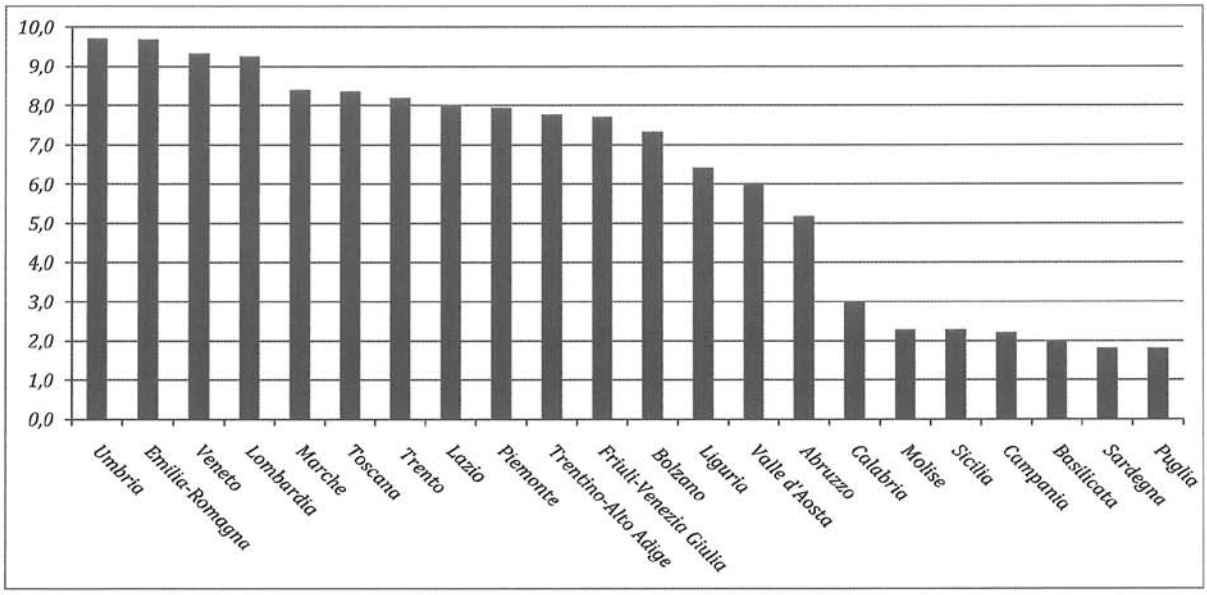
va è l'Emilia-Romagna (16,0 per mille), seguita da Umbria (14,7 per mille) e Marche (12,8 per mille). Nel Mezzogiorno le regioni presentano valori del tasso migratorio più bassi, e negativi in Campania (-1,6 per mille), in Puglia e in Basilicata (-0,2 per mille). L'Abruzzo è l'unica regione meridionale vicina alla soglia del 10 per mille.

Con il passare degli anni vanno acquisendo un'importanza sempre maggiore i movimenti interni e con l'estero fino al punto da rappresentare un fattore molto rilevante dal punto di vista demografico. Infatti, i saldi migratori positivi contengono gli effetti della dinamica naturale negativa, determinando così una popolazione in crescita. Nel corso del 2008 gli iscritti dall'estero si stimano in oltre 500 mila, mentre i cancellati per l'estero in circa 75 mila, per un saldo totale di circa 460 mila unità. La portata considerevole delle iscrizioni di cittadini stranieri è dovuta a diversi fattori, in parte rilevante all'effetto dei decreti flussi per lavoratori extracomunitari non stagionali emanati nel biennio 2007-2008. Come ulteriori fattori di attrazione vanno citati, inoltre: il probabile protrarsi anche nel 2008 dell'effetto allargamento dell'Unione Europea dal 1° gennaio 2007 ai cittadini romeni e bulgari; le domande di asilo (6.284 quelle accolte nel 2007, +17% rispetto al 2006) e i ricongiungimenti familiari (71 mila nel 2007, dato invariato rispetto al 2006).

Per quanto riguarda le migrazioni interne nel 2008, si stima che poco meno di 1 milione e mezzo di persone abbiano cambiato residenza all'interno del Paese, secondo uno schema migratorio che vede le regioni del Nord (2,0 per mille) e del Centro (1,2 per mille) come regioni di attrazione e quelle del Mezzogiorno (-2,7 per mille), con eccezione di Abruzzo (1,8 per mille) e Sardegna (0,4 per mille), come regioni di fuga (Tabella 1).

La popolazione straniera residente si stima in circa 3 milioni 900 mila al 1° gennaio 2009, facendo registrare un incremento di 462 mila unità rispetto al 1° gennaio 2008 (+12,6 per cento). La popolazione residente straniera costituisce il 6,5% del totale

Figura 1 – Incidenza percentuale della popolazione residente straniera per regione al 1° gennaio 2009*



* Stima.

FONTE: Istat. Sistema di nowcast per indicatori demografici, 2009.

(5,8% nel 2007). Le cittadinanze straniere maggiormente rappresentate sono quella rumena (772 mila), albanese (438 mila) e marocchina (401 mila) che, cumulate, costituiscono il 40% delle presenze. Le regioni dove risiede il maggior numero di stranieri sono quelle del Nord, ben il 62% (23% nella sola Lombardia), contro il 25% di residenti del Centro e il 12% del Mezzogiorno. Nelle regioni del Nord e del Centro l'incidenza della popolazione straniera su quella totale è più elevata che in quelle del Mezzogiorno. In testa ci sono Umbria ed Emilia-Romagna col 9,7%, seguite da Veneto e Lombardia al 9,3%. In coda figurano, invece, tutte le regioni del Mezzogiorno: dall'Abruzzo (5,2%) alla Sardegna (1,8%) (Figura 1).

Tabella 2 – Indicatori di struttura della popolazione per regione al 1° gennaio 2009*

Regioni	Composizione percentuale			Indice di struttura			
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Piemonte	12,7	64,6	22,7	55	35	179	45
Valle d'Aosta	13,7	65,7	20,6	52	31	150	44
Lombardia	14,0	66,1	19,9	51	30	142	43
Trentino Alto Adige	16,0	65,7	18,3	52	28	114	42
P.A. Bolzano	16,7	65,8	17,5	52	27	105	41
P.A. Trento	15,3	65,6	19,1	53	29	125	42
Veneto	14,1	66,2	19,6	51	30	139	43
Friuli Venezia Giulia	12,4	64,5	23,1	55	36	187	46
Liguria	11,3	61,9	26,8	62	43	236	48
Emilia-Romagna	13,0	64,5	22,5	55	35	173	45
Toscana	12,5	64,3	23,2	56	36	186	45
Umbria	12,8	64,1	23,1	56	36	181	45
Marche	13,2	64,4	22,4	55	35	170	44
Lazio	13,9	66,4	19,7	51	30	141	43
Abruzzo	13,1	65,7	21,3	52	32	163	44
Molise	12,7	65,5	21,8	53	33	171	44
Campania	16,7	67,4	15,9	48	24	95	40
Puglia	15,1	66,9	18,0	49	27	119	41
Basilicata	13,7	66,2	20,1	51	30	147	43
Calabria	14,5	66,9	18,7	50	28	129	42
Sicilia	15,4	66,2	18,4	51	28	119	41
Sardegna	12,4	68,9	18,7	45	27	150	43
ITALIA	**14,0**	**65,8**	**20,1**	**52**	**31**	**143**	**43**
Nord	**13,5**	**65,3**	**21,2**	**53**	**33**	**157**	**44**
Nord-ovest	*13,4*	*65,2*	*21,4*	*53*	*33*	*160*	*44*
Nord-est	*13,7*	*65,4*	*21,0*	*53*	*32*	*153*	*44*
Centro	**13,3**	**65,3**	**21,4**	**53**	**33**	**161**	**44**
Mezzogiorno	**15,1**	**66,9**	**17,9**	**49**	**27**	**118**	**41**
Sud	*15,4*	*66,9*	*17,7*	*49*	*26*	*115*	*41*
Isole	*14,7*	*66,9*	*18,4*	*50*	*28*	*126*	*42*

* Stima.

FONTE: Istat. Sistema di nowcast per indicatori demografici, 2009.

1.1.2 La struttura per età della popolazione

Nel 2009 l'indice di vecchiaia, ossia il rapporto tra la popolazione di ultrasessantaquattrenni e quella con meno di 15 anni, è pari al 143 per cento. Il processo di invecchiamento investe tutte le regioni d'Italia, particolarmente quelle settentrionali e centrali per le quali l'indice di vecchiaia è ben oltre la soglia di parità, con valori rispettivamente pari al 157 per cento e al 161 per cento. Nelle regioni del Mezzogiorno l'equilibrio tra giovani e anziani è maggiore, ma negli ultimi anni si sta anche qui modificando a favore degli ultrasessantaquattrenni con un indice di vecchiaia giunto al 118 per cento. La Campania (95 per cento) è l'unica regione con un'eccedenza di giovani sugli anziani, mentre all'opposto la Liguria (236 per cento) è l'unica che presenta un valore dell'indice di vecchiaia superiore al 200 per cento.

Analizzando la struttura per età della popolazione del 2009 gli individui con 65 anni e oltre hanno raggiunto il 20,1% della popolazione (erano il 17,8% nel 1999), mentre i minorenni sono soltanto il 17% (17,6% nel 1999). I giovani fino a 14 anni sono il 14% (14,4% nel 1999); la popolazione in età attiva, 15-64 anni, è pari a meno dei due terzi del totale (67,8% nel 1999). A livello territoriale nel Nord e nel Centro del Paese i residenti di 65 anni e oltre sono oltre la quota del 21 per cento. Nelle stesse ripartizioni la percentuale di giovani fino a 14 anni si attesta su valori del 13 per cento circa. Nel Mezzogiorno, invece, il disequilibrio tra giovani e anziani è ancora contenuto, in forma minore per quanto riguarda il Sud con, rispettivamente, il 15,4 per cento e il 17,7 per cento, e in forma più evidente per quanto riguarda le Isole, con, rispettivamente, il 14,7 per cento e il 18,4 per cento (Tabella 2).

Bibliografia essenziale

Istat. Annuario statistico italiano 2008, 2008.

Istat. Indicatori demografici. Note informative, 2009.

Livi Bacci M. Introduzione alla demografia. Loescher Editore, Torino, 1986.

1.2 Mortalità generale e aspettativa di vita

1.2.1 Introduzione

La sopravvivenza negli ultimi decenni ha mostrato in Italia un notevole miglioramento, rimanendo in linea con l'andamento seguito anche dagli altri paesi occidentali; si è passati infatti da una speranza di vita alla nascita di circa 74 anni per gli uomini e di 80 anni per le donne nei primi anni '90 a 78,4 e 84 anni nel 2006 rispettivamente per gli uomini e per le donne.

Il divario tra i uomini e donne, seppure in lieve diminuzione, rimane elevato: la differenza di quasi 6 anni di vita a favore del genere femminile è attribuibile ai minori livelli di mortalità delle donne alle varie età e per la maggior parte delle cause di morte, differenziale attribuibile per circa il 60 per cento alla minore mortalità delle donne nell'ambito delle malattie del sistema circolatorio, in particolare le malattie ischemiche del cuore, e dei tumori, responsabili per oltre il 70 per cento della mortalità complessiva.

Come è noto, infatti, per tali patologie assumono più rilievo i comportamenti individuali e le abitudini di vita,

fortemente differenziati tra uomini e donne. A ciò si aggiunge un ruolo positivo probabilmente legato a una diversa attenzione prestata ai problemi di salute e alla prevenzione.

L' indagine Istat sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari ha infatti evidenziato, negli anni più recenti, una maggiore propensione delle donne a ricorrere alla prevenzione e ai servizi sanitari, traendo vantaggio più degli uomini dai progressi ottenuti in campo medico. Il quadro futuro potrebbe naturalmente mutare in seguito ai cambiamenti che si manifestano nei comportamenti: la progressiva omogeneizzazione tra i sessi degli stili di vita potrebbe avvicinare i due livelli di mortalità, per cui nel lungo periodo sarebbero solo i differenziali residui, connessi alle diversità biologiche, a mantenere un differenziale uomo-donna.

I progressi medici, scientifici, tecnologici, e soprattutto le migliorate condizioni di vita della popolazione, hanno consentito a un numero sempre maggiore di soggetti di raggiungere le età più avanzate della vita. L'evoluzione positiva della sopravvivenza si è accompagnata, inoltre, a una trasformazione della struttura della mortalità per età e causa: i decessi avvengono progressivamente a età sempre più elevate e la mortalità per malattie infettive è stata superata da quella legata alle malattie cronico-degenerative.

Un aspetto che differenzia in modo determinante il quadro attuale rispetto a quello passato riguarda il contributo delle diverse classi di età alla diminuzione della mortalità.

Mentre nella prima metà del Novecento erano le riduzioni di mortalità nelle prime età della vita a contribuire maggiormente al calo della mortalità complessiva, nel secondo dopoguerra e fino agli anni ottanta i contributi più significativi hanno riguardato gli adulti. Negli anni novanta un peso importante è stato assunto dalle classi di età anziane e, di recente, anche dai giovani.

La riduzione della mortalità infantile, principale artefice dell'aumento della sopravvivenza del passato, è proseguita anche negli ultimi decenni; oggi, a fronte di oltre 550.000 nascite, si registrano poco più di 2.000 decessi, di cui il 57 per cento relativo ai maschi. In particolare, i tassi di mortalità nel primo anno di vita sono passati da valori, negli anni '70, intorno al 26‰ per i bambini e 41‰ per le bambine a valori rispettivamente del 16‰ e 12‰ nei primi anni '80 e del 4,1‰ e 3,2‰ nel 2006.

Malgrado il significativo miglioramento della mortalità infantile in Italia nel suo complesso ed il raggiungimento, da parte di alcune regioni, di tassi inferiori persino a quelli registrati nei paesi del Nord Europa, con una tendenza all'attenuazione della variabilità tra regioni, permangono ancora importanti differenze fra le regioni del Nord-Centro e quelle del Sud del paese, soprattutto nella componente neonatale.

1.2.2 Analisi quantitativa e confronti territoriali

Nel presente paragrafo si analizza l'andamento della mortalità generale e della sopravvivenza in Italia negli anni 2001 al 2006, ultimo anno disponibile.

L'indagine sulle cause di morte costituisce la fonte dei dati utilizzata per la predisposizione degli indicatori di mortalità generale e per la costruzione delle tavole di mortalità. La base per le stime di popolazione è fornita dai dati della Rilevazione della popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile al 31 dicembre.

Dall'analisi dei dati si osserva, in primo luogo che, sebbene il tasso grezzo di mortalità sia rimasto pressoché invariato nel corso dell'ultimo decennio, attestandosi su valori di circa il 10‰ per gli uomini e 9,5‰ per le donne, i tassi di mortalità specifici per età hanno subito notevoli variazioni,

Tabella 1 – Indicatori di struttura della popolazione per regione al 1° gennaio 2009

Età	Maschi				Femmine				Totale			
	2001		2006 (a)		2001		2006 (a)		2001		2006 (a)	
	Valore assoluto	Tasso per 1.000	Valore assoluto	Tasso per 1.000	Valore assoluto	Tasso per 1.000	Valore assoluto	Tasso per 1.000	Valore assoluto	Tasso per 1.000	Valore assoluto	Tasso per 1.000
00	1.370	4,92 (b)	1.164	4,12 (b)	1.112	4,21 (b)	867	3,22 (b)	2.482	4,60 (b)	2.031	3,72 (b)
1-14	667	0,17	520	0,13	464	0,13	408	0,11	1.131	0,15	928	0,12
15-34	6.841	0,88	5.263	0,72	2.276	0,30	1.761	0,25	9.117	0,60	7.024	0,49
35-59	31.645	3,27	29.902	2,81	16.886	1,71	16.286	1,52	48.531	2,48	46.188	2,16
60-79	136.051	26,18	122.294	22,65	90.829	14,20	79.497	12,34	226.880	19,57	201.791	17,04
80 e più	102.458	128,59	117.217	114,48	166.293	101,74	183.406	89,46	268.751	110,54	300.623	97,79
Totale	279.032	10,12	276.383	9,66	277.860	9,45	282.231	9,31	556.892	9,77	558.614	9,48

(a) Nel 2006 ci sono 23 casi di maschi e 6 casi di femmine con età non indicata
(b) Tasso per 1.000 Nati vivi

FONTE: Istat. Indagine sulle cause di morte. Anni 2001 e 2006.

congiuntamente ad un aumento dell'ammontare dei decessi in termini assoluti. Il numero complessivo dei decessi avvenuti in Italia, comprensivo dei deceduti non residenti sul territorio nazionale, infatti, rispettivamente per il 2001 e il 2006, è passato da 556.892 a 558.614 decessi.

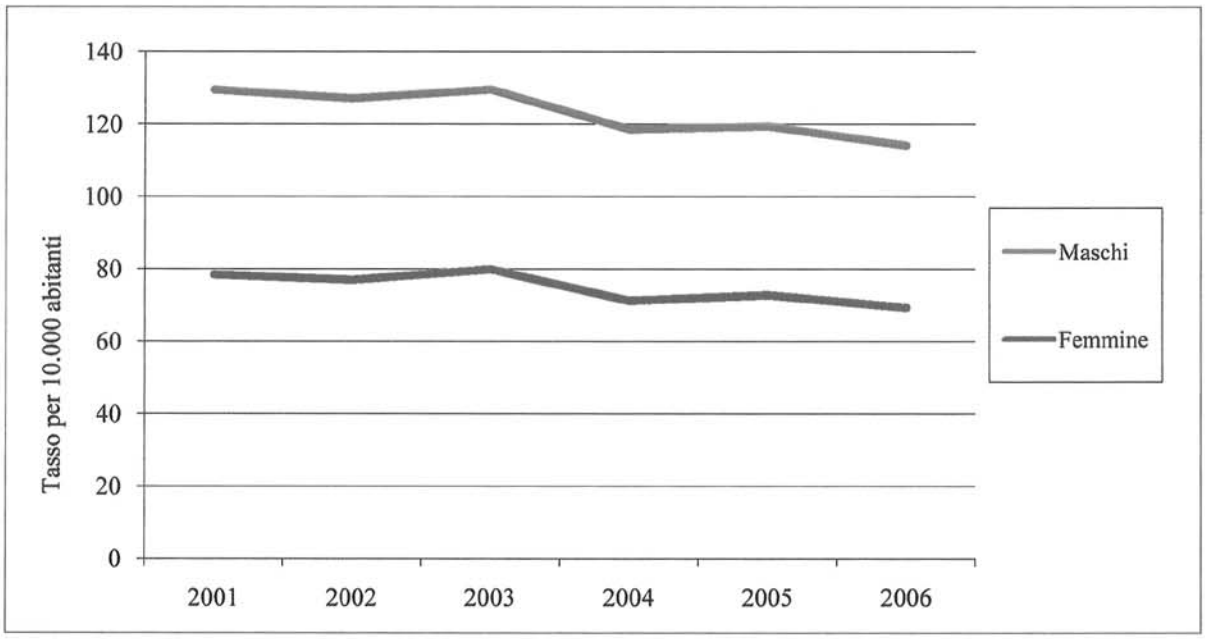
A seguito del progressivo e ben noto aumento della quota di anziani nella popolazione italiana, si registra una diminuzione, per tutte le classi di età, dei tassi specifici di mortalità e, unicamente per la fascia degli ultraottantenni, un contemporaneo aumento in valore assoluto del numero dei decessi e una diminuzione del tasso di mortalità specifico. L'ammontare passa, per gli uomini, da 102.458 nel 2001 a 117.217 casi nel 2006 e per le donne, rispettivamente, da 166.293 a 183.406 decessi. I tassi specifici variano, sempre con riferimento alla fascia di età 80 anni e oltre, per gli uomini, da 128,59 a 114,48 decessi per 1.000 abitanti, per le donne da 101,74 a 89,46 (Tabella 1).

Nel periodo 2001-2006 si evidenzia anche un sostanziale declino in termini di tassi standardizzati (meno 12 per cento). Il 2006 costituisce un anno per il quale i tassi standardizzati sembrano riallinearsi con l'andamento interrotto negli anni immediatamente precedenti. Al generale aumento della mortalità prodotto dall'ondata di calore del 2003, infatti, è seguita una marcata riduzione nel 2004, resa ancora più evidente proprio dall'effetto "anticipazione" dei decessi avvenuti nell'anno precedente. In quest'ottica, di conseguenza, l'incremento rilevato nel 2005 può essere letto quasi come una conseguenza attesa a fronte del decremento del 2004, mentre nel 2006 si assiste nuovamente ad una diminuzione dell'ammontare dei decessi.

In particolare, tra il 2005 e il 2006, il tasso standardizzato passa da 119,36 a 114,05 decessi per 10.000 abitanti, per gli uomini e da 72,86 a 69,40 decessi ogni 10.000 abitanti per le donne (Figura 1).

Focalizzando l'attenzione sull'analisi della geografia della mortalità complessiva si registrano solo lievi variazioni negli anni considerati. Si conferma, in generale, il primato negativo della Campania per la quale si registra la situazione più svantaggiata in termini di mortalità, sia per gli uomini che per le donne (Figura 2). Campania e Valle d'Aosta si confermano, per gli uomini, ai primi posti

Figura 1 – Tassi di mortalità standardizzati (per 10.000 abitanti) oltre il primo anno di vita per sesso – Periodo 2001-2006



FONTE: Istat. Indagine sulle cause di morte. Anni 2001-2006.

nella graduatoria del tasso di mortalità (nel 2001 in Campania si registrano 141,60 decessi per 10.000 abitanti e in Valle d'Aosta 144,73; nel 2006 le posizioni si invertono e il tasso risulta pari a 123,87 nella prima e 119,86 nella seconda regione).

Per le donne della regione Campania lo svantaggio in termini di mortalità persiste dal 2001 (91,26 per 10.000 abitanti) ed è confermato nel 2006 (78,65 per 10.000 abitanti). Sempre per le donne, anche la Sicilia mantiene nei due anni a confronto la seconda posizione nella graduatoria della più alta mortalità (da 88,68 per 10.000 abitanti nel 2001 a 77,7 nel 2006).

Il quadro migliore appartiene, invece, alla regione Marche: sia nel 2001 sia nel 2006 il tasso per gli uomini è il più basso d'Italia ed è pari rispettivamente a 115,91 e a 105,33 per 10.000 abitanti; tra le donne, nel 2001 le Marche sono seconde solo alla P.A. di Trento, mentre nel 2006 il tasso scende sotto i 63 decessi per 10.000 abitanti, risultando il valore più basso a livello regionale.

La diminuzione dei tassi di mortalità infantile, seppur con peso diverso rispetto al passato, ha continuato a contribuire all'aumento della sopravvivenza.

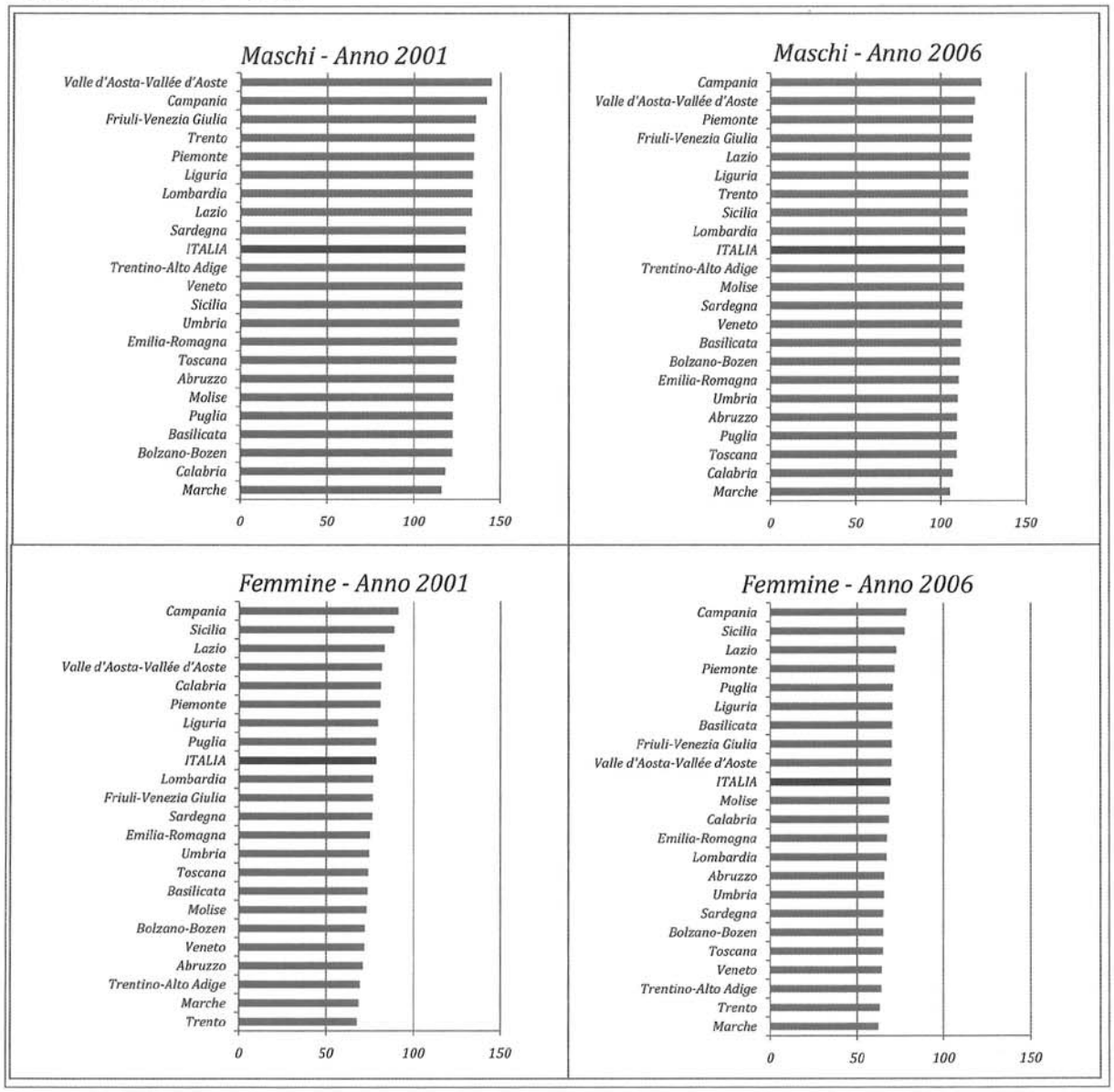
La mortalità infantile mostra, infatti, un andamento in continua diminuzione dal 2001 al 2006 con una riduzione, rispettivamente, del 19 per cento per i maschi e del 31 per cento per le femmine.

Solo nel 2004 si è assistito a un aumento della mortalità nei maschi probabilmente spiegato da un crollo troppo repentino registrato nel 2003 rispetto all'anno precedente. Il numero dei decessi avvenuti entro il primo anno di vita passa da 1.370 casi del 2001 a 1.112 casi del 2006 per i maschi e da 1.164 a 867 per le femmine.

I tassi di mortalità infantile passano, a livello nazionale, da 4,9 decessi per 1.000 nati vivi nel 2001 a 4,1 nel 2006 per i maschi e da 4,2 a 3,2 decessi per 1.000 nati vivi, per le femmine, rispettivamente dal 2001 al 2006 (Figura 3).

A fronte della significativa riduzione della mortalità infantile in Italia,

Figura 2 – Tassi di mortalità standardizzati (per 10.000 abitanti) oltre il primo anno di vita per regione di residenza e sesso – Anni 2001 e 2006



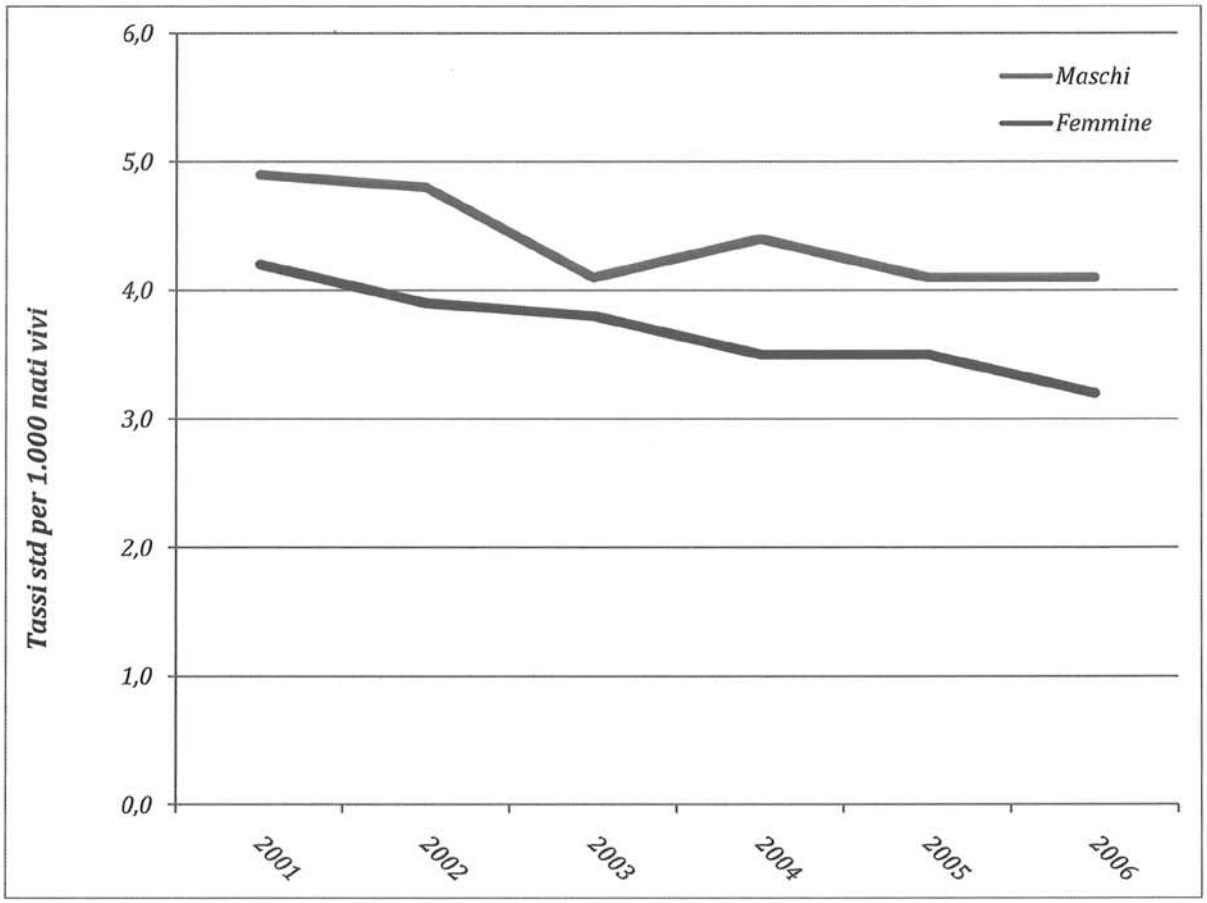
FONTE: Istat. Indagine sulle cause di morte. Anni 2001 e 2006.

che interessa tutto il territorio nazionale, permangono ancora differenze fra le regioni del Nord-Centro e quelle del Sud del paese, soprattutto nella componente neonatale

Se si esaminano i tassi di mortalità infantile per regione, si osserva che le regioni con i livelli più bassi di mortalità sono nel 2006 Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Veneto e Toscana (rispettivamente 2,3, 2,6, 2,8, 2,8 decessi per 1.000 nati vivi), quelle con mortalità maggiore sono Calabria, Sicilia, Campania (rispettivamente 4,0, 4,2, 5,5 decessi per 1.000 nati vivi).

Le ragioni di queste differenze sono numerose, complesse e ancora non completamente valutate e studiate. Alcuni fattori responsabili di tali differenze potrebbero essere legati al contesto socio-economico e all'offerta sanitaria delle regioni, alla

Figura 3 – Tasso di mortalità infantile (per 1.000 nati vivi) per sesso – Anni 2001-2006



FONTE: Istat. Indagine sulle cause di morte. Anni 2001-2006.

mancata regionalizzazione delle cure perinatali con la carenza del servizio di trasporto in emergenza del neonato o infine alla numerosità dei Centri di Terapia Intensiva neonatale.

Per quanto concerne l'analisi della sopravvivenza, sono stati analizzati i valori della speranza di vita alla nascita e all'età di 65 anni distinti per sesso e regione di residenza (Tabella 2).

Sono le Marche la regione italiana dove si vive più a lungo, sia per gli uomini (79,46 anni) sia per le donne (84,97 anni), mentre la regione che presenta i valori più bassi per questo indicatore è la Campania (76,91 e 82,54 anni, rispettivamente).

Complessivamente in corrispondenza delle regioni del Nord e del Centro si registrano i livelli più contenuti della speranza di vita alla nascita, mentre le regioni del Sud e le Isole più frequentemente assumono livelli più alti della media nazionale (78,44 anni per gli uomini e 83,98 anni per le donne), fatta eccezione per alcune regioni: in particolare Abruzzo e Molise, Puglia e Calabria per gli uomini e Abruzzo e Molise e Sardegna per le donne. Il differenziale tra uomini e donne, che è di 5,54 anni su base nazionale, aumenta fino a 6,57 anni in Sardegna e si riduce invece a 4,73 anni in Sicilia.

Anche per la speranza di vita a 65 anni sono confermate le evidenze riscontrate per la speranza di vita alla nascita. Le Marche rappresentano, infatti, la regione per la quale si registra

Tabella 2 – Speranza di vita alla nascita e a 65 anni, per regione di residenza e sesso – Anno 2006

Regione di residenza	Speranza di vita alla nascita e		Speranza di vita a 65 anni e	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte-Valle D'Aosta	78,21	83,71	17,59	21,47
Lombardia	78,49	84,31	17,68	21,80
Trentino-Alto Adige	78,68	84,65	17,88	22,21
P.A. Bolzano	78,83	84,60	18,09	21,97
P.A. Trento	78,56	84,66	17,50	22,25
Veneto	78,80	84,76	17,88	22,19
Friuli Venezia Giulia	78,10	83,87	17,64	21,78
Liguria	78,56	83,63	17,76	21,52
Emilia-Romagna	79,14	84,38	18,19	22,00
Toscana	79,20	84,60	18,11	22,09
Umbria	79,29	84,25	18,26	22,01
Marche	79,46	84,97	18,41	22,27
Lazio	78,10	83,56	17,67	21,27
Abruzzo-Molise	78,45	84,36	17,90	21,73
Campania	76,91	82,54	16,90	20,45
Puglia	78,90	83,91	18,10	21,52
Basilicata	78,10	83,29	17,70	21,38
Calabria	78,59	83,88	18,02	21,49
Sicilia	78,15	82,88	17,61	20,60
Sardegna	77,91	84,48	17,87	22,00
Italia	**78,44**	**83,98**	**17,77**	**21,57**

FONTE: Istat. http://demo.istat.it/. Anno 2006.

il valore più elevato, sia per gli uomini (18,41 anni), sia per le donne (22,27 anni) seguono Umbria ed Emilia Romagna per gli uomini e Trentino Alto Adige (in particolare la provincia di Trento) e Veneto per le donne.

Le Regioni per le quali si rilevano i valori più bassi, in termini di attesa di vita dopo il compimento dei 65 anni di età, sono, per gli uomini, Sicilia, Piemonte e Valle d'Aosta, la provincia di Trento e Campania, con valori compresi tra 17,61 e 16,90 anni, mentre, per le donne, sono le regioni Basilicata, Lazio, Sicilia e Campania, con valori tra 21,38 e 20,45 anni.

Bibliografia essenziale

Istat. Annuario statistico italiano 2008. 1. Istat. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Roma, 2008 - tavole di dati on line: http://www.istat.it/dati/dataset/20080131_00/

Istat. Cause di morte, Anno 2003. Roma, 2008 – tavole di dati on line: http://www.istat.it/dati/dataset/20080111_00/

Istat. Cause di morte, Anno 2006. Roma, 2009 – tavole di dati on line: http://www.istat.it/dati/dataset/20090302_00/

Istat. Decessi caratteristiche demografiche e sociali. Anno 2006. Roma, 2009 – tavole di dati on line:http://www.istat.it/dati/dataset/20090219_00/

Rapporto Osservasalute 2008. Roma, 2009.

1.3 Stato di salute percepito e qualità della sopravvivenza

1.3.1 Introduzione

Le favorevoli prospettive di vita determinate della sensibile riduzione dei livelli di mortalità anche per cause che solo fino a pochi anni fa mostravano andamenti crescenti, come alcuni tumori maligni, rendono sempre più attuale considerare in quali condizioni di salute si realizzavano i guadagni di sopravvivenza osservati.

È noto come il progressivo incremento della popolazione anziana in Italia (sia in termini assoluti che relativi) giochi un ruolo fondamentale nella determinazione dello stato di salute della popolazione, la cui misurazione deve tener conto dell'attuale fase di transizione sanitaria, caratterizzata maggiormente dai processi cronici non necessariamente letali.

La complessa relazione tra aumento della longevità e qualità della sopravvivenza ha dato luogo a diverse ipotesi interpretative sulle quali gli studiosi continuano a confrontarsi. Alcuni ritengono che i progressi ottenuti siano solo apparenti e siano il risultato di miglioramenti terapeutici che avrebbero consentito solo una maggiore sopravvivenza in vita di individui malati. L'allungamento della vita sarebbe quindi nient'altro che il risultato dell'aumento del numero di anni trascorsi in cattive condizioni di salute. Altri, facendo riferimento ai processi morbosi più gravi e invalidanti, sostengono invece che alla riduzione della mortalità si è associata una riduzione dell'incidenza delle malattie o, almeno, un rallentamento del processo evolutivo delle malattie stesse verso le fasi più gravi. Altri ancora sono inclini a riconoscere un effettivo miglioramento della qualità della sopravvivenza nel corso del tempo pur in presenza di un aumento della morbosità dichiarata; quest'ultima infatti potrebbe dipendere dalla crescente attenzione degli individui nei confronti della propria salute e da un aumento delle loro aspettative anche nelle età anziane.

Alla base delle diverse interpretazioni vi è la possibilità di declinare il concetto di salute secondo diverse accezioni. Si va da una impostazione oggettiva che tende ad identificare la buona salute con l'assenza di una specifica malattia o gruppi di malattie (come ad esempio, le malattie croniche o i processi tumorali), siano esse dichiarate dagli individui o clinicamente accertate, ad una definizione basata sull'assenza di una limitazione funzionale che ostacola o impedisce lo svolgimento delle attività della vita quotidiana (disabilità), anche in questo caso dichiarata o clinicamente accertata, sino ad una impostazione completamente soggettiva, basata sulla percezione individuale del proprio stato di salute.

La necessità di individuare delle misure di sintesi in grado di consentire una valutazione globale della sopravvivenza in buona salute e della sua evoluzione nel tempo, ha portato a privilegiare la famiglia degli indicatori proposti da Sullivan: questi indicatori si basano sulla misurazione degli indici di sopravvivenza e di prevalenza all'interno di una stessa tavola di mortalità al fine di specificare gli anni vissuti secondo lo stato di salute, in relazione alla definizione stessa di salute adottata.

1.3.2 La salute percepita

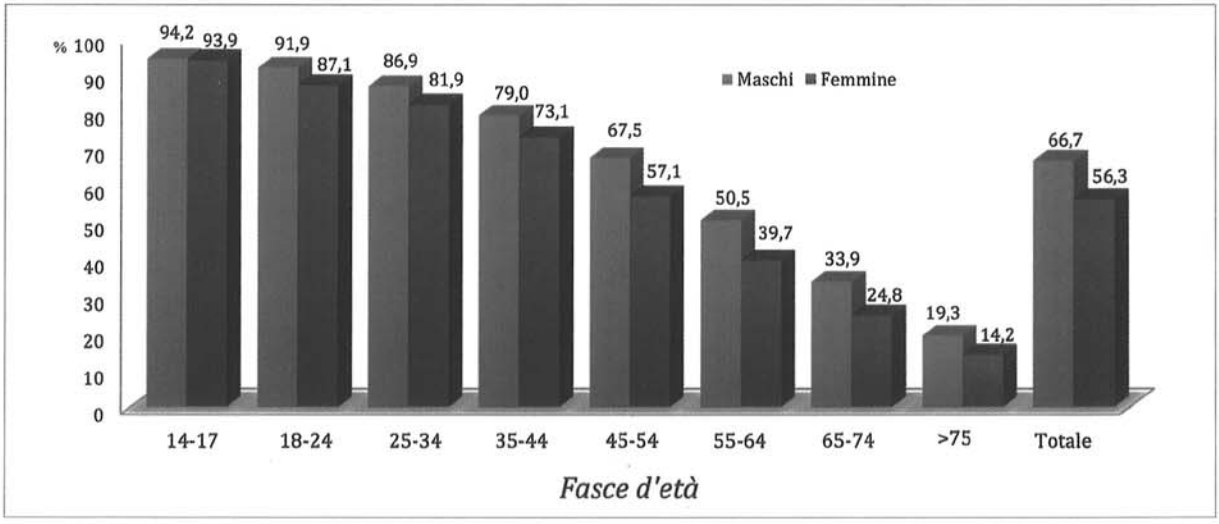
In base al concetto di salute soggettivo gli individui sono chiamati a classificarsi sulla base di una scala verbale di cinque modalità ordinate da molto bene a molto male della seguente domanda: "come va in generale la sua salute?" Si stima che nel 2005 circa il

61% della popolazione italiana si considera in buona salute mentre il 6,7% dá una valutazione negativa delle proprie condizioni di salute (Figura 1 e Figura 2). L'autopercezione di buona salute decresce al crescere dell'età, quando diventano progressivamente più frequenti una serie di disturbi e patologie (non necessariamente letali) di più lunga durata. Viceversa aumenta per età la proporzione di quanti dichiarano di sentirsi male o molto male e raggiunge il 28% dei soggetti intervistati di età superiore ai 75 anni.

La percezione dello stato di salute è diversa per genere. In generale la proporzione di quanti dichiarano di sentirsi male o molto male è più alta tra le donne ed il divario aumenta al crescere dell'età.

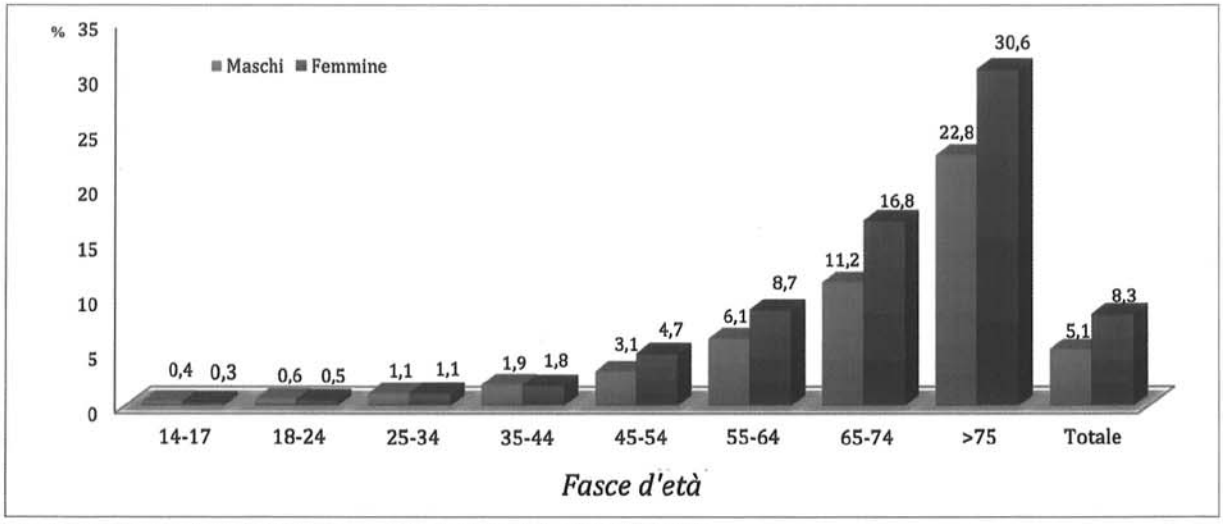
Questo quadro generale ha un impatto evidente anche sulla qualità della sopravvivenza. L'indicatore della speranza di vita in buona salute fornisce un quadro sostanzialmente diverso da quello osservato con i soli rischi di mortalità.

Figura 1 – Salute percepita in Italia. Proporzione di persone che hanno dichiarato di sentirsi bene o molto bene per età e sesso – Anni 2004-2005



FONTE: Istat. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2004-2005.

Figura 2 – Salute percepita in Italia. Proporzione di persone che hanno dichiarato di sentirsi male o molto male per età e sesso – Anni 2004-2005



FONTE: Istat. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2004-2005.

Tabella 1 – Speranza di vita totale e in buona salute per età e per sesso – Anni 2000-2005

	Speranza di vita totale			
	2000		2005	
Età (anni)	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0	76,5	82,3	78,1	83,7
15	62,1	67,8	63,5	69,1
45	33,5	38,5	34,8	39,6
65	16,5	20,4	17,5	21,3
75	10,0	12,4	10,5	13,1

	Speranza di vita in buona salute			
	2000		2005	
Età (anni)	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0	50,0	46,6	54,5	51,6
15	36,7	33,0	40,7	37,4
45	13,0	10,9	15,6	13,3
65	3,6	3,2	4,7	4,0
75	1,6	1,5	2,0	1,9

FONTE: Istat, Health for All-Italia, http://www.istat.it/sanita/Health/.

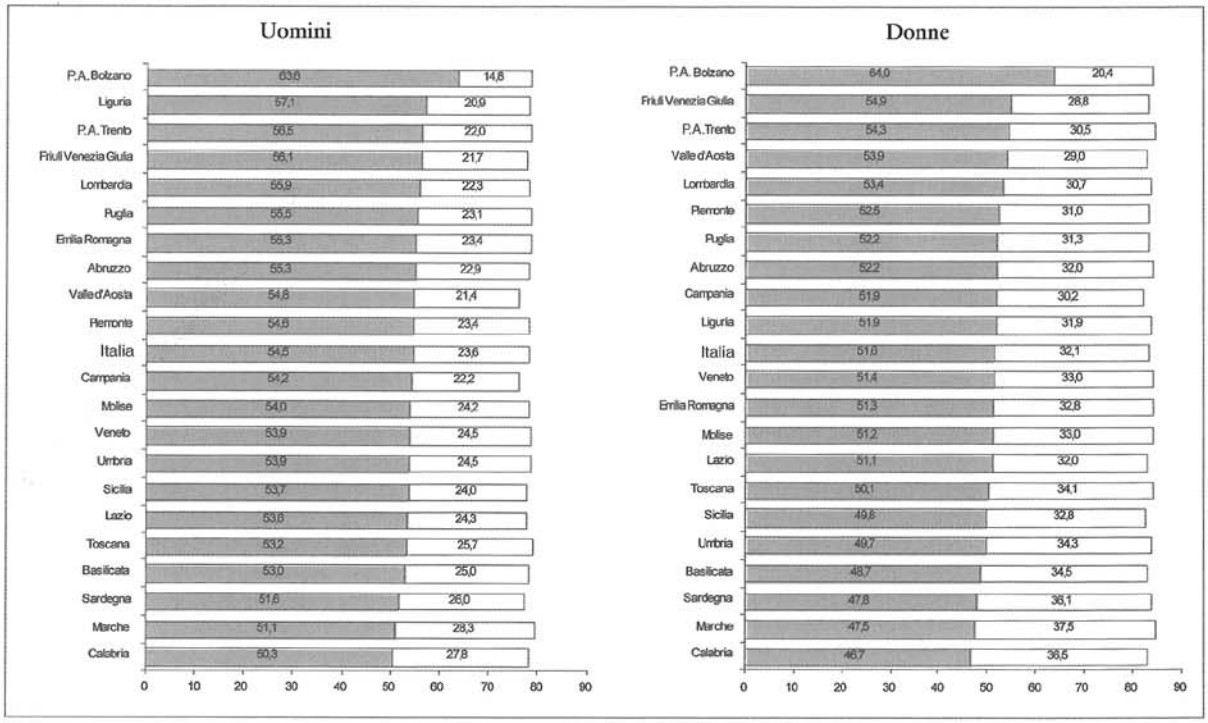
In base ai dati del 2005, degli 83,7 anni mediamente vissuti da una donna, solo 51,6 sono vissuti in buona salute; questi valori sono per un uomo rispettivamente di 78,1 e di 54,5 anni (Tabella 1).

Analogamente per gli anni 1999/2000 il divario tra i generi era di 6 anni a vantaggio delle donne in termini di sopravvivenza complessiva (82,3 anni rispetto ai 76,5 anni degli uomini) e viceversa era di 3 anni a vantaggio degli uomini per quel che riguarda la salute percepita come buona (50 rispetto a 46,7 anni delle donne). Infine, la proporzione degli anni vissuti in buona salute sul valore della speranza di vita è in aumento passando dal 65% al 70% negli uomini e dal 57% al 62% nelle donne. Le donne quindi mostrano un andamento nel tempo favorevole, sebbene le proporzioni siano significativamente più basse di quelle osservate per i loro coetanei maschi.

Analizzando inoltre la proporzione degli anni vissuti attesi in buona salute per età si osserva come questa sia sensibilmente descrescente al crescere dell'età: i dati del 2005 mostrano una proporzione pari al 45% per gli uomini e al 34% per le donne a 45 anni; a 65 anni la percentuale degli anni in buona salute si abbassa ulteriormente raggiungendo solo il 27% negli uomini e il 19% nelle donne (la sopravvivenza in buona salute è rispettivamente di 4,7 e 4 anni). All'aumentare dell'età le differenze di genere tendono a ridursi in termini qualitativi. Il numero di anni di vita atteso in buona salute è sempre più elevato negli uomini ma a 75 anni il valore è pressoché identico e di circa 2 anni.

La caratteristica dello svantaggio femminile in termini qualitativi è comune a quasi tutte le regioni (Figura 3). Unica eccezione si trova per la provincia di Bolzano dove le donne non solo hanno speranza di vita in buona salute più elevata di quella degli uomini (rispettivamente 64 anni per le donne e 63,6 per gli uomini) ma allo stesso tempo il loro valore è il più elevato d'Italia. Questo fenomeno mostra una stabilità temporale in quanto si era osservato anche con i dati del periodo 1999/2000

Figura 3 – Speranza di vita in buona e non buona salute alla nascita per sesso e regione – Anni 2004-2005



FONTE: Istat. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2004-2005.

(Istat, Rapporto Annuale 2002). Gli uomini hanno in media in Italia circa 2,9 anni di vita in buona salute alla nascita in più rispetto alle donne. Tuttavia esiste una rilevante variabilità territoriale che vede il divario tra i sessi più elevato in Liguria (5,3 anni), Basilicata e Umbria (4,2 anni), Emilia Romagna e Sicilia (4 anni) e più contenuto in Valle d'Aosta (0,9 anni), Friuli Venezia Giulia (1,2 anni) e Campania (2,3 anni) sempre a vantaggio degli uomini.

Per quel che riguarda invece la geografia della speranza di vita in buona salute si osservano diverse analogie tra i generi: sia per i maschi che per le femmine rispettivamente i valori più elevati e più bassi si hanno per la provincia di Bolzano e la regione Calabria, e più in generale permane una significativa variabilità territoriale con un lieve gradiente Nord-Sud. Ovvero, per entrambi i sessi la speranza di vita in buona salute presenta generalmente valori più elevati al Nord e più contenuti al Centro-Sud.

1.3.3 La disabilità

Lo stato di salute può essere definito anche come la capacità di un individuo di esercitare autonomamente il proprio ruolo sociale e le attività della vita quotidiana. Questo concetto di salute ha oramai acquisito particolare rilevanza, in virtù dell'accresciuto numero di persone nella fascia di età anziana e della necessità di valutare le implicazioni economiche, sociali e sanitarie legate al processo di invecchiamento della popolazione.

Nel caso degli anziani la qualità degli anni vissuti si può quindi misurare in relazione alle capacità che l'individuo ha di adattarsi all'ambiente, conservando la sua autonomia nelle attività quotidiane anche in assenza di un processo morboso ben definito. L'autonomia può essere ridotta a causa di una malattia, di un traumatismo ma anche più semplicemente per un generale decadimento psico-fisico

Tabella 2 – Speranza di vita totale e libera da disabilità a 65 anni e a 75 anni per sesso e dimensione della disabilità – Anni 2000 e 2005

	Uomini		Donne	
	2000	2005	2000	2005
Speranza di vita a 65 anni				
Totale	*16,5*	*17,5*	*20,4*	*21,3*
Libera da disabilità	13,7	14,9	15,2	16,2
Libera da confinamento	15,1	16,4	17,8	18,8
Libera da difficoltà nelle attività della vita quotidiana	14,6	15,8	16,9	17,8
Libera da difficoltà nel movimento	15,0	16,2	17,7	18,6
Speranza di vita a 75 anni				
Totale	*10,0*	*10,5*	*12,4*	*13,1*
Libera da disabilità	7,3	7,9	7,7	8,3
Libera da confinamento	8,6	9,4	10,0	10,7
Libera da difficoltà nelle attività della vita quotidiana	8,1	8,7	9,0	9,7
Libera da difficoltà nel movimento	8,6	9,2	10,0	10,7

FONTE: Istat, Health for All Italia, http://www.istat.it/sanita/Health/.

legato al processo di invecchiamento individuale.

L'analisi della relazione tra sopravvivenza e disabilità, ovvero la speranza di vita libera da disabilità, viene quindi qui approfondita isolando le seguenti singole dimensioni della disabilità: quella del confinamento individuale, quella riferibile all'insieme delle attività che impediscono la cura quotidiana e quella riferibile alle difficoltà nel movimento (Tabella 2).

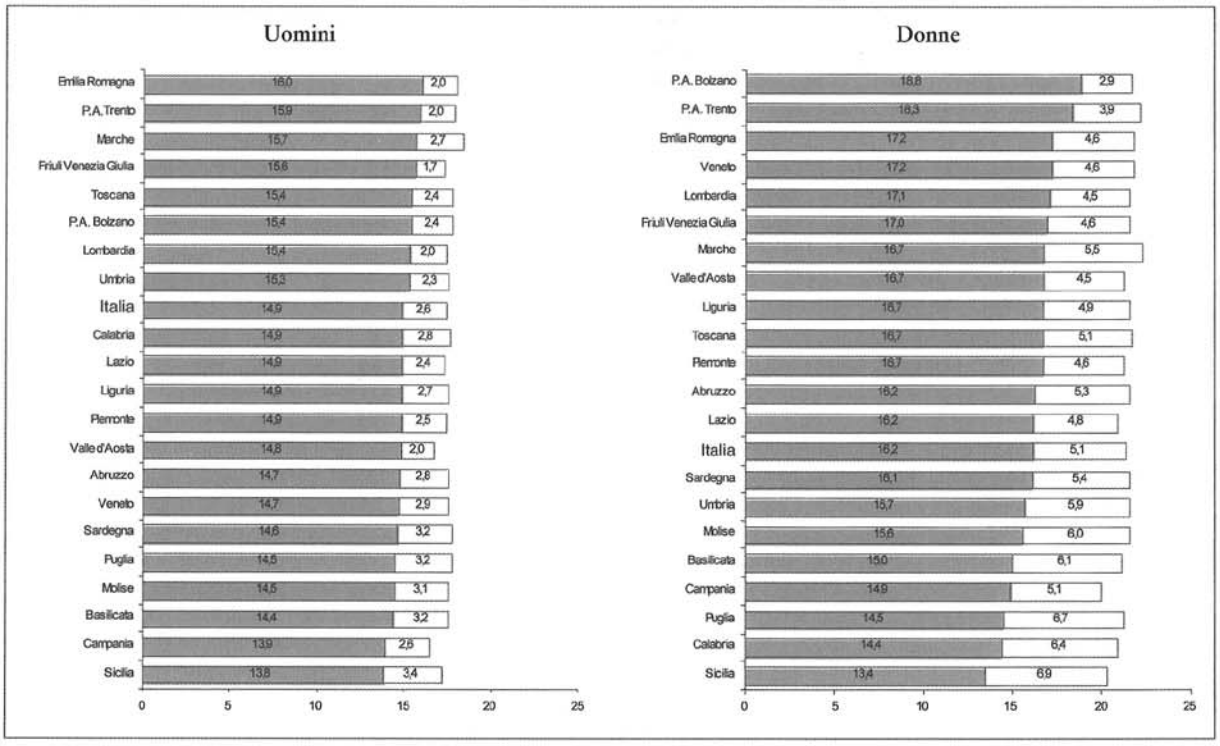
Lo scenario che si configura in termini di aspettative di vita libera da disabilità è sicuramente migliore di quello delineato dall'indicatore della speranza di vita in buona salute e contrariamente al caso precedente emerge un vantaggio femminile. Nel 2005 dei 17,5 anni che un uomo si attende di vivere ben 14,9 sono in piena autosufficienza, nelle donne i valori sono rispettivamente di 21,3 e 16,2 anni.

Si osserva inoltre una evoluzione positiva tra il 2000 ed il 2005: all'aumento della speranza di vita totale corrisponde un incremento maggiore di quella libera da disabilità. A 65 anni di età gli uomini hanno guadagnato 1 anno di vita complessiva e 1,2 anni liberi dalla disabilità passando da 13,7 a 14,9 anni. Per le donne della stessa età la speranza di vita complessiva è aumentata di 0,9 anni mentre il valore di quella liberà da disabilità è passato da 15,2 a 16,2 anni. Incrementi importanti si osservano nello stesso periodo anche tra i più anziani ed in particolare nelle donne la cui speranza di vita libera da disabilità a 75 anni passa da 7,7 a 8,3 anni.

L'analisi maggiormente dettagliata per tipologia della disabilità conferma sostanzialmente quanto già evidenziato sulla base dell'indicatore più generale, ovvero qualunque sia la dimensione analizzata i guadagni in termini di speranza di vita subiscono delle variazioni percentuali positive sempre superiori a quelle della speranza di vita complessiva. I guadagni minori si osservano però per le donne a 65 anni.

Si osserva inoltre, come atteso, un numero medio di anni libero da disabilità più elevato se si considerano le condizioni più serie (il valore è massimo nel caso del confinamento). Ma è proprio per questa dimensione che nei

Figura 4 – Speranza di vita senza e con disabilità a 65 anni per sesso e regione – Anno 2004/2005



FONTE: Istat, Health for All Italia, http://www.istat.it/sanita/Health/

maschi si osserva in cinque anni il guadagno più rilevante (+9,1%).

I differenziali territoriali sono simili nei due sessi e si caratterizzano in genere per avere livelli più alti al Nord e al Centro e più bassi al Sud. Il valore della speranza di vita libera dalle disabilità a 65 anni varia per gli uomini da un valore massimo di 16 anni in Emilia Romagna (seguono Trento 15,9, Marche 15,7, Friuli Venezia Giulia 15,6) ad un valore minimo in Campania e Sicilia (rispettivamente 13,9 e 13,8 anni). Tra le donne sono quelle di Bolzano che, come già osservato anche per la speranza di vita in buona salute, hanno i valori più elevati d'Italia (18,8 anni liberi dalla disabilità), mentre i valori più bassi si osservano in Puglia, Calabria e Sicilia (rispettivamente 14,5, 14,4 e 13,4 anni), regioni per le quali il valore osservato per le donne è più basso anche di quello degli uomini (Figura 4).

Per tutte le altre regioni, contrariamente a quanto osservato con l'indicatore della speranza di vita in buona salute, si osserva un vantaggio delle donne, le quali possono contare di vivere più a lungo e meglio rispetto ai loro coetanei uomini, sebbene questo vantaggio sia comunque più contenuto di quanto osservato per la sola speranza di vita. In Italia la sopravvivenza media femminile senza disabilità è di circa 1,2 anni maggiore di quella maschile. Tale vantaggio delle donne è in genere più elevato in diverse regioni del Nord (3,4 anni a Bolzano, 2,5 anni nel Veneto e di quasi due anni in Liguria, Piemonte e Lombardia), e più contenuto nelle regioni del Centro-Sud.

1.3.4 Valutazione critica e scenario internazionale

Le modalità di misurazione e di valutazione dello stato di salute di una popolazione rappresentano ancora

oggi un problema di difficile soluzione. Il concetto di 'buona salute' non ha ancora trovato, per la molteplicità degli aspetti che coinvolge, una definizione che raccolga unanimità di consensi e dalla quale possa scaturire un'indicazione unica, ma soprattutto operativa, per la sua misurazione. Storicamente, quando la mortalità era molto alta, in particolare nelle età infantili (dovuta a malattie infettive, gastriti, polmoniti, influenza etc.), la misurazione della salute trovava la sua più naturale collocazione nell'ambito dell'analisi della sopravvivenza. Le sostanziali modificazioni occorse in questo ultimo secolo nel quadro nosologico, ossia la forte riduzione della mortalità per malattie infettive e la prevalenza dei decessi per quelle malattie caratterizzate da un lungo decorso hanno necessariamente ridotto l'importanza della sopravvivenza come unico indicatore della salute e sviluppato la ricerca di indicatori più pertinenti.

La valutazione della qualità della sopravvivenza non può non considerare, oltre agli usuali indicatori di mortalità anche quelli di morbosità. La speranza di vita in buona salute o libera da disabilità sembra forse la misura più adeguata non solo per indicare lo stato di salute della popolazione complessiva, ma anche per trovare una definizione di anziano che sia legata alle necessità emergenti.

Tuttavia i dati di prevalenza utilizzati nelle tavole di mortalità per il calcolo delle speranze di vita in buona salute o libera da disabilità derivano dalle indagini campionarie Istat 'Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari' e si basano sulla dichiarazione da parte del soggetto intervistato delle sue condizioni di salute. Questo aspetto può essere rilevante nell'analisi dei determinanti dei differenziali di genere, tanto più importante quanto più si adotta una definizione soggettiva della salute. In questo caso infatti possono intervenire fattori diversi dalle "reali" condizioni di salute degli individui e riconducibili a un differente approccio di genere verso la percezione e la dichiarazione del proprio stato di salute, tale da influenzare le misure di prevalenza.

Per quel che riguarda la disabilità, questo problema è parzialmente attenuato dall'utilizzo di uno strumento standardizzato quale quello delle funzioni della vita quotidiana. Difatti questo strumento di rilevazione, basato su molteplici quesiti riferiti alla capacità di svolgere funzioni quotidiane, arriva a misurare il fenomeno tenendo conto di elementi più "oggettivi".

Le misure provenienti dalle indagini campionarie sopra citate si riferiscono inoltre alla popolazione non istituzionalizzata. Un'analisi completa del fenomeno richiederebbe inoltre l'inclusione della prevalenza delle persone con disabilità nella popolazione istituzionalizzata.

Vi sono inoltre alcuni limiti legati alla metodologia adottata e proposta da Sullivan per il calcolo degli anni vissuti in buona salute o liberi da disabilità. L'indicatore utilizza dati di prevalenza i quali dipendono non solo dall'incidenza osservata nell'anno considerato ma anche dai livelli nei periodi e alle età precedenti. Questi ultimi sono funzione della storia delle generazioni e dell'esposizione passata di esse a determinati fattori di rischio. L'indicatore tende quindi a sovrastimare o a sottostimare il valore reale, in relazione all'influenza positiva o negativa degli effetti di coorte, esaltando la presenza delle patologie caratterizzate da una lunga sopravvivenza del malato rispetto alle malattie ad alta letalità.

Tuttavia il metodo di Sullivan è internazionalmente riconosciuto per la sua utilità e convenzionalmente utilizzato per la facile reperibilità dei dati necessari per la sua applicazione e adottato per effettuare confronti temporali e spaziali. In particolare l'indicatore HLY (Healthy Life Years o Disability Free Life Expectancy),