internazionale delle Malattie, versione modificata ed ampliata della ICD9 (*International classification of diseases, IX revision*, Ginevra, 1975), prevalentemente utilizzata per la classificazione delle cause di morte. La ICD9cm, maggiormente orientata a classificare i dati di morbosità, consente una più precisa codifica delle formulazioni diagnostiche, sia attraverso l'utilizzo di un quinto carattere per le diagnosi (la ICD9 ne prevede quattro), sia attraverso una classificazione ad hoc per gli interventi e le procedure. La versione italiana in uso dal 2009 a tutt'oggi è la versione 2007.

ICD-10: Classificazione Internazionale delle malattie, dei traumatismi e dei problemi sanitari correlati, decima revisione, stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Oltre ai codici e alle indicazioni per la codifica di ciascuna entità diagnostica, contiene istruzioni e linee guida per la raccolta dei dati sulle cause di morte (scheda di decesso internazionale) e per la selezione e codifica della causa iniziale di morte (regole di codifica internazionali) (<https://www.who.int/classifications/icd/en/>).

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza, furono proposti, per la prima volta, dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, documento all'interno del quale, tra le altre innovazioni, videro la nascita le aziende sanitarie, i DRG e, non da meno, un federalismo fiscale a carico delle Regioni, anche e soprattutto sotto il punto di vista della programmazione e pianificazione economico-sanitaria dando anche alle stesse Regioni la possibilità di garantire ulteriori prestazioni rispetto a quelle incluse nell'elenco nazionale utilizzando risorse proprie. Diventano concreti e tangibili con il del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, il 29 novembre 2001 (G.U. Serie Generale, n.33 del 08/02/2002) e periodicamente aggiornati. I LEA, definiti all'interno del Piano Sanitario Nazionale, sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Mobilità sanitaria attiva e passiva: con il termine "mobilità attiva" si identifica l'indice di attrazione di una Regione, ovvero le prestazioni sanitarie erogate da ciascuna Regione a cittadini non residenti, mentre con il termine "mobilità passiva" si esprime l'indice di fuga da una Regione, ovvero le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini in Regione diversa da quella di residenza.

¹³ Con la L.R. 12 aprile 2021, n.7 è stata istituita la città metropolitana di Sassari e modificata la geografia della città metropolitana di Cagliari che ne amplia la circoscrizione territoriale (in corso di attuazione)

Mortalità evitabile: decessi di persone di 0-74 anni la cui causa di morte è identificata come trattabile (gran parte dei decessi per tale causa potrebbe essere evitata grazie a un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace, che include la prevenzione secondaria e i trattamenti) o prevenibile (gran parte dei decessi per tale causa potrebbe essere evitata con efficaci interventi di prevenzione primaria e di salute pubblica). La definizione delle liste di cause trattabili e prevenibili si basa sul lavoro congiunto OECD/Eurostat, rivisto nel novembre 2019. Tassi standardizzati con la popolazione europea al 2013 all'interno della classe di età 0-74 per 10mila residenti.

Scheda di decesso Istat (Modelli Istat D4 e D4bis): certificato per la denuncia della causa di morte da parte di un medico (DPR 285/1990), completato dall'ufficiale di stato civile per le informazioni demografiche. La parte a cura del medico contiene un quesito per la dichiarazione delle cause di morte. Tale quesito è suddiviso in due parti: nella parte 1, composta da più righe, va indicata la sequenza di eventi morbosi che ha condotto a morte, indicandone la causa originante nella prima riga e nelle successive righe le sue complicanze. Nella parte 2 il medico certificatore deve indicare gli eventuali altri stati morbosi rilevanti che hanno contribuito al decesso pur non facendo parte della sequenza indicata in parte 1. La scheda di decesso rispetta le raccomandazioni internazionali dell'OMS per la raccolta delle informazioni sulle cause di morte contenute nell'ICD-10 (<https://www.istat.it/it/archivio/4216>, vedere "schede di morte" tra gli allegati).

Tasso di ospedalizzazione: indicatore che fornisce una misura sintetica sul ricorso al ricovero ospedaliero della popolazione oggetto di studio. Si calcola come rapporto fra numero di ricoveri ospedalieri, ovunque effettuati, relativi a soggetti residenti e la popolazione residente. Il tasso di ospedalizzazione viene solitamente elaborato distintamente per le diverse modalità di ricovero, ovvero sia per il Ricovero Ordinario che per quello diurno, comprensivo del *Day Hospital* (DH) medico e chirurgico, altrimenti detto *Day Surgery*. Pertanto, l'indicatore consente di descrivere il ricorso alle diverse modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera e di cogliere, nelle analisi temporali, gli eventuali spostamenti della casistica trattata da un *setting* assistenziale all'altro. In questo modo, si ottengono anche indicazioni sulla struttura dell'offerta e sulle modifiche.

Tasso di ospedalizzazione standardizzato per acuti in regime ordinario e diurno (*day hospital*): indicatore che fornisce la misura dell'ospedalizzazione al netto della struttura per età della popolazione, utilizzato per i confronti nello spazio e/o nel tempo. I tassi presentati sono stati calcolati con riferimento al numero di dimissioni per acuti in regime ordinario e diurno riferiti alla popolazione residente in un dato territorio; la popolazione utilizzata come standard è quella europea proposta da Eurostat (Revisione 2013). Le classi di età utilizzate nella procedura di standardizzazione sono quinquennali con l'eccezione delle due classi iniziali (0, 1-4 anni). In questo report, il valore esprime il livello dell'ospedalizzazione come numero di ricoveri per 1.000 abitanti, per i periodi 2007-2009 e 2017-2019 i ricoveri standardizzati sono calcolati come media triennale dei singoli anni.

Tasso di mortalità standardizzato per età: indicatore che fornisce la misura della mortalità al netto della struttura per età della popolazione, utilizzato per i confronti nello spazio e/o nel tempo. I tassi presentati sono stati calcolati con riferimento ai decessi e alla popolazione residente in un determinato territorio in Italia; la popolazione utilizzata come standard è quella europea proposta da Eurostat (Revisione 2013). In questo report, il valore esprime il livello della mortalità come numero di morti per 10mila abitanti; le classi di età utilizzate nella procedura di standardizzazione sono quinquennali con l'eccezione delle due classi iniziali (0, 1-4 anni) e finale aperta (95 anni ed oltre); per i trienni 2007-2009 e 2017-2019 i decessi standardizzati sono calcolati come media triennale dei singoli anni.

Tasso di mortalità standardizzato per età per tumore, malattie del sistema cardiocircolatorio e respiratorio (0-74 anni): i tassi presentati sono stati calcolati con riferimento ai decessi e alla popolazione residente in un determinato territorio; la popolazione utilizzata come standard è quella europea proposta da Eurostat (Revisione 2013). In questo report, il valore esprime il livello della mortalità come numero di morti per 10mila abitanti. Le classi di età utilizzate nella procedura di standardizzazione sono quinquennali con l'eccezione delle due classi iniziali (0, 1-4 anni); per i trienni 2007-2009 e 2017-2019 i decessi standardizzati sono calcolati come media triennale dei singoli anni.

Per chiarimenti tecnici e metodologici

Debora Tronu
debora.tronu@istat.it

Daniela Vacca
daniela.vacca@istat.it