

**Tabella 3.2. Comitati e gruppi di lavoro internazionali seguiti dall'AIFA (biennio 2012-2013)**

Comitati e gruppi di lavoro	2012	2013
EMA (Comitati scientifici e gruppi di lavoro correlati)	54	63
HMA e gruppi di lavoro correlati	15	19
Istituzioni Comunitarie (Commissione UE, Consiglio UE e Consiglio d'Europa, ECDC)	34	35
Istituzioni e Organizzazioni Internazionali (WHO, ICH, PIC/S, ICMRA)	12	12
<b>Totale gruppi</b>	<b>115</b>	<b>129</b>
<b>Totale delegati</b>	<b>68</b>	<b>74</b>

l'AIFA si è sviluppata attraverso la firma di strategici accordi bilaterali, l'ingresso in coalizioni internazionali ristrette a poche Autorità nazionali e il continuo contributo ai consessi internazionali quali l'OMS, l'*International Conference on Harmonisation* (ICH) e il *Pharmaceutical Inspections Co-Operation Scheme* (PIC/S).

L'AIFA ha siglato due accordi bilaterali di collaborazione: con le Autorità giapponesi e con l'Agenzia Nazionale di Vigilanza Sanitaria del Brasile. Principale obiettivo degli accordi è la promozione dell'intesa tra le agenzie regolatorie partecipanti, volta a facilitare lo scambio di informazioni e documenti relativi alla regolamentazione dei prodotti terapeutici. Agli accordi si aggiunge il *Collaboration*

*Agreement AIFA-WHO* nel settore vaccini, che comprende un Accordo di collaborazione e un Accordo di riservatezza AIFA-WHO, per lo svolgimento, da parte dell'AIFA, delle attività di valutazione e controllo dei vaccini impiegati per le campagne promosse dall'UNICEF e per lo scambio di informazioni anche confidenziali su tali vaccini.

Tra gli incontri bilaterali a scopo conoscitivo delle rispettive identità e mission, si citano i meeting con la *Therapeutic Goods Administration* (TGA), l'*Health Sciences Authority* (HSA) e con due delegazioni cinesi di alto livello (Tabella 3.3).

L'AIFA ha partecipato attivamente ai lavori dell'*International Coalition of Medicines Regulatory Authorities* (ICMRA). Obiettivo della

**Tabella 3.3. Incontri e Accordi bilaterali organizzati dall'AIFA (biennio 2012-2013)**

Organizzazione coinvolta	Scopo	Sede e luogo della sigla
Accordo Bilaterale di confidenzialità tra AIFA e Autorità Regolatoria giapponese (PMDA) e Ministero della salute giapponese	Facilitazione dello scambio confidenziale di informazioni e documentazione sui medicinali	Summit ICMRA, Manaus, 26 novembre 2012
Memorandum of Understanding tra AIFA e Agenzia Nazionale di Vigilanza Sanitaria del Brasile (ANVISA)	Facilitazione dello scambio confidenziale di informazioni e documentazione sui medicinali	Summit ICMRA, Amsterdam, 6 dicembre 2013
Accordo di collaborazione e di confidenzialità tra AIFA e Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)	Svolgimento, da parte dell'AIFA, delle attività di valutazione e controllo dei vaccini impiegati per le campagne promosse dall'UNICEF e scambio di informazioni anche confidenziali su tali vaccini	Roma, 1 maggio 2013
Incontro AIFA - <i>Therapeutic Goods Administration</i> (TGA - Australia)	Illustrazione delle attività istituzionali, approfondimento di opportunità di collaborazione su temi di interesse comune	Meeting ICMRA, Roma, 16 maggio 2013
Incontro AIFA - <i>Health Science Authority</i> (HSA - Singapore)	Illustrazione delle attività istituzionali, approfondimento di opportunità di collaborazione su temi di interesse comune	Meeting ICMRA, Roma, 15 maggio 2013
Incontro AIFA con una delegazione della <i>Chinese Food and Drug Administration</i> guidata dal Ministro responsabile Yong Zhang	Illustrazione delle attività istituzionali, approfondimento di opportunità di collaborazione su temi di interesse comune	AIFA, Roma, 5 dicembre 2013
Incontro AIFA con una delegazione della <i>Food and Drug Administration</i> della Provincia cinese dello Zhejiang, guidata dal Direttore generale Zhu Zhiqian	Illustrazione delle attività istituzionali, approfondimento di opportunità di collaborazione su temi di interesse comune	AIFA, Roma, 9 dicembre 2013

coalizione è affrontare in modo strategicamente coordinato e trasparente le nuove sfide regolatorie e sanitarie poste dalla produzione, distribuzione e utilizzo dei medicinali in un mondo globalizzato. L'AIFA ha consolidato la propria presenza nell'ICMRA, entrando a far parte del *Management Committee*, che ha il compito di coordinare e guidare lo sviluppo della *Coalition*. Inoltre ha partecipato ai meeting e gruppi di lavoro di altri organismi internazionali, quali OMS, ICH, che definisce standard e Linee guida armonizzate per Europa, Stati Uniti e Giappone nel settore dei medicinali e il PIC/s, che si occupa di definire Linee guida e altre iniziative di cooperazione finalizzate all'armonizzazione degli standard ispettivi.

L'Agenzia, nell'ambito dell'organizzazione

di eventi internazionali, ha ospitato a Roma, nella sua sede il 16 e 17 maggio 2013, un meeting dell'ICMRA, cui hanno partecipato le Agenzie Regolatorie internazionali più rilevanti.

Nel settembre 2013, l'AIFA ha organizzato sempre a Roma il “*36th Annual meeting of Representative of the National Centers Participating in the WHO Programme for the International Drug Monitoring*”; per gli argomenti affrontati, l'evento è risultato di grande richiamo internazionale, registrando il record di partecipanti nella storia del meeting.

L'AIFA ha inoltre organizzato due meeting informali congiunti di comitati scientifici sotto l'egida di EMA: PDCO e COMP nel 2012 e PDCO e CAT nel 2013.

### 3.8. Attività internazionale nell'ambito dei dispositivi medici

Il settore dei dispositivi medici in ambito europeo riveste grande importanza nell'assistenza sanitaria, contribuendo al miglioramento del livello di protezione della salute attraverso lo sviluppo di soluzioni innovative per la diagnosi, la prevenzione, le cure e la riabilitazione.

Nell'ambito della *High Level Conference on Innovation*, tenutasi nel marzo 2011 a Bruxelles, è stato sottolineato che l'innovazione dovrebbe essere sempre più centrata sul paziente e sull'utente e orientata dalla domanda, favorendo un maggiore coinvolgimento dei pazienti, delle loro famiglie e degli utenti nei processi di ricerca, innovazione e sviluppo. L'innovazione dovrebbe inoltre focalizzarsi sulle priorità della sanità pubblica e le esigenze di assistenza sanitaria, tra l'altro per migliorare il rapporto costo-efficacia favorendo la sostenibilità del sistema.

Il quadro normativo europeo in questo settore sta subendo una profonda revisione: numerosi sono gli sforzi che le Autorità Competenti in collaborazione con la Commissione Europea stanno compiendo per mettere in atto azioni legislative che mirino specificamente a migliorare la sicurezza dei pazienti e creino, nel contempo, un quadro legislativo

sostenibile, propizio all'innovazione dei dispositivi medici.

Il gruppo di lavoro MDEG (*Medical Device Export Group*), presieduto dalla Commissione Europea e costituito da Stati membri, industria e altri *stakeholders* del settore dei dispositivi medici, sta lavorando attivamente per la revisione delle direttive in collaborazione con i gruppi tecnici della Commissione. La Direzione Generale dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure ha partecipato attivamente alle riunioni europee organizzate nel corso del 2012-2013. Oltre alle riunioni delle Autorità competenti (*Competent Authority for Medical Device*, CAMD) organizzate nei Paesi in occasione della presidenza di turno dell'Unione in cui si discutono problematiche di carattere generale, si riuniscono generalmente due o tre volte l'anno i diversi gruppi di lavoro (*Medical Device Export Group*, MDEG; *Notified Body Organization Group*, NBOG; *Compliance and Enforcement, Borderline and Classification*, COEN; *Unique Device Identification*, UDI; *European Database for Medical device*, EUDAMED; *Clinical Investigation and Evaluation*, CIE; *Vigilance MDEG*; *IVD Technical Group*; *WG New and Emerg-*

ing Technologies). Le attività dei gruppi di lavoro hanno condotto alla pubblicazione nel settembre 2012 di due testi normativi, i Regolamenti (riguardanti rispettivamente i dispositivi medici e i diagnostici *in vitro*) che apporteranno delle modifiche significative alle attuali norme del settore.

I Regolamenti sono nati dall'esigenza di mettere in atto azioni legislative orientate a migliorare la sicurezza dei pazienti e a creare, nel contempo, un quadro legislativo sostenibile, propizio all'innovazione dei dispositivi medici. Tali azioni si possono così riassumere:

- chiare e semplici regole, requisiti e responsabilità ben definiti e processi decisionali trasparenti;
- database centralizzati e dati disponibili al pubblico circa informazioni su produttori/rappresentanti autorizzati, dispositivi medici, indagini cliniche, azioni correttive di campo;
- utilizzo degli strumenti informatici moderni e *Unique Identification Device* (UDI), banca dati per la tracciabilità e la sicurezza;
- informazioni sul quadro normativo per i dispositivi medici e su altre norme/leggi che possono avere un impatto sui produttori di dispositivi e sugli altri attori;
- qualifica dei prodotti attraverso i vari settori (borderline con altri prodotti come prodotti farmaceutici, cosmetici, alimenti, biocidi ecc.).

La proposta di Regolamento è attualmente in discussione presso il Consiglio (*Council Working Party*) e il Parlamento Europeo.

Le discussioni in seno al gruppo NBOG e successivamente al Consiglio relative alla valutazione da parte degli Organismi notificati ha portato all'emanazione di un Regolamento di esecuzione della Commissione n. 920/2013 riguardante la designazione e la sorveglianza degli organismi notificati per i dispositivi medici e a una Raccomandazione della

Commissione del 24 settembre 2013 relativa agli audit e alle valutazioni effettuate dagli organismi notificati nel settore dei dispositivi medici. Tali adempimenti normativi hanno lo scopo di garantire un livello uniforme di valutazione pre-market dei dispositivi da parte degli Organismi Notificati.

In particolare, scopo del Regolamento è garantire un approccio uniforme da parte delle Autorità designanti sia per quanto riguarda le autorizzazioni alla certificazione, compresi i rinnovi e le estensioni, sia la sorveglianza e il monitoraggio degli organismi notificati. Le prescrizioni del Regolamento di esecuzione anticipano alcune previsioni che verranno sviluppate nel Regolamento attualmente in discussione.

La Direzione ha inoltre partecipato a un gruppo di lavoro creato recentemente in base all'art. 15 della Direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. L'articolo sopra citato ha previsto la realizzazione di un network europeo di cooperazione per la valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA). È stato quindi creato un gruppo di lavoro presso la Commissione Europea a cui partecipano le Autorità Competenti su base volontaria. Il gruppo è presieduto da un rappresentante italiano.

La valutazione delle tecnologie sanitarie, con particolare riguardo ai dispositivi medici, ha lo scopo di evitare duplicazioni di lavori tra i diversi Stati membri, favorendo una maggiore efficacia di tali interventi, un rapido accesso al mercato delle tecnologie innovative e la promozione del dialogo scientifico tra i diversi attori coinvolti.

### Bibliografia essenziale

European Commission – Public Health. Medical devices.  
[http://ec.europa.eu/health/medical-devices/documents/revision/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/medical-devices/documents/revision/index_en.htm). Ultima consultazione: agosto 2014

PAGINA BIANCA

## Lo stato di salute della popolazione

PAGINA BIANCA

1

## Struttura demografica, qualità della vita e mortalità

### 1.1. Struttura e dinamica demografica

#### 1.1.1. Dinamica della popolazione residente

Il 9 ottobre 2011 si è svolto il XV Censimento della popolazione e delle abitazioni, che ha fornito la nuova popolazione legale, pari a 59 milioni 433.000 residenti, 2 milioni 438.000 in più rispetto al 2001. Al 1° gennaio 2012 la popolazione residente (59.394.207) registra un decremento di circa 40.000 unità dovuto a un saldo negativo, per gli ultimi 3 mesi del 2011, sia per il movimento naturale (-12.000) sia per quello migratorio (-27.000), derivanti soprattutto dalle operazioni di confronto censimento anagrafe. Nel 2013 la popolazione residente riprende il suo percorso di crescita, registrando al 1° gennaio 2013 59.685.227 unità, circa 291.000 in più rispetto ai 12 mesi precedenti. Al 1° gennaio 2014 la popolazione residente supera i 60 milioni (60.782.668 unità), con un incremento rispetto all'anno precedente di poco superiore al milione di unità. Il Nord è la ripartizione con il maggior numero di residenti, quasi 28 milioni, pari al 46,0% del totale. Al Centro i residenti sono, invece, 12 milioni, il 20,0%, mentre nel Mezzogiorno sono quasi 21 milioni, pari al 34,0%.

Nel corso del 2013 la dinamica naturale (differenza tra nascite e decessi) registra un saldo negativo di circa 86.000 unità. Il numero dei nati vivi in Italia è di 514.000 unità, per un tasso di natalità pari all'8,5 per 1.000 abitanti. Il numero dei decessi è invece poco superiore alle 600.000 unità, per un tasso di mortalità pari a 10 per 1.000 abitanti. Un numero di decessi così elevato e un tasso di mortalità così alto sono a conferma del fatto che in una po-

polazione profondamente interessata dal processo di invecchiamento aumenta il numero di individui cui, anno dopo anno, è permesso il raggiungimento delle fasi estreme dell'esistenza, con il conseguente aumento in termini assoluti del numero di decessi (*Tabella 1.1*).

A livello territoriale la dinamica naturale presenta un saldo naturale negativo per tutte le ripartizioni: -1,7 al Nord, -1,8 al Centro e -0,9 al Mezzogiorno. Le uniche due Regioni ad avere ancora un numero maggiore di nascite rispetto ai decessi sono il Trentino Alto Adige (1,4) e la Campania (0,1).

Per quanto riguarda la mortalità, i livelli più alti si registrano nelle aree del Paese a più forte invecchiamento, vale a dire nel Nord e nel Centro (rispettivamente, 10,2 e 10,4 per 1.000), e più bassi nel Mezzogiorno (9,4 per 1.000), la cui popolazione risulta ancora avvantaggiata da una struttura per età relativamente più giovane.

La componente migratoria del 2013 risulta assai positiva grazie a oltre 3 milioni di iscrizioni contrapposte a quasi 2 milioni di cancellazioni. Il saldo migratorio è pertanto pari quasi a 1 milione e 200.000 unità, per un tasso pari a 19,7 per 1.000 abitanti. A livello territoriale il saldo tra iscritti e cancellati risulta positivo per tutte le ripartizioni, con valori del 16,2 per 1.000 per il Nord, del 34,6 per 1.000 per il Centro e del 15,6 per 1.000 per il Mezzogiorno. Nel Centro si evidenziano dunque valori del tasso migratorio superiori alla media nazionale. Nel Mezzogiorno le Regioni presentano i valori più bassi del tasso migratorio, che vanno dal 7,0 per 1.000 della Basilicata al 19,8 per 1.000 della Sicilia.



**Tabella 1.1. Indicatori della dinamica naturale e migratoria, per Regione (per 1.000 residenti) [Anno 2013]**

Regione	Quoziente di natalità	Quoziente di mortalità	Saldo naturale	Saldo migratorio interno*	Saldo migratorio con l'estero	Saldo migratorio per altro motivo**	Saldo migratorio totale	Saldo totale
Piemonte	8,1	11,4	-3,3	0,6	2,5	14,4	17,5	14,2
Valle d'Aosta	8,3	10,0	-1,8	3,4	1,9	2,3	7,6	5,8
Lombardia	8,9	9,2	-0,3	1,5	4,1	12,8	18,4	18,1
Trentino Alto Adige	9,9	8,5	1,4	3,0	2,3	4,8	10,1	11,5
Bolzano-Bozen	10,3	7,9	2,4	3,1	1,7	4,7	9,5	11,9
Trento	9,6	9,1	0,5	2,9	2,8	5,0	10,6	11,1
Veneto	8,6	9,4	-0,9	0,0	2,4	7,7	10,1	9,2
Friuli Venezia Giulia	7,7	11,6	-3,9	1,6	2,2	6,2	10,0	6,1
Liguria	7,0	13,7	-6,8	0,1	2,9	20,8	23,8	17,0
Emilia Romagna	8,6	10,8	-2,2	1,7	4,1	12,0	17,8	15,6
Toscana	7,9	11,3	-3,4	1,3	4,3	13,3	18,9	15,5
Umbria	8,3	11,4	-3,1	-0,4	2,8	12,5	14,9	11,8
Marche	8,2	10,9	-2,7	-0,8	2,4	6,2	7,9	5,2
Lazio	9,1	9,5	-0,4	1,2	4,9	49,1	55,2	54,8
Abruzzo	8,2	10,9	-2,7	-0,3	2,2	17,0	18,9	16,2
Molise	7,2	11,3	-4,1	-1,5	1,5	8,6	8,5	4,4
Campania	9,1	9,0	0,1	-3,6	2,4	18,3	17,1	17,2
Puglia	8,3	8,8	-0,6	-2,1	1,4	11,0	10,2	9,7
Basilicata	7,1	10,3	-3,2	-2,4	1,8	7,6	7,0	3,8
Calabria	8,5	9,5	-1,1	-3,7	3,0	13,0	12,4	11,3
Sicilia	8,8	9,8	-1,0	-2,2	1,6	20,4	19,8	18,8
Sardegna	7,2	9,2	-2,0	-0,8	1,1	15,9	16,2	14,2
<b>Italia</b>	<b>8,5</b>	<b>10,0</b>	<b>-1,4</b>	<b>-0,2</b>	<b>3,0</b>	<b>16,8</b>	<b>19,7</b>	<b>18,2</b>
<b>Nord</b>	<b>8,6</b>	<b>10,2</b>	<b>-1,7</b>	<b>1,1</b>	<b>3,3</b>	<b>11,8</b>	<b>16,2</b>	<b>14,6</b>
Nord-Ovest	8,5	10,3	-1,8	1,1	3,6	13,9	18,6	16,8
Nord-Est	8,6	10,1	-1,5	1,1	3,0	9,0	13,0	11,5
<b>Centro</b>	<b>8,6</b>	<b>10,4</b>	<b>-1,8</b>	<b>0,9</b>	<b>4,2</b>	<b>29,5</b>	<b>34,6</b>	<b>32,8</b>
<b>Mezzogiorno</b>	<b>8,5</b>	<b>9,4</b>	<b>-0,9</b>	<b>-2,5</b>	<b>1,9</b>	<b>16,2</b>	<b>15,6</b>	<b>14,7</b>
Sud	8,5	9,3	-0,7	-2,8	2,1	14,7	14,0	13,3
Isole	8,4	9,7	-1,3	-1,8	1,5	19,3	19,0	17,7

\*A livello nazionale il saldo migratorio interno può risultare diverso da zero a causa di possibili sfasamenti temporali tra la data di iscrizione e cancellazione anagrafica.

\*\*Il saldo migratorio per altri motivi: è la differenza tra il numero degli iscritti per altro motivo, ovvero iscrizioni dovute non a un effettivo trasferimento di residenza, ma a operazioni di rettifica anagrafica, e le cancellazioni per altro motivo, ovvero le cancellazioni dovute a pratiche di rettifica anagrafica.

Fonte: Istat. Movimento e calcolo della popolazione residente annuale.

Analizzando il saldo migratorio con l'estero, il suo trend sempre positivo assicura la crescita della popolazione, andando a contrastare gli effetti negativi della dinamica naturale. Nel corso del 2013 sono state registrate 307.000 iscrizioni dall'estero, mentre le cancellazioni sono state circa 125.000

unità, per un saldo totale di 181.000 unità. Per quanto riguarda le migrazioni interne, nel 2013 si registra che circa 1 milione e 370.000 persone abbiano cambiato residenza all'interno del Paese, secondo uno schema migratorio che vede le Regioni del Nord (1,1 per 1.000) e del Centro (0,9 per 1.000) come Regioni di



**Tabella 1.2. Indicatori di struttura della popolazione per Regione al 1° gennaio 2013**

Regione	Composizione percentuale			Indici 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	13,0	63,2	23,8	58,2	37,6	182,5	45,8
Valle d'Aosta	14,1	64,3	21,6	55,5	33,6	153,7	44,6
Lombardia	14,3	64,6	21,1	54,9	32,7	147,6	44,0
Trentino Alto Adige	15,7	65,0	19,3	54,0	29,7	122,7	42,4
Bolzano-Bozen	16,3	65,2	18,5	53,4	28,4	113,8	41,7
Trento	15,2	64,7	20,1	54,5	31,0	131,8	43,2
Veneto	14,2	64,9	20,9	54,1	32,2	146,8	44,0
Friuli Venezia Giulia	12,7	63,0	24,3	58,8	38,6	191,8	46,2
Liguria	11,6	60,7	27,7	64,7	45,6	238,2	48,1
Emilia Romagna	13,5	63,5	23,0	57,6	36,3	170,1	45,3
Toscana	12,9	62,9	24,2	58,9	38,4	187,5	46,0
Umbria	13,1	63,1	23,8	58,4	37,7	181,9	45,6
Marche	13,4	63,5	23,1	57,4	36,3	172,5	45,1
Lazio	13,9	65,4	20,7	52,8	31,6	149,3	43,9
Abruzzo	13,0	65,0	22,1	53,9	34,0	170,0	44,7
Molise	12,3	65,2	22,5	53,4	34,6	183,3	45,2
Campania	15,9	67,1	17,0	49,0	25,3	106,4	40,9
Puglia	14,5	66,1	19,5	51,3	29,4	134,6	42,7
Basilicata	13,1	66,0	20,8	51,4	31,5	158,6	44,0
Calabria	14,0	66,4	19,6	50,6	29,5	139,3	42,9
Sicilia	14,8	65,9	19,3	51,7	29,3	131,0	42,4
Sardegna	12,2	67,2	20,6	48,8	30,7	169,2	44,6
<b>Italia</b>	<b>14,0</b>	<b>64,8</b>	<b>21,2</b>	<b>54,2</b>	<b>32,7</b>	<b>151,4</b>	<b>44,0</b>
<b>Nord</b>	<b>13,8</b>	<b>64,0</b>	<b>22,3</b>	<b>56,4</b>	<b>34,8</b>	<b>161,4</b>	<b>44,8</b>
Nord-Ovest	13,7	63,8	22,5	56,7	35,3	164,4	44,9
Nord-Est	13,9	64,2	21,9	55,9	34,2	157,3	44,6
<b>Centro</b>	<b>13,4</b>	<b>64,2</b>	<b>22,4</b>	<b>55,7</b>	<b>34,8</b>	<b>166,4</b>	<b>44,9</b>
<b>Mezzogiorno</b>	<b>14,6</b>	<b>66,4</b>	<b>19,1</b>	<b>50,7</b>	<b>28,8</b>	<b>131,1</b>	<b>42,5</b>
Sud	14,8	66,4	18,8	50,5	28,3	127,4	42,3
Isole	14,1	66,2	19,7	51,0	29,7	139,1	43,0

Fonte: Istat. Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile.

destinazione e quelle del Mezzogiorno (–2,5 per 1.000) come Regioni di origine.

### 1.1.2. La struttura per età della popolazione

Al 1° gennaio 2013 l'indice di vecchiaia, ossia il rapporto tra la popolazione di età superiore a 65 anni e quella con meno di 15, è pari al

151,4%. 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 161,4% e al 166,4%. Nelle Regioni del Mezzogiorno l'equilibrio tra giovani e anziani è maggiore, ma negli ultimi anni si sta anche qui modificando a favore degli ultrasessantatrenni, con un indice di vecchiaia giunto al 131,1%. A livel-

**Tabella 1.3. Indicatori strutturali della popolazione straniera residente per Regione al 1° gennaio 2013**

Regione	Totale stranieri residenti (in migliaia)	Distribuzione percentuale				Età media (anni)	Incidenza percentuale sulla popolazione residente				
		0-17 anni	18-39 anni	40-64 anni	65 anni e oltre		0-17 anni	18-39 anni	40-64 anni	65 anni e oltre	Totale
Piemonte	385	22,8	44,5	30,0	2,7	32,0	12,9	16,2	7,2	1,0	8,8
Valle d'Aosta	9	21,1	44,7	30,8	3,4	32,9	9,1	13,0	5,9	1,1	7,2
Lombardia	1.029	25,2	42,8	29,7	2,2	31,2	15,6	17,6	8,6	1,1	10,5
Trentino Alto Adige	91	22,7	42,8	30,6	3,9	32,8	10,5	14,2	7,6	1,8	8,8
Bolzano-Bozen	42	21,9	41,5	31,8	4,8	33,7	9,3	12,7	7,6	2,2	8,3
Trento	49	23,4	44,0	29,5	3,1	31,9	11,8	15,6	7,6	1,4	9,2
Veneto	487	24,6	44,1	29,3	2,0	31,1	14,4	17,3	8,0	1,0	10,0
Friuli Venezia Giulia	103	21,9	42,5	32,2	3,4	33,1	12,2	15,1	7,3	1,2	8,4
Liguria	120	21,0	42,8	32,2	4,0	33,5	11,5	15,2	6,7	1,1	7,7
Emilia Romagna	488	23,3	43,5	30,6	2,7	32,1	16,3	19,6	9,4	1,3	11,2
Toscana	351	21,4	43,0	32,2	3,5	33,2	13,3	16,8	8,4	1,4	9,5
Umbria	93	21,8	41,7	32,7	3,8	33,4	14,6	17,2	9,7	1,7	10,5
Marche	140	22,3	43,4	30,8	3,5	32,7	12,6	15,4	7,9	1,4	9,0
Lazio	478	18,8	46,0	32,6	2,5	33,5	9,8	15,0	7,7	1,1	8,6
Abruzzo	75	20,9	44,0	31,5	3,6	33,1	7,6	9,4	5,0	0,9	5,7
Molise	9	19,2	45,7	32,0	3,1	33,4	3,7	5,0	2,6	0,4	2,9
Campania	171	16,3	43,0	38,7	2,0	35,3	2,5	4,3	3,4	0,3	3,0
Puglia	96	19,8	44,5	32,2	3,4	33,5	2,7	3,7	2,2	0,4	2,4
Basilicata	15	18,8	46,3	32,9	2,0	33,2	3,0	4,3	2,4	0,2	2,6
Calabria	74	18,4	46,2	33,0	2,4	33,6	4,1	6,0	3,6	0,5	3,8
Sicilia	139	20,5	44,9	32,1	2,5	33,0	3,2	4,4	2,6	0,4	2,8
Sardegna	36	17,2	42,1	36,5	4,2	35,7	2,5	3,4	2,1	0,4	2,2
<b>Italia</b>	<b>4.388</b>	<b>22,4</b>	<b>43,7</b>	<b>31,2</b>	<b>2,7</b>	<b>32,4</b>	<b>9,8</b>	<b>12,3</b>	<b>6,4</b>	<b>0,9</b>	<b>7,4</b>
<b>Nord</b>	<b>2.712</b>	<b>24,0</b>	<b>43,4</b>	<b>30,1</b>	<b>2,5</b>	<b>31,7</b>	<b>14,5</b>	<b>17,3</b>	<b>8,2</b>	<b>1,1</b>	<b>9,9</b>
Nord-Ovest	1.543	24,3	43,2	30,0	2,5	31,6	14,5	17,0	8,0	1,1	9,7
Nord-Est	1.169	23,6	43,6	30,2	2,6	31,8	14,5	17,7	8,4	1,2	10,1
Centro	1.061	20,4	44,3	32,2	3,1	33,3	11,6	15,8	8,1	1,3	9,1
<b>Mezzogiorno</b>	<b>615</b>	<b>18,8</b>	<b>44,2</b>	<b>34,2</b>	<b>2,7</b>	<b>34,0</b>	<b>3,2</b>	<b>4,6</b>	<b>2,9</b>	<b>0,4</b>	<b>3,0</b>
Sud	440	18,4	44,2	34,7	2,7	34,1	3,2	4,9	3,2	0,4	3,1
Isole	175	19,9	44,3	33,0	2,9	33,6	3,0	4,1	2,5	0,4	2,6

Fonte: Istat. Rilevazione della popolazione residente comunale straniera per sesso e anno di nascita; popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile.

lo regionale non c'è alcuna realtà che presenta un valore dell'indice di vecchiaia inferiore al 100%, ovvero con un'eccedenza di giovani sugli anziani. La Regione che presenta un indice di vecchiaia più basso è la Campania, con un valore pari a 106,4%, mentre all'opposto quella che presenta il valore più alto è la Liguria con 238,2%, unica Regione a superare la soglia del 200%.

Analizzando la composizione percentuale per età della popolazione al 1° gennaio 2013, gli individui con 65 anni e oltre hanno raggiunto il 21,2% della popolazione, i giovani fino a 14 anni sono invece il 14,0% e la popolazione in età attiva, 15-64 anni, è pari a meno dei due terzi del totale. A livello territoriale, nel Nord e nel Centro del Paese i residenti di 65 anni e oltre superano la quota del 22,0%.



Nelle stesse ripartizioni la percentuale di giovani fino a 14 anni si attesta su valori del 13,8% per il Nord e del 13,4% per il Centro. Nel Mezzogiorno, invece, lo squilibrio tra la quota di giovani e quella degli anziani è ancora contenuto, in forma minore per quanto riguarda il Sud, con, rispettivamente, il 14,8% di popolazione fino ai 14 anni e il 18,8% di popolazione di 65 anni e oltre, e in forma più evidente nelle Isole, con, rispettivamente, il 14,1% e il 19,7% (Tabella 1.2).

### 1.1.3. La popolazione residente straniera

Al 1° gennaio 2013 la popolazione straniera residente nel nostro Paese ammonta a quasi 4 milioni e mezzo di individui, ovvero il 7,4% della popolazione totale, rispetto al 6,8% del 1° gennaio 2012, con un incremento di 335.000 unità.

Confrontando l'ultimo decennio, si è registrato un incremento consistente della presenza straniera in Italia: al 1° gennaio 2002 non raggiungeva il milione e mezzo di persone. In circa 10 anni gli stranieri residenti hanno re-

gistrato un aumento di 3 milioni di individui, più del 200% (Tabella 1.3).

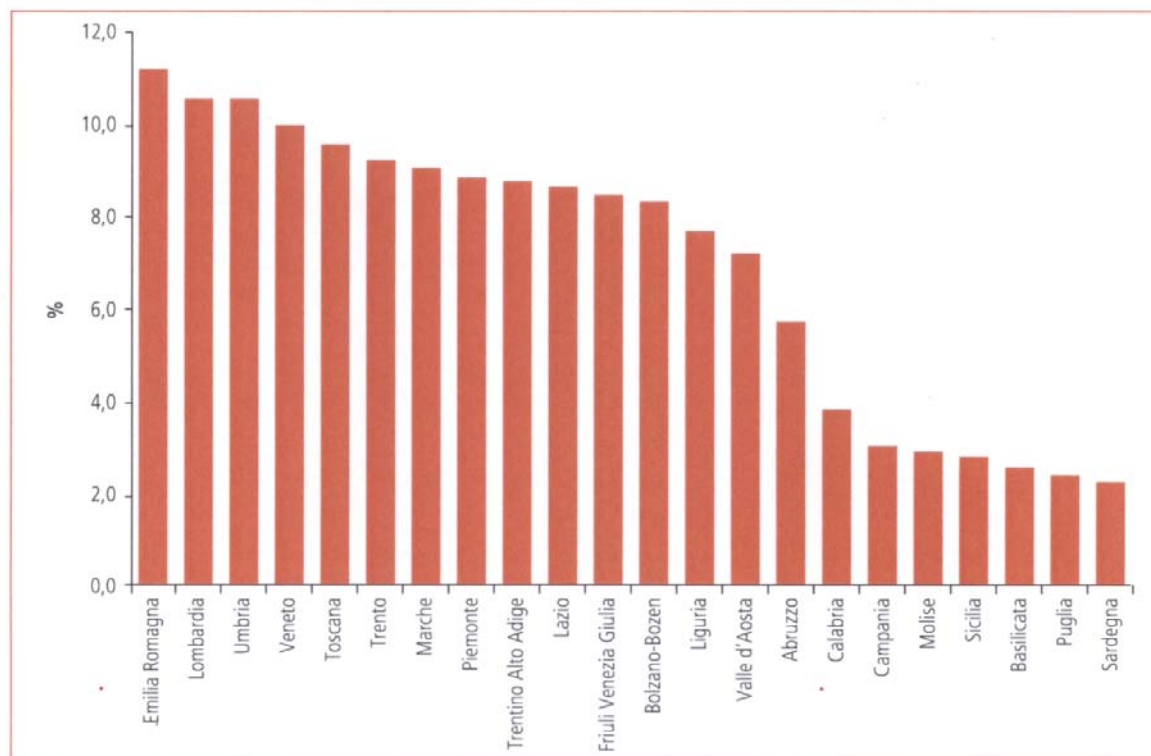
Per quanto riguarda l'analisi per genere, sono le donne quelle che registrano una maggiore presenza nel nostro territorio, pari al 53,0% del totale stranieri residenti, anche se la composizione per genere è estremamente variegata in funzione della cittadinanza.

Analizzando la composizione per età, sono le classi giovani in età lavorativa (18-39 anni) a rilevare la maggiore presenza in Italia. La popolazione appartenente alla fascia di età 18-64 anni raccoglie il 74,9% del totale degli stranieri residenti. Assolutamente minima la quota di anziani (65+ anni), con una percentuale che non raggiunge il 3,0%.

L'età media è di 32 anni circa, 12 anni in meno rispetto alla media nazionale; i più giovani sono in Lombardia mentre i più "maturi" – con un'età media prossima ai 36 anni – in Sardegna.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale si rileva che gli stranieri risiedono soprattutto al Nord (61,8%), in misura minore al Centro (35,2%) e nel Mezzogiorno (26,6%). A livello più dettagliato, le Regioni che regi-

Figura 1.1. Incidenza percentuale della popolazione residente straniera per Regione al 1° gennaio 2013.



strano una presenza numericamente più rilevante sono nell'ordine: Lombardia (23,4%), Emilia Romagna e Veneto (11,1%) e Lazio (10,9%), ovvero le zone dove le opportunità di lavoro sono sicuramente maggiori.

L'incidenza percentuale della popolazione straniera residente sul totale della popolazione mostra una sostanziale distribuzione fra Nord (9,9%) e Centro (9,1%), mentre si mantiene molto bassa nel Mezzogiorno (3,0%). Analizzando più nel dettaglio l'incidenza più elevata si ha nel Nord-Est (10,1% contro il 9,7% del Nord-Ovest). A livello re-

gionale l'incidenza percentuale più elevata si segnala in Emilia Romagna (11,2%), Lombardia (10,5%) e Umbria (10,5%). La minore presenza degli stranieri rispetto al totale della popolazione residente si ha, invece, in Sardegna (2,2%) [Figura 1.1].

### Bibliografia essenziale

- Istat. Annuario statistico italiano 2013. 2013  
Istat, Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo, 2014  
Livi Bacci M. Introduzione alla demografia. Torino: Loescher Editore, 1986

## 1.2. Mortalità generale e aspettativa di vita

### 1.2.1. Introduzione

Dall'inizio del Novecento a oggi notevoli progressi sono stati compiuti in Italia nel miglioramento dello stato di salute e le conseguenze più indicative sono certamente la riduzione dei livelli di mortalità e il progressivo aumento della speranza di vita. I numerosi cambiamenti avvenuti nel corso del secolo scorso grazie ai progressi scientifici, ai miglioramenti di strutture sanitarie, condizioni di vita e abitudini alimentari della popolazione italiana hanno avuto un notevole impatto sull'allungamento della durata della vita media e sulla modifica della struttura per età della mortalità. Dopo la seconda guerra mondiale l'aspettativa di vita degli italiani cresce sensibilmente, raggiungendo e poi superando quella di molti altri Paesi europei e del resto del mondo: nel 2012, l'Italia è ai primi posti nella graduatoria europea della speranza di vita alla nascita, molte posizioni al di sopra della media europea (77,5 anni per gli uomini e 83,1 per le donne). Se fino alla prima guerra mondiale nascere maschio o femmina aveva un impatto quasi nullo sull'aspettativa di vita, successivamente, e soprattutto nel secondo dopoguerra, il divario tra i due generi si allarga progressivamente fino a sfiorare i 7 anni di differenza alla fine degli anni Settanta. Dalla seconda metà degli anni Novanta la tendenza si inverte e, grazie alla forte riduzione della

mortalità maschile più accelerata di quella femminile, la distanza tra la durata media della vita dei due generi si riduce, nell'ultimo anno disponibile, a meno di 5 anni.

Un contributo determinante all'aumento della durata media della vita è da attribuire alla forte riduzione della mortalità infantile. Se all'inizio del secolo scorso la più alta percentuale di decessi avveniva entro il primo anno di vita, nel corso dei decenni successivi il quadro è progressivamente mutato: la morte è posticipata alle età più anziane e la probabilità di morte nel primo anno è sempre più contenuta. Il valore del tasso di mortalità infantile fino al 1910 era a livelli che oggi si riscontrano nei Paesi più poveri del mondo (circa 150 morti per 1.000 nati vivi). Nei decenni successivi e in particolare dopo la seconda guerra mondiale, la mortalità infantile italiana si avvicina progressivamente a quella di altri Paesi più avanzati e oggi l'Italia è tra i Paesi a più bassa mortalità infantile (il tasso nel 2011 è pari a 3,1 per 1.000 nati vivi residenti: 1.691 decessi nel primo anno di vita a fronte di 546.585 nati vivi).

### 1.2.2. Analisi quantitativa

L'esame dei dati di mortalità negli anni 2006 e 2011 (ultimo dato disponibile) mostra che il numero totale dei decessi dei residenti in

**Tabella 1.4. Decessi di residenti italiani avvenuti in Italia e tassi specifici (per 1.000 abitanti) per classe di età e sesso (Anni 2006 e 2011)**

Età (anni)	2006		2011	
	Valore assoluto	Tasso per 1.000	Valore assoluto	Tasso per 1.000
<b>Maschi</b>				
0	1.099	3,81*	930	3,31*
1-14	481	0,12	462	0,12
15-34	4.774	0,67	3.417	0,52
35-59	29.083	2,79	26.334	2,43
60-79	121.683	22,57	115.170	20,01
80 e più	117.011	116,30	139.799	112,20
Totale	274.131	9,73	286.112	9,96
<b>Femmine</b>				
0	813	2,99*	761	2,87*
1-14	372	0,10	330	0,09
15-34	1.645	0,24	1.335	0,21
35-59	15.966	1,50	15.892	1,43
60-79	79.229	12,35	75.263	11,30
80 e più	183.133	90,91	210.919	89,56
Totale	281.158	9,38	304.500	9,93
<b>Totale</b>				
0	1.912	3,41*	1.691	3,09*
1-14	853	0,11	792	0,10
15-34	6.419	0,46	4.752	0,36
35-59	45.049	2,14	42.226	1,92
60-79	200.912	17,02	190.433	15,34
80 e più	300.144	99,37	350.718	97,39
Totale	555.289	9,55	590.612	9,95

\*Tasso per 1.000 nati vivi.

Fonte: Istat. Indagine sui decessi e sulle cause di morte – Anni 2006 e 2011.

Italia sale in valori assoluti da 555.289 a 590.612, con un tasso grezzo che passa da 9,55 decessi per 1.000 abitanti a 9,95 (Tabella 1.4). L'analisi dei dati per classi di età evidenzia tuttavia le differenze della mortalità nelle varie fasi della vita. L'aumento del numero assoluto è infatti concentrato unicamente oltre gli 80 anni, sebbene anche in questa classe come nelle altre il tasso specifico mostri una riduzione della mortalità (da 99,37 a 97,39 per 1.000 abitanti). L'aumento del tasso grezzo e del numero assoluto è pertanto spiegato dall'invecchiamento della popolazione, ovvero dal peso della quota di anziani sul tota-

le degli italiani. Questo è vero per entrambi i generi: negli uomini il numero di decessi oltre gli 80 anni passa da 117.011 del 2006 a 139.799 del 2011, mentre nelle donne da 183.133 a 210.919 casi, con un aumento in termini assoluti che supera abbondantemente il totale delle diminuzioni nelle altre classi di età; nella stessa classe i quozienti specifici si riducono soprattutto tra gli uomini (–3,5%) rispetto alle donne (–1,5%).

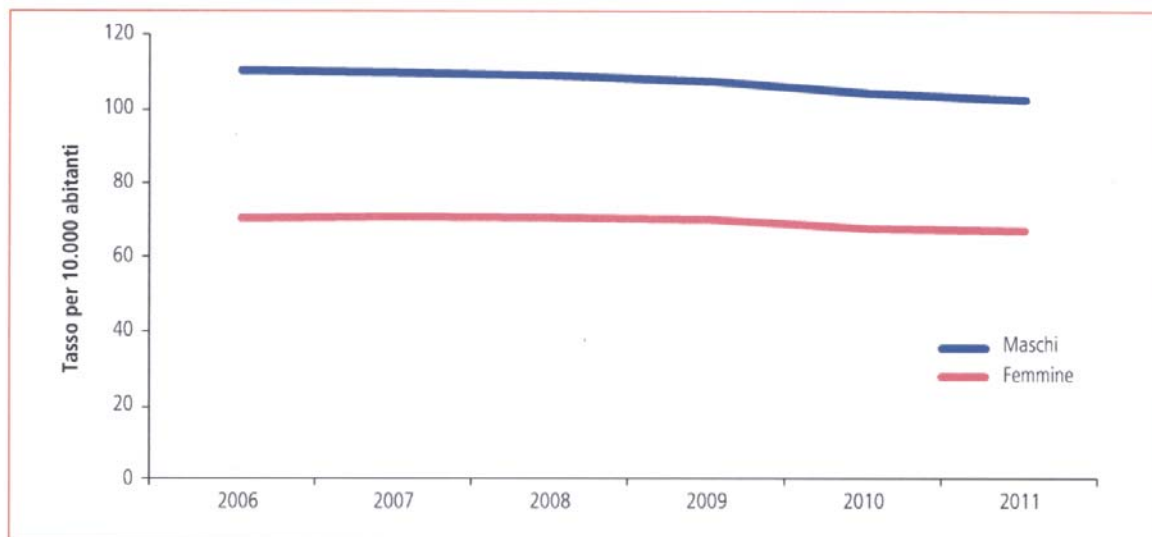
La Figura 1.2 mostra il trend dal 2006 al 2011 della mortalità misurata mediante i tassi di mortalità standardizzati che, essendo depurati dalla diversa struttura per età delle popolazioni di riferimento, consentono confronti corretti tra i diversi anni. Nel periodo continua l'andamento decrescente della mortalità osservato già negli anni precedenti: per gli uomini si passa da 113,8 decessi per 10.000 abitanti a 105,1 (–7,7%) e per le donne da 69,3 decessi per 10.000 abitanti a 65,6 (–5,3%). Per entrambi i generi il tasso è pressoché costante tra il 2006 e il 2008 e riprende a diminuire tra il 2009 e il 2011, riducendo lievemente anche la distanza tra i livelli di mortalità di uomini e donne.

Tra il 2006 e il 2011 prosegue il declino della mortalità infantile, che passa da 3,4 per 1.000 nati vivi residenti a 3,1 (vedi Tabella 1.4), con un andamento quasi lineare interrotto soltanto da una lieve risalita nel 2009 (Figura 1.3). La riduzione è avvenuta in misura più consistente per i tassi di mortalità infantile dei residenti in Italia nati da cittadini stranieri, i quali, pur mantenendo tassi superiori a quelli di chi nasce da almeno un genitore italiano, hanno registrato una rilevante contrazione dei livelli di mortalità nel primo anno di vita: passano infatti da 5 decessi per 1.000 nati vivi del 2006 a 4,3 del 2011 a fronte della riduzione, rispettivamente, da 3,2 per 1.000 nati vivi a 2,9 dei nati da almeno un genitore con cittadinanza italiana.

### 1.2.3. Confronti territoriali

Nel quinquennio in esame la riduzione della mortalità in Italia è il risultato di una diminuzione che, con entità diverse, si è verificata in tutte le Regioni (Figura 1.4) interessando

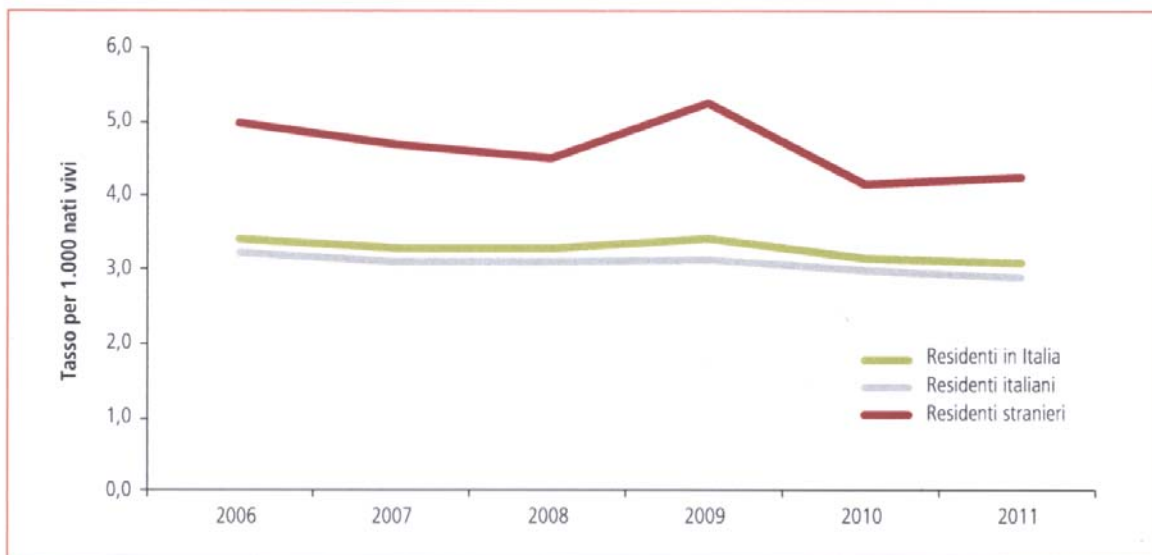
**Figura 1.2.** Tassi di mortalità standardizzati (per 10.000 abitanti) dei residenti in Italia per sesso (Anni 2006-2011).



Pop standard: popolazione italiana al censimento 2001.

Fonte: Istat. Indagine sui decessi e sulle cause di morte – Anni 2006-2011.

**Figura 1.3.** Tassi di mortalità infantile (per 1.000 nati vivi) dei residenti in Italia per cittadinanza (Anni 2006-2011).



Nota: Sono considerati residenti italiani i bambini aventi almeno un genitore con cittadinanza italiana.

Sono considerati residenti stranieri i bambini aventi entrambi i genitori con cittadinanza non italiana.

I decessi di bambini di cittadinanza ignota, circa il 10%, sono stati distribuiti in maniera proporzionale tra i decessi dei cittadini italiani e stranieri.

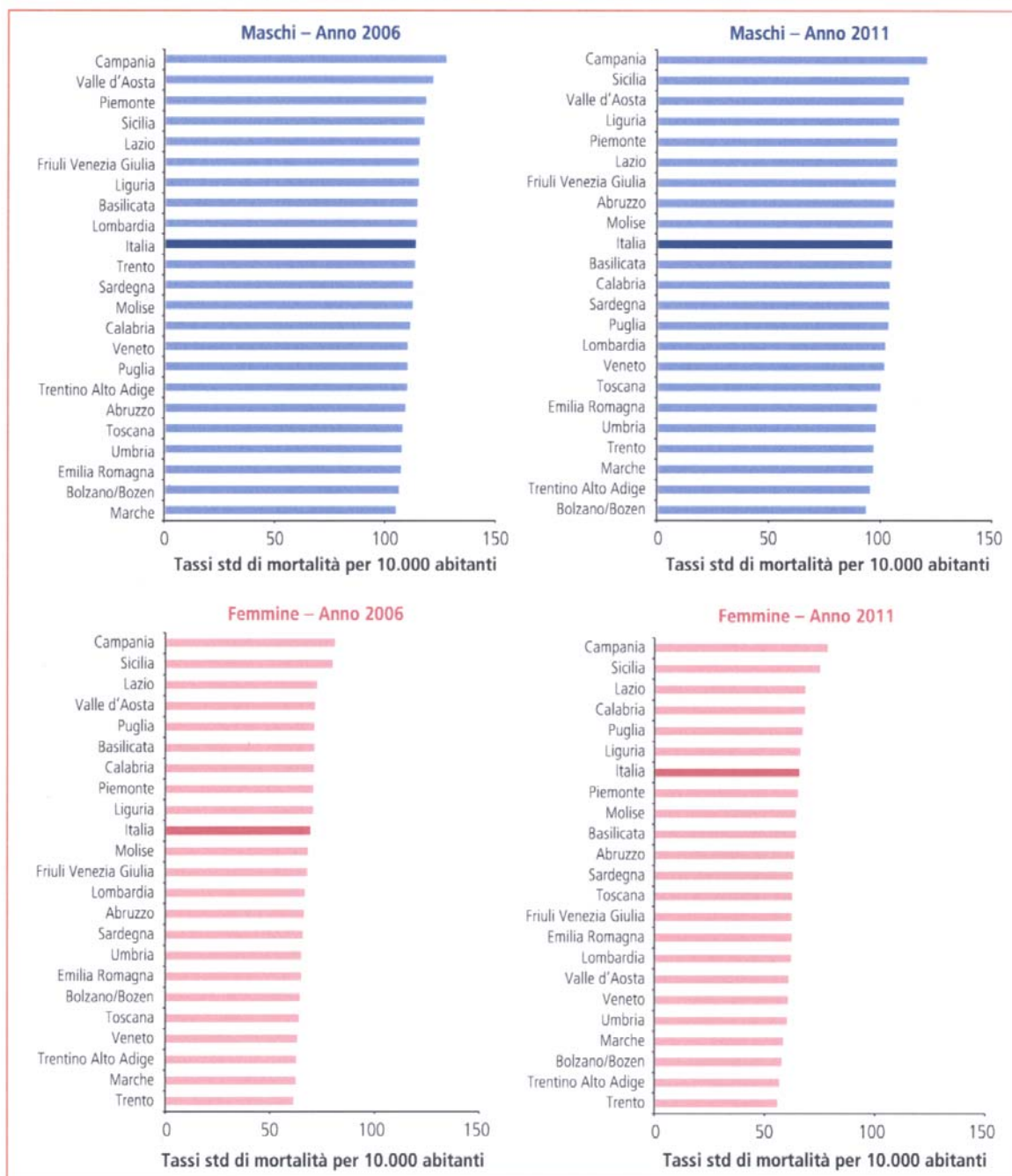
Fonte: Istat. Indagine sui decessi e sulle cause di morte – Anni 2006-2011.

ovunque più gli uomini che le donne. La Campania, che presenta una diminuzione inferiore a quella media nazionale, continua a essere la Regione con la mortalità più elevata. Analoga osservazione per la Sicilia, che nel 2011

è al penultimo posto in graduatoria, e in misura minore ciò vale anche per il Lazio e la Puglia. Tra le Regioni con i livelli di mortalità più alti il Piemonte ha avuto una diminuzione superiore alla media nazionale, mentre la Val-



**Figura 1.4.** Tassi di mortalità standardizzati (per 10.000 abitanti) per Regione di residenza e sesso (Anni 2006 e 2011).



Pop standard: popolazione al censimento 2001.

Fonte: Istat. Indagine sui decessi sulle cause di morte – Anni 2006 e 2011.

le d'Aosta rimane la Regione del Nord con la mortalità più elevata tra gli uomini. Tra le Regioni con la mortalità più bassa si confermano il Trentino Alto Adige (con un'importante diminuzione della mortalità maschile nella Provincia di Trento), le Marche e l'Umbria, tutte

Regioni che hanno avuto una diminuzione superiore alla media. Questa diversa entità delle diminuzioni ha ampliato la forbice della mortalità tra le Regioni. Per le Regioni con livelli intermedi della mortalità sono da segnalare, in positivo, l'aumento per gli uomini della Lom-

bardia (passano da livelli leggermente peggiori della media nazionale a livelli sostanzialmente migliori) e, in negativo, la ridotta diminuzione per gli uomini dell'Abruzzo (che effettuano il percorso inverso).

#### 1.2.4. Speranza di vita alla nascita e a 65 anni

La speranza di vita rimane uno degli indicatori dello stato di salute della popolazione più frequentemente utilizzati. Di seguito vengono analizzati i valori della speranza di vita alla

nascita e a 65 anni del 2012 (ultimo anno disponibile) distinti per genere e Regione di residenza (*Tabella 1.5*). In Italia, la speranza di vita alla nascita è 79,6 anni per gli uomini e 84,4 per le donne, mentre a 65 anni si stima una sopravvivenza, rispettivamente, di 18,3 e 21,8 anni. Le Regioni dove si vive più a lungo sono il Trentino Alto Adige, in particolare nella Provincia Autonoma di Trento si riscontrano i valori più alti per entrambi i sessi, e le Marche. Altre Regioni con buona aspettativa di vita alla nascita sono il Veneto, l'Umbria e l'Emilia Romagna, mentre le Regioni con i valori più bassi sono la Campania e la Sicilia.

**Tabella 1.5. Speranza di vita alla nascita e a 65 anni per Regione di residenza e sesso (Anno 2012)**

Regione	Speranza di vita alla nascita $e_0$		Speranza di vita a 65 anni $e_{65}$	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Piemonte	79,6	84,4	18,3	21,8
Valle d'Aosta	79,6	84,3	18,9	21,9
Lombardia	79,9	84,9	18,4	22,1
Liguria	79,4	84,4	18,3	22,0
Trentino Alto Adige/Südtirol	80,7	85,5	19,2	22,7
Bolzano-Bozen	80,6	85,0	19,2	22,3
Trento	80,8	85,9	19,3	23,1
Veneto	80,1	85,1	18,6	22,3
Friuli Venezia Giulia	79,3	84,7	18,2	22,2
Emilia Romagna	80,2	84,9	18,7	22,2
Toscana	80,1	84,8	18,7	22,0
Umbria	80,1	85,1	18,8	22,2
Marche	80,6	85,3	19,0	22,5
Lazio	79,1	83,8	18,2	21,4
Abruzzo	79,6	84,6	18,5	21,9
Molise	79,5	84,5	18,6	22,1
Campania	78,0	82,8	17,3	20,6
Puglia	80,0	84,5	18,6	21,8
Basilicata	79,9	84,3	18,7	21,7
Calabria	79,2	84,0	18,3	21,6
Sicilia	78,8	83,2	17,8	20,7
Sardegna	79,1	84,8	18,4	22,2
Nord-Ovest	79,8	84,7	18,3	22,0
Nord-Est	80,1	85,1	18,6	22,3
Centro	79,7	84,4	18,5	21,8
Sud	79,1	83,8	18,1	21,3
Isole	78,9	83,6	18,0	21,1
Italia	79,6	84,4	18,3	21,8

Fonte: Istat. <http://demo.istat.it/> – Anno 2012.