

A livello di ripartizioni territoriali si notano delle regolarità e alcune eccezioni: il Nord-Est presenta i valori più elevati, con l'anomalia di uno dei valori più bassi per gli uomini del Friuli Venezia Giulia; anche il Centro presenta valori alti, a eccezione del Lazio, che fa abbassare notevolmente il valore della ripartizione per entrambi i generi; il Nord-Ovest presenta valori medi abbastanza omogenei con un picco in Lombardia; il Sud presenta valori molto disomogenei, con i valori più alti in Puglia per gli uomini e in Abruzzo per le donne e i più bassi, per entrambi i sessi, in Campania; le Isole presentano valori sensibilmente più bassi della media nazionale, con l'eccezione delle donne della Sardegna, che vivono mediamente quasi 6 mesi di più. Il differenziale tra uomini e donne, che è di 4,8 anni a livello nazionale, raggiunge i valori più alti in Sardegna e Friuli Venezia Giulia e i valori più bassi in Sicilia, Basilicata, Puglia e nella Provincia Autonoma di Bolzano-Bozen. Per la speranza di vita a 65 anni sono confermate molte delle evidenze riscontrate per la speranza di vita alla nascita. Il Trentino Alto Adige e le Marche confermano l'ottimo

profilo della sopravvivenza anche a 65 anni e agli ultimi posti della graduatoria si posizionano ancora la Campania e la Sicilia. Per i differenziali tra i generi delle speranze di vita colpisce, rispetto a quelli alla nascita, la forte riduzione in Sardegna (che rimane comunque sopra la media nazionale) dovuta al grande recupero della speranza di vita degli uomini a 65 anni, mentre restano confermati i valori alti del Friuli Venezia Giulia e i più bassi di Sicilia e Basilicata.

Bibliografia essenziale

- Atella V, Francisci S, Vecchi G. La salute degli Italiani, 1861-2011. Politiche Sanitarie, 2011; vol. 12, n. 4, ottobre-dicembre 2011
- European Commission. Eurostat. Population. Life expectancy by age and sex. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpec&lang=en. Ultima consultazione: agosto 2014
- I.Stat. Salute e sanità – Cause di morte. Popolazione e famiglie – Popolazione. <http://dati.istat.it>. Ultima consultazione: agosto 2014
- Istat. Focus La mortalità dei bambini ieri e oggi in Italia. Anni 1887-2011. 15 gennaio 2014
- Rapporto Osservasalute 2013. Roma, 2013

1.3. Qualità della sopravvivenza e confronti internazionali

1.3.1. Quadro programmatico

L'allungamento della sopravvivenza con il conseguente incremento della popolazione di anziani fa sì che sia sempre più rilevante monitorare lo stato di salute, ponendo l'accento non esclusivamente sulla lunghezza della vita, ma anche sulla qualità degli anni da vivere.

Le statistiche dell'Eurostat mostrano un'Europa sempre più anziana: cresce l'età media della popolazione (da 40,6 anni del 2008 a 41,5 anni del 2012) e aumenta la percentuale degli anziani (gli ultrasessantacinquenni passano dal 17,1% al 17,8% del totale della popolazione). L'Italia è il Paese europeo, insieme alla Germania, con il profilo per età più vecchio: nel 2012 l'età media è di oltre 2 anni più elevata di quella europea (43,8 anni) e 1 italiano su 5 ha oggi più di 65 anni (20,6%).

Gli scenari demografici indicano inoltre un progressivo incremento di queste fasce di popolazione nei prossimi anni, con un conseguente impatto sulla spesa sanitaria, sulle politiche economiche e sociali dei Governi nazionali. L'impatto sarà tanto più contenuto quanto più a un incremento della sopravvivenza media e a un aumento della popolazione di anziani, oggi determinata soprattutto dalla riduzione dei livelli di mortalità nelle età già avanzate della vita, si accompagnerà un incremento del numero di anni vissuti in buone condizioni di salute. In questo quadro, trovano ampio consenso quegli indicatori che integrano le tradizionali misure di aspettativa di vita con misurazioni della qualità della sopravvivenza; si tratta degli indicatori di speranze di vita specificate per condizioni di salute. La combinazione di misure di sopravvivenza e di prevalenza

all'interno di una stessa tavola di mortalità permette di misurare gli anni vissuti secondo lo stato di salute, in relazione alla definizione stessa di salute adottata.

Tabella 1.6. Speranza di vita alla nascita e senza limitazioni di lunga durata nelle attività quotidiane (HLY), per genere e Paese (Anni 2008 e 2011)

Paese	2008						2011					
	Speranza di vita alla nascita	HLY alla nascita	% anni vissuti senza limitazioni	Speranza di vita alla nascita	HLY alla nascita	% anni vissuti senza limitazioni	Speranza di vita alla nascita	HLY alla nascita	% anni vissuti senza limitazioni	Speranza di vita alla nascita	HLY alla nascita	% anni vissuti senza limitazioni
	Uomini			Donne			Uomini			Donne		
Austria	77,8	58,3	74,9	83,3	59,7	71,7	78,3	59,8	76,4	83,8	60,3	72,0
Belgio	76,9	63,3	82,3	82,6	64,2	77,7	78,0	63,4	81,3	83,3	63,6	76,4
Bulgaria	69,8	62,1	89,0	77,0	65,7	85,3	70,7	62,1	87,8	77,8	65,9	84,7
Cipro	78,2	64,5	82,5	82,9	65,4	78,9	79,3	61,6	77,7	83,1	61,0	73,4
Croazia	72,3	ND	ND	79,7	ND	ND	73,8	59,9	81,2	80,4	61,8	76,9
Danimarca	76,5	62,1	81,2	81,0	61,0	75,3	77,8	63,6	81,7	81,9	59,4	72,5
Estonia	68,9	53,0	76,9	79,5	57,5	72,3	71,4	54,3	76,1	81,3	57,9	71,2
Finlandia	76,5	58,6	76,6	83,3	59,5	71,4	77,3	57,7	74,6	83,8	58,3	69,6
Francia	77,8	62,7	80,6	84,8	64,6	76,2	78,7	62,7	79,7	85,7	63,6	74,2
Germania	77,6	56,3	72,6	82,7	57,7	69,8	78,4	57,9	73,9	83,2	58,7	70,6
Gran Bretagna	77,7	65,0	83,7	81,8	66,3	81,1	79,0	65,2	82,5	83,0	65,2	78,6
Grecia	77,7	65,8	84,7	82,3	66,1	80,3	78,0	66,2	84,9	83,6	66,9	80,0
Irlanda	77,9	63,5	81,5	82,4	65,0	78,9	78,6	66,1	84,1	83,0	68,3	82,3
Islanda	80,0	71,0	88,8	83,3	69,5	83,4	80,7	69,1	85,6	84,1	67,7	80,5
Italia	79,1	63,0	79,6	84,5	61,9	73,3	80,1	63,4	79,2	85,3	62,7	73,5
Lettonia	66,5	51,8	77,9	77,5	54,6	70,5	68,6	53,7	78,3	78,8	56,6	71,8
Lituania	65,9	54,8	83,2	77,6	59,9	77,2	68,1	57,0	83,7	79,3	62,0	78,2
Lussemburgo	78,1	64,8	83,0	83,1	64,4	77,5	78,5	65,8	83,8	83,6	67,1	80,3
Malta	77,1	69,0	89,5	82,3	72,3	87,8	78,6	70,3	89,4	83,0	70,7	85,2
Norvegia*	78,4	69,7	88,9	83,2	68,8	82,7	79,1	69,9	88,4	83,6	70,0	83,7
Olanda	78,4	62,4	79,6	82,5	59,9	72,6	79,4	64,0	80,6	83,1	59,0	71,0
Polonia	71,3	58,5	82,0	80,0	63,0	78,8	72,6	59,1	81,4	81,1	63,3	78,1
Portogallo	76,2	59,1	77,6	82,7	57,6	69,6	77,3	60,7	78,5	83,8	58,6	69,9
Repubblica Ceca	74,1	61,2	82,6	80,5	63,4	78,8	74,8	62,2	83,2	81,1	63,6	78,4
Romania	69,9	60,2	86,1	77,2	62,8	81,3	71,1	57,4	80,7	78,2	57,0	72,9
Slovacchia	70,9	52,1	73,5	79,0	52,6	66,6	72,3	52,1	72,1	79,8	52,3	65,5
Slovenia	75,5	59,5	78,8	82,6	60,8	73,6	76,8	54,0	70,3	83,3	53,8	64,6
Spagna	78,3	64,1	81,9	84,6	63,6	75,2	79,5	65,4	82,3	85,6	65,8	76,9
Svezia	79,2	69,4	87,6	83,3	69,0	82,8	79,9	71,1	89,0	83,8	70,2	83,8
Svizzera	79,8	65,7	82,3	84,6	64,6	76,4	80,5	66,3	82,4	85,0	64,7	76,1
Ungheria	70,0	54,8	78,3	78,3	58,3	74,5	71,2	57,6	80,9	78,7	59,1	75,1
Unione Europea	76,4	61,1	80,0	82,4	62,2	75,5	77,4	61,7	79,7	83,2	62,2	74,8

*I dati del 2011 sono stimati.

ND, non disponibile.

Fonte: Eurostat On Line Database http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database.

La speranza di vita senza limitazioni di lunga durata nelle attività della vita quotidiana (*Healthy Life Years*, HLY) è una misura dello stato di salute funzionale, costruito per riflettere il fatto che non tutti gli anni di vita di una persona saranno in genere vissuti in perfetta salute; malattie croniche, fragilità e disabilità tendono a diventare più frequenti proprio in età più avanzate. Non necessariamente, dunque, una popolazione con un'aspettativa di vita più elevata sarà anche in migliori condizioni di salute; è altrettanto plausibile l'ipotesi che ad aumenti della speranza di vita siano associati quote maggiori o minori di popolazione che trascorreranno gli anni da vivere in condizioni di disabilità o limitazioni funzionali.

L'HLY è l'indicatore di sintesi raccomandato a livello internazionale e incluso tra gli indicatori strutturali della Comunità Europea. Questo indicatore viene calcolato dall'Eurostat per tutti i Paesi della Comunità Europea, secondo la metodologia proposta da Sullivan nel 1971, e integra dati di mortalità e di prevalenza di quanti dichiarano di non avere limitazioni severe o moderate nel compiere attività della vita quotidiana. Le limitazioni vengono rilevate nell'ambito della *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC), condotta da ciascun Paese membro, per mezzo del seguente quesito armonizzato: "A causa di problemi di salute, in che misura Lei ha delle limitazioni che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono? Le risposte si articolano nelle seguenti 4 modalità: 1. direbbe di avere limitazioni gravi; 2. direbbe di avere limitazioni non gravi; 3. direbbe di non avere alcuna limitazione; 4. rifiuta di rispondere.

L'Italia adotta esattamente questa formulazione del quesito a partire dai dati riferiti al 2007, mentre altri Paesi dell'Unione Europea (UE) lo hanno recepito solo dal 2008. I confronti internazionali e l'analisi di periodo di questo indicatore saranno pertanto strettamente limitati agli anni più recenti.

1.3.2. Speranza di vita alla nascita senza limitazioni nelle attività della vita quotidiana

I dati contenuti nella *Tabella 1.6* mostrano a

livello europeo notevoli differenze tra i Paesi sia nei valori della speranza di vita alla nascita sia nei valori della speranza di vita alla nascita senza limitazioni severe o moderate nelle attività quotidiane (HLY). Il numero degli anni senza limitazioni nelle attività quotidiane che un abitante dell'UE si aspetta mediamente di vivere è nel 2008 di 61,1 anni se uomo e di 62,2 anni se donna. Nel 2011, sebbene rispetto al 2008 aumenti in Europa la speranza di vita di 1 anno per gli uomini e di 0,8 per le donne, la speranza di vita senza limitazioni aumenta solo per gli uomini di 0,6 anni, mentre rimane invariata per le donne. Nel 2011, l'80% circa della vita media degli uomini e il 75% della vita media delle donne sono vissuti in Europa in buone condizioni di salute. Le donne vivono più a lungo degli uomini, ma questa maggiore sopravvivenza è in genere vissuta con maggiori limitazioni severe o moderate della vita quotidiana. Pertanto, quando si prende in considerazione l'indicatore HLY rispetto a quello della speranza di vita, si osserva in tutti i Paesi europei una forte riduzione dei differenziali di genere. In questo scenario l'Italia si colloca tra i Paesi sicuramente più avvantaggiati, con una vita media, sia negli uomini sia nelle donne, tra le più elevate in Europa; tuttavia la percentuale degli anni vissuti in buone condizioni di salute è lievemente inferiore al valore medio europeo: nel 2011 in Italia il 79,2% della vita media degli uomini e il 73,5% di quella delle donne sono vissuti senza limitazioni gravi o moderate nelle attività della vita quotidiana. In termini di HLY l'Italia perde dunque le prime posizioni e si colloca invece al 13° posto con 63,4 anni per gli uomini e al 16° posto con 62,7 anni per le donne.

1.3.3. Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni nelle attività della vita quotidiana

I dati contenuti nella *Tabella 1.7* sono riferiti alla speranza di vita a 65 anni e agli anni di vita che un 65enne mediamente si attende di vivere senza limitazioni moderate o severe nelle attività della vita quotidiana.

Tra il 2008 e il 2011 si osserva un aumento

Tabella 1.7. Speranza di vita a 65 anni e senza limitazioni di lunga durata nelle attività quotidiane (HLY), per genere e Paese (Anni 2008 e 2011)

Paese	2008						2011					
	Speranza di vita a 65 anni	HLY a 65 anni	% anni vissuti senza limitazioni	Speranza di vita a 65 anni	HLY a 65 anni	% anni vissuti senza limitazioni	Speranza di vita a 65 anni	HLY a 65 anni	% anni vissuti senza limitazioni	Speranza di vita a 65 anni	HLY a 65 anni	% anni vissuti senza limitazioni
	Uomini			Donne			Uomini			Donne		
Austria	17,7	7,4	41,2	21,1	7,5	34,5	18,1	8,3	45,9	21,7	8,3	38,2
Belgio	17,3	10,4	58,3	20,9	10,4	49,1	18,0	9,8	54,4	21,6	10,3	47,7
Bulgaria	13,6	8,7	64,3	16,8	9,4	55,7	14,0	8,6	61,4	17,3	9,7	56,1
Cipro	17,8	9,4	51,9	20,3	7,8	37,7	18,2	8,0	44,0	20,3	5,9	29,1
Croazia	14,4	ND	ND	18,0	ND	ND	15,1	7,5	49,7	18,6	7,1	38,2
Danimarca	16,6	12,0	72,2	19,5	12,4	63,1	17,3	12,4	71,7	20,1	13,0	64,7
Estonia	13,7	4,0	28,7	18,9	4,2	22,2	14,8	5,6	37,8	20,1	5,7	28,4
Finlandia	17,5	8,0	45,8	21,3	9,0	41,7	17,7	8,4	47,5	21,7	8,6	39,6
Francia	18,5	8,7	47,0	23,0	10,1	42,5	19,3	9,7	50,3	23,8	9,9	41,6
Germania	17,5	6,3	35,3	20,7	6,7	31,9	18,2	6,7	36,8	21,2	7,3	34,4
Gran Bretagna	17,6	10,7	58,7	20,2	11,8	56,9	18,5	11,0	59,5	21,1	11,9	56,4
Grecia	17,8	9,0	49,9	19,8	8,3	41,0	18,2	9,0	49,5	21,2	7,9	37,3
Irlanda	16,8	9,3	54,7	20,3	10,3	50,4	17,9	10,9	60,9	20,9	11,8	56,5
Islanda	18,4	13,9	74,8	20,6	13,9	67,9	18,9	14,0	74,1	21,5	13,7	63,7
Italia	18,2	7,6	43,9	22,0	7,1	33,0	18,8	8,1	43,1	22,6	7,0	31,0
Lettonia	12,8	4,9	36,9	17,7	5,0	27,4	13,4	4,8	35,8	18,7	5,0	26,7
Lituania	13,6	5,8	42,7	18,4	6,5	34,8	14,0	6,2	44,3	19,2	6,7	34,9
Lussemburgo	17,4	10,7	62,1	21,0	11,6	55,3	17,8	11,5	64,6	21,6	11,8	54,6
Malta	17,1	10,5	61,0	20,1	11,7	56,8	17,7	11,8	66,7	21,0	11,0	52,4
Norvegia*	17,6	14,1	80,1	21,0	14,9	70,3	18,2	14,7	80,8	21,4	15,9	74,3
Olanda	17,4	9,9	55,8	20,7	9,7	46,4	18,1	10,4	57,5	21,2	9,9	46,7
Polonia	14,8	7,0	46,7	19,1	7,7	39,2	15,4	7,6	49,4	19,9	8,3	41,7
Portogallo	17,0	6,7	39,1	20,6	5,5	26,6	17,8	7,8	43,8	21,6	6,3	29,2
Repubblica Ceca	15,3	7,5	48,4	18,8	8,2	43,6	15,6	8,4	53,8	19,2	8,7	45,3
Romania	14,5	7,8	55,0	17,2	7,9	45,5	14,7	5,4	36,7	17,7	4,7	26,6
Slovacchia	13,8	3,0	21,1	17,8	2,7	14,6	14,5	3,5	24,1	18,4	2,9	15,8
Slovenia	16,4	9,2	56,0	20,5	9,4	45,3	16,9	6,2	36,7	21,1	6,9	32,7
Spagna	18,1	9,9	54,1	22,1	8,7	38,9	18,8	9,7	51,6	23,0	9,3	40,4
Svezia	18,0	13,1	71,5	20,9	14,0	65,9	18,5	13,9	75,1	21,3	15,2	71,4
Svizzera	18,9	12,2	64,6	22,3	12,8	57,4	19,2	12,7	66,1	22,6	12,8	56,6
Ungheria	13,9	5,6	39,4	18,1	6,4	34,8	14,3	6,0	42,0	18,3	6,0	32,8
Unione Europea	17,2	8,3	51,2	20,7	8,5	43,3	17,8	8,6	48,3	21,3	8,6	40,4

*I dati del 2011 sono stimati.

ND, non disponibile.

Fonte: Eurostat On Line Database http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database.

del numero medio degli anni di vita oltre i 65 anni: in 3 anni la speranza di vita in Europa passa da 17,2 a 17,8 anni negli uomini e da

20,7 a 21,3 nelle donne. In questo stesso periodo aumenta anche il numero di anni senza limitazioni severe o moderate, che passa

da 8,3 negli uomini e 8,5 anni nelle donne a 8,6 anni per entrambi i generi. Tali valori costituiscono il 48% e il 40% degli anni di vita da vivere in buona salute oltre i 65 anni, rispettivamente per gli uomini e per le donne. In Italia la vita media attesa oltre i 65 anni è tra le più elevate in Europa e continua ad aumentare anche nel periodo più recente, raggiungendo nel 2011 18,8 anni negli uomini e 22,6 anni nelle donne. Negli uomini aumenta anche la vita media senza limitazioni (passa da 7,6 a 8,1 anni), nelle donne invece gli anni in buona salute rimangono sostanzialmente stabili (da 7,1 a 7). A fronte quindi di un'elevata sopravvivenza, l'Italia sembra scontare una peggiore qualità della sopravvivenza con valori più bassi della media europea, simili a quelli di Cipro (8 anni) e Austria (8,3) per gli uomini e a quelli della Slovenia (6,9 anni) e della Croazia (7,1 anni) per le donne. Il Paese che nel 2011 occupa la posizione più favorevole sia per gli uomini sia per le donne è la Norvegia, i cui abitanti possono contare di vivere ben 14,7 anni per gli uomini e 15,9

anni per le donne in assenza di limitazioni nelle attività della vita quotidiana, ovvero rispettivamente l'81% e il 75% dell'aspettativa di vita a 65 anni.

Bibliografia essenziale

- AISP, Salvini S, De Rose A. Rapporto sulla popolazione. L'Italia a 150 anni dall'unità. Bologna: Ed. il Mulino, 2011, p. 156
- Eurostat EUROPOP 2008 http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_projections. Ultima consultazione: agosto 2014
- Eurostat On Line Database http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database. Ultima consultazione: agosto 2014
- Jagger C, Gillies C, Moscone F, et al. EHLEIS Team. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *Lancet* 2008; 372: 2124-31
- Oksuzyan A, Juel K, Vaupel JW, Christensen K. Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clin Exp Res* 2008; 20: 91-102
- Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Rep* 1971; 86: 347-54

1.4. Condizioni di salute: cronicità e salute percepita

1.4.1. Quadro programmatico

Le malattie croniche rappresentano una delle principali sfide per la sanità pubblica in tutti i Paesi. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), oltre a essere la causa principale della disabilità, sono responsabili di oltre l'85% dei decessi e del 77% del *burden disease* a livello europeo, mettendo a dura prova i sistemi sanitari, lo sviluppo economico e il benessere di gran parte della popolazione. Tra i fattori che determinano tali patologie, alcuni sono comportamentali e quindi modificabili attraverso la promozione di stili di vita salutari, altri sono tipo genetico e altri ancora afferiscono ad aspetti socioeconomici e ambientali, anch'essi rimuovibili attraverso politiche non strettamente sanitarie. Allo stesso tempo le malattie croniche sono responsabili di molte delle persistenti disuguaglianze nella salute, evidenziando un forte gradiente

socioeconomico e rilevanti differenze di genere nella loro diffusione; importante anche l'impatto che tali malattie producono sulla qualità della vita e sulla percezione del benessere a livello individuale.

Il controllo delle patologie croniche resta una priorità assoluta, riconosciuta a livello internazionale; lo conferma la nuova strategia europea *Health 2020*, promossa dall'OMS, per migliorare la salute e il benessere delle popolazioni europee. Tra i sei obiettivi prioritari da conseguire entro il 2020 al primo posto colloca quello di ridurre del 25% i decessi prematuri (tra i 30 e i 70 anni) dovuti all'insieme delle quattro più diffuse malattie croniche, vale a dire malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche e diabete. Oltre a incoraggiare ulteriori guadagni della sopravvivenza nella Regione Europea, la strategia *Health 2020* propone anche la riduzione delle disuguaglianze nella salute,

nonché uno specifico obiettivo riguardante il miglioramento del benessere (*well-being*). Per l'Italia, uno dei Paesi più longevi in Europa e caratterizzato dal crescente invecchiamento della popolazione, assume quindi particolare rilievo monitorare l'andamento della diffusione delle patologie croniche, valutare il livello di benessere correlato alla salute e comprendere se siano stati conseguiti o meno progressi nella riduzione delle disuguaglianze anche in considerazione della sfavorevole congiuntura economica.

Nell'ottica della promozione del benessere, la "salute percepita", ossia la valutazione che l'individuo fa della propria salute, riesce a sintetizzare le diverse dimensioni (salute fisica e funzionale, mentale ed emotiva, nonché quella relazionale), dimostrandosi un buon predittore della sopravvivenza, come ampiamente dimostrato in letteratura. Uno degli strumenti di tipo psicométrico per indagare con maggiore precisione la multidimensionalità del concetto di salute e il livello di benessere correlato alla salute (*Health Related Quality of Life*) è il questionario SF-12, che consente di analizzare due indici sintetici di benessere psicofisico: l'Indice di stato fisico e l'Indice di stato psicologico. Questi indici vengono di seguito analizzati insieme ai tradizionali indicatori di cronicità.

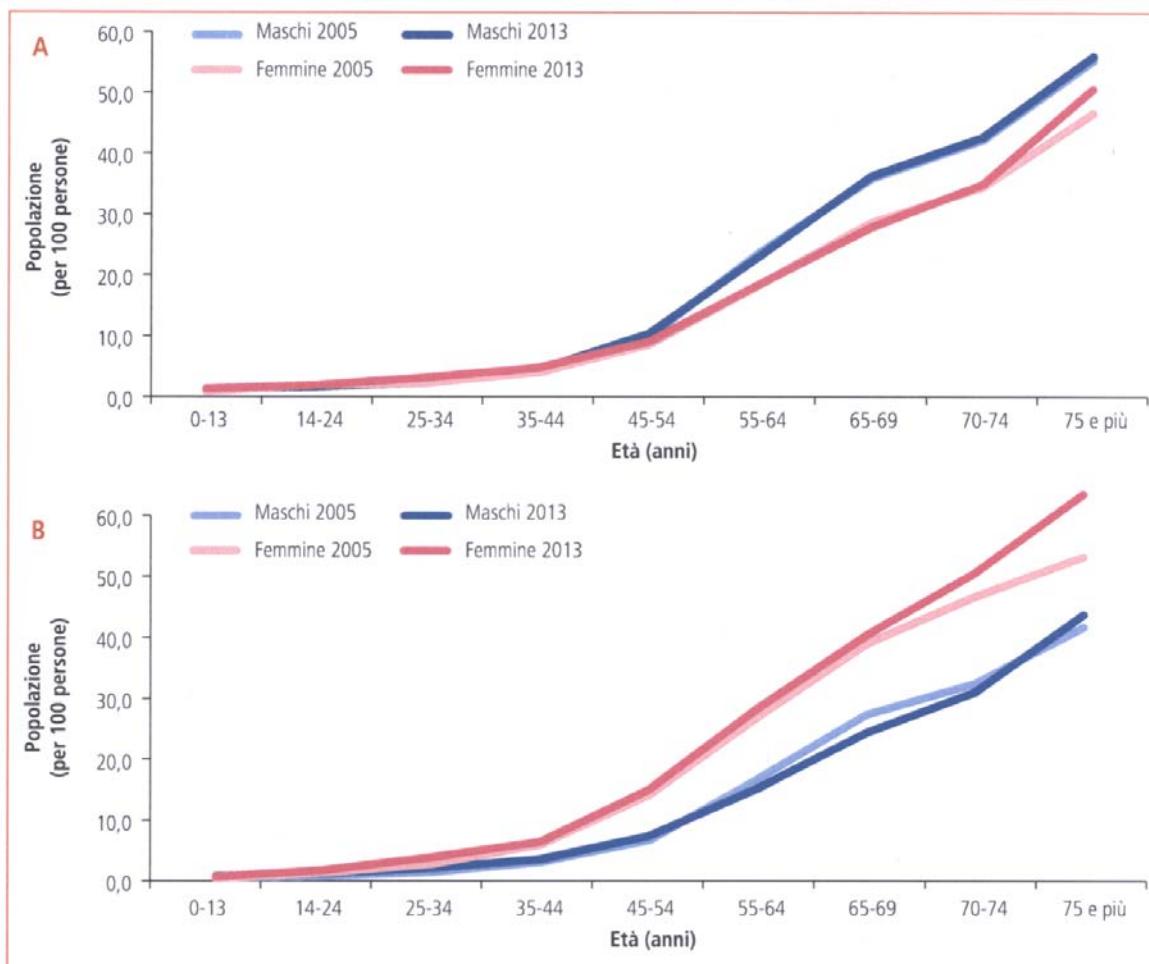
1.4.2. Rappresentazione dei dati

In base ai risultati dell'indagine multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" realizzata dall'Istat con il sostegno del Ministero della salute e delle Regioni nel 2012-2013, si stimano circa 9 milioni (pari al 14,7%) di persone che dichiarano di essere affette da almeno una tra le seguenti patologie, spesso particolarmente gravi e invalidanti: diabete, infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, cirrosi epatica, insufficienza renale cronica, tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia), parkinsonismo, Alzheimer e demenze seniori. Altrettanto rilevante è la diffusione della comorbilità: circa 8,7 milioni (pari a 14,4%) sono le persone con problemi di multicroni-

cità, ovvero che hanno riferito la presenza di almeno tre o più malattie croniche indipendentemente dalla loro gravità. Tra gli over 75 anni, quasi una persona su due riferisce patologie gravi o problemi di comorbilità. Le donne presentano per tutte le classi di età tassi di multicronicità più alti degli uomini, ma sono meno colpite da patologie gravi dopo i 50 anni rispetto ai loro coetanei (*Figura 1.5*). La maggior parte delle patologie dichiarate (con l'eccezione delle malattie allergiche, più diffuse tra bambini e giovani) presenta prevalenze che aumentano con l'età. Di conseguenza, nella popolazione anziana (65 anni e più), circa una persona su due soffre di artrosi/artrite o ipertensione, il 24,2% di osteoporosi e il 17,6% di diabete; il 13,0% dichiara di soffrire di depressione o ansietà cronica. Tali prevalenze mostrano rilevanti differenze per quanto riguarda il genere. Tra le donne anziane, le patologie più frequentemente riferite sono artrosi/artrite (59,4%) e ipertensione (50,9%), seguono osteoporosi (39,5%), diabete (16,8%) e ansia/depressione (16,7%). A parità di età, tra gli uomini di 65 anni e più le patologie più frequenti sono l'ipertensione (45,8%) e l'artrosi/artrite (38,9%); seguono, con prevalenze più basse, diabete (18,3%), bronchite cronica/enfisema (14,3%), infarto (10,0%) e altre malattie del cuore (13,6%).

Rispetto al 2005, a parità di età aumentano i tumori maligni (+60,0%), le malattie della tiroide (+52,0%), l'Alzheimer e le demenze seniori (+50,0%), l'emicrania ricorrente (+39,0%), l'allergia (+29,0%) e l'osteoporosi (+26,0%), mentre diminuiscono le prevalenze di bronchite cronica/enfisema (-24,0%) e dell'artrosi/artrite (-18,0%). Queste variazioni nel tempo riflettono l'impatto di molti fattori, tra cui i progressi della medicina e il miglioramento delle capacità diagnostiche, la migliore consapevolezza e informazione dell'intervistato sulle principali patologie rispetto al passato, i cambiamenti epidemiologici in atto in una popolazione che invecchia e progredisce in termini di istruzione. Passando ad analizzare la salute percepita, nel 2013 oltre i due terzi (67,1%) delle persone di 14 anni e più hanno riferito di essere in buona salute, il 7,4% ha riportato una valutazione negativa e il 25,5% ha dichiarato invece di stare né bene né male. Gli indici sin-

Figura 1.5. Popolazione per presenza di malattie croniche gravi* (A) o in condizioni di multicronicità (B) per sesso e classi di età (per 100 persone) [Anni 2005 e 2012].



*Malattie croniche gravi: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus; emorragia cerebrale; bronchite cronica; enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; Alzheimer; demenze.

tetici di benessere psicofisico, che assumono valori decrescenti al peggiorare delle condizioni di salute riferite, indicano un complessivo miglioramento, rispetto al 2005, della percezione delle condizioni di salute fisica e un leggero peggioramento del benessere psicologico: aumenta infatti il punteggio medio dell'Indice di stato fisico (*Physical Component Summary*, PCS) per la popolazione di 14 anni e più, controllato per età, da 49,9 a 50,7, mentre al contrario l'Indice di stato psicologico (*Mental Component Summary*, MCS) diminuisce da 49,8 a 48,9. Il benessere psicologico peggiora rispetto al 2005 tra gli adulti, soprattutto se maschi tra i 45 e i 64 anni (-1,3), ma anche tra i giovani fino ai 34 anni (-1,2).

La curva discendente con l'età evidenzia che

all'aumentare dell'età peggiorano entrambi gli indici, sebbene l'andamento sia più marcato per l'indice di stato fisico rispetto a quello psicologico (*Tabella 1.8*). Le donne, coerentemente con gli altri indicatori di cattiva salute, presentano sempre punteggi medi più bassi per entrambi gli indici: l'indice PCS è pari a 49,6 per le donne e a 51,9 per gli uomini e l'indice MCS è pari a 47,9 per le donne e a 50,1 per gli uomini.

1.4.3. Disuguaglianze sociali e territoriali nella salute

Il quadro epidemiologico è complessivamente stabile rispetto alle dimensioni della

Tabella 1.8. Salute percepita. Persone di 14 anni e oltre che dichiarano di stare male o molto male, Indice di stato fisico e Indice di stato psicologico delle persone di 14 anni e oltre per sesso e classe di età (Anni 2005 e 2013)

Classi di età (anni)	Male/molto male*		Indice di stato fisico†		Indice di stato psicologico†	
	2005	2013	2005	2013	2005	2013
Maschi						
14-24	0,5	0,7	55,3	55,8	53,7	52,5
25-34	1,2	1,4	54,4	55,0	52,5	51,3
35-44	1,9	1,9	53,5	54,2	51,5	50,6
45-54	3,1	3,7	52,4	53,0	50,8	49,5
55-64	6,1	6,7	50,2	51,0	50,4	49,1
65-69	9,3	9,1	47,7	48,8	50,0	50,1
70-74	13,4	12,4	45,4	47,1	48,9	49,2
75 e più	22,8	21,6	40,4	41,5	47,2	47,4
Totale	5,1	5,6	51,5	51,9	51,2	50,1
Totale standardizzato§	6,3	6,2	50,6	51,5	50,8	50,0
Femmine						
14-24	0,5	0,9	55,3	55,8	51,2	50,5
25-34	1,1	1,6	53,8	54,4	50,4	49,4
35-44	1,8	2,4	53,1	53,6	49,7	49,0
45-54	4,7	4,9	51,0	51,8	48,5	47,6
55-64	8,7	8,0	48,1	49,2	48,0	47,7
65-69	14,5	13,0	44,9	46,7	46,9	47,4
70-74	19,2	17,7	42,6	43,8	45,9	46,2
75 e più	30,5	30,7	36,9	36,9	44,1	44,2
Totale	8,3	9,0	49,3	49,6	48,5	47,9
Totale standardizzato§	8,4	8,4	49,2	50,0	48,4	47,9
Totale						
14-24	0,5	0,8	55,3	55,8	52,5	51,5
25-34	1,1	1,5	54,1	54,7	51,5	50,4
35-44	1,8	2,2	53,3	53,9	50,6	49,8
45-54	3,9	4,3	51,6	52,4	49,6	48,5
55-64	7,4	7,4	49,1	50,1	49,2	48,4
65-69	12,1	11,2	46,2	47,7	48,3	48,6
70-74	16,6	15,2	43,9	45,3	47,2	47,6
Totale	6,7	7,4	50,4	50,7	49,8	48,9
Totale standardizzato§	7,4	7,3	49,9	50,7	49,6	48,9

*Per 100 persone.

†Punteggi medi.

§I tassi sono standardizzati rispetto alla popolazione del Censimento 2011.

Fonte: Istat. Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari.

salute considerate riflettendo il processo di invecchiamento della popolazione registrato dal 2005. Rimangono rilevanti le disegualanze sociali e territoriali che penalizzano alcuni gruppi di popolazione. Nel 2013 si

conferma, infatti, l'associazione tra livelli più bassi di scolarità e peggiori condizioni di salute. Differenze marcate si evidenziano anche in relazione alle condizioni economiche familiari sulla base delle valutazioni

Tabella 1.9. Persone in cattive condizioni di salute, con tre o più malattie croniche per valutazione delle risorse economiche e ripartizione geografica (per 100 persone) [Anno 2013]

Ripartizioni geografiche	Persone di 14 anni e più che stanno male o molto male	Persone con almeno una malattia cronica grave*	Popolazione con tre o più malattie croniche	Persone di 65 anni e oltre che stanno male o molto male	Persone di 65 anni e oltre con almeno una malattia cronica grave*	Persone di 65 anni e oltre con tre o più malattie croniche
Risorse ottime o adeguate¶						
Nord-Ovest	3,8	12,8	10,9	10,6	39,1	32,7
Nord-Est	3,7	12,8	10,9	10,3	38,6	33,2
Centro	5,2	12,9	11,4	15,4	39,7	34,8
Sud	7,1	14,8	13,7	19,4	45,3	41,7
Isole	7,8	14,8	14,3	22,9	45,2	42,0
Totale	5,1	13,4	11,9	14,5	41,0	36,0
Risorse scarse o insufficienti¶						
Nord-Ovest	9,2	16,8	15,2	23,6	48,2	46,6
Nord-Est	9,3	17,1	16,0	23,1	47,5	46,7
Centro	10,5	16,4	16,4	28,6	49,8	49,0
Sud	12,4	17,2	17,1	34,8	53,8	53,5
Isole	12,6	17,0	17,1	36,0	52,8	52,2
Totale	10,9	16,9	16,4	29,3	50,5	49,7
Totale						
Nord-Ovest	5,5	14,1	12,3	14,7	42,0	37,1
Nord-Est	5,6	14,3	12,6	14,6	41,6	37,8
Centro	7,2	14,2	13,3	20,3	43,4	40,0
Sud	9,5	15,9	15,3	26,2	49,0	46,9
Isole	10,3	15,9	15,7	29,1	48,7	46,8
Totale	7,3	14,8	13,6	20,1	44,6	41,2

*Malattie croniche gravi: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus; emorragia cerebrale; bronchite cronica; enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; Alzheimer; demenze.

¶Giudizio sulle risorse economiche familiari degli ultimi 12 mesi.

espresse dagli intervistati: dichiara di stare male o molto male il 10,9% delle persone con risorse economiche familiari scarse o insufficienti contro il 5,1% di coloro che giudicano le proprie risorse ottime o adeguate. La relazione si conferma anche rispetto agli indicatori di cronicità, sebbene con differenze più contenute (*Tabella 1.9*). Nella popolazione anziana, rispetto al 2005, resta elevato il divario tra i più abbienti e i meno abbienti. Le persone anziane con risorse economiche ottime o adeguate che dichiarano di stare male o molto male nel 2013 sono il 14,5%, in diminuzione rispetto al 2005, quando erano il 16,1%, mentre quelle economicamente svantaggiate sono il doppio (29,3%) e stabili rispetto al 2005. Al Sud

aumenta la percentuale di popolazione che si dichiara in cattive condizioni di salute, passando dall'8,6% del 2005 al 12,4% del 2013. Gli anziani residenti nel Mezzogiorno rappresentano il gruppo di popolazione più vulnerabile, in particolare se hanno risorse economiche scarse o insufficienti. Al Sud, la popolazione anziana in situazione economica svantaggiata dichiara un cattivo stato di salute nel 34,8% dei casi (33,5% nel 2005), contro il 19,4% dei più abbienti. Nelle Isole la quota di anziani con ridotte disponibilità economiche che si dichiarano in cattive condizioni di salute raggiunge il 36,0%. Per valutare l'impatto delle variabili socioeconomiche sulla salute è stato utilizzato un modello di regressione logistica assumendo

come variabile risposta la percezione di cattiva salute (dichiarano di stare male o molto male). Il modello conferma quanto le variabili legate allo *status* socioeconomico siano rilevanti. Dopo la presenza di problemi di cronicità ed età, ovviamente correlate a una percezione di cattiva salute, le condizioni socioeconomiche sono il determinante più importante: è maggiore la probabilità di riferire cattive condizioni di salute tra quanti giudicano scarse o insufficienti le risorse economiche della famiglia, tra quanti sono esclusi dal mondo del lavoro o hanno un basso livello di istruzione o risiedono nel Mezzogiorno.

In particolare per gli anziani, l'associazione tra cattiva salute percepita e svantaggio socioeconomico risulta ancora più accentuata, in base all'analisi da modello: controllando la presenza di multicronicità che presenta una forte associazione con lo stare male o molto male, il rischio relativo per un anziano di riferire cattive condizioni di salute è doppio se versa in cattive condizioni economiche (*odds ratio* 1,97), quasi doppio se si risiede nel Mezzogiorno rispetto al Nord (*odds ratio* 1,83) o poco più basso se ha conseguito al massimo la licenza elementare rispetto a un diplomato o laureato (*odds ratio* 1,65). Ri-

spetto al contesto familiare, versano in condizioni più precarie gli anziani che convivono come membro aggregato presso il nucleo di un loro familiare stretto (*odds ratio* 1,92). Rispetto al 2005, sembra rafforzarsi l'associazione tra cattiva salute percepita e condizione economica svantaggiata, mentre diminuisce debolmente il rischio relativo di sentirsi male tra i meno istruiti.

Bibliografia essenziale

- Apolone G, Mosconi P, Quattrociocchi L, et al. Questionario sullo stato di salute SF-12. Versione Italiana. Milano: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, 2001
- Ferraro KF, Kelley-Moore JA. Self-rated health and mortality among black and white adults: examining the dynamic evaluation thesis. *The Gerontology: Social Science* 2001; 56B: S195-205
- Istat-Cnel AA.VV. BES 2013 – Il Benessere Equo e Sostenibile in Italia. Roma: Istat 2013
- Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982; 72: 800-8
- WHO – Europe - Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016, settembre 2011

1.5. Cause di morte

1.5.1. Quadro programmatico

La mortalità è un indicatore fondamentale per misurare lo stato di salute di una popolazione; la mortalità per causa, in particolare, consente di descrivere il ruolo delle varie patologie. Essa assicura la possibilità di effettuare confronti nel tempo e nello spazio, poiché si avvale di un sistema di codifica (*International Classification of Diseases*, ICD) adottato da decenni a livello internazionale. Gli indicatori qui presentati sono stati elaborati a partire dai dati ufficiali di mortalità e dalle stime della popolazione residente (calcolate come media fra le popolazioni al 1° gennaio 2011 e al 1° gennaio 2012), entrambi di fonte Istat. Sono stati analizzati i dati più recenti

rilasciati dall'Istat, relativi ai decessi avvenuti nel corso del 2011, codificati con il Sistema ICD-10. La scheda Istat per la rilevazione dei decessi e delle cause di morte (Modello D4-D4bis) per l'anno 2011 è stata aggiornata, in ottemperanza al provvedimento attuativo 328/2011 del regolamento della Commissione Europea n. 1338/2008. Tale aggiornamento è mirato a una maggiore armonizzazione con gli standard internazionali e a migliorare la qualità dei dati, soprattutto per quanto riguarda i decessi da cause esterne.

Tutti gli indicatori si riferiscono alla popolazione residente in Italia. Vengono presentati, oltre al numero assoluto dei decessi, i tassi grezzi e i tassi standardizzati per età.

Il tasso grezzo è un indicatore che rappre-

senta l'impatto reale esercitato da una specifica causa di morte sulla popolazione e costituisce una misura indiretta della richiesta potenziale che grava sul sistema sanitario. Il tasso standardizzato per età è un indicatore che consente di effettuare confronti spazio-temporali "al netto" della struttura per età e genere delle popolazioni messe a confronto. La standardizzazione dei tassi è stata effettuata con metodo diretto, utilizzando come "standard" la popolazione italiana al Censimento 2001.

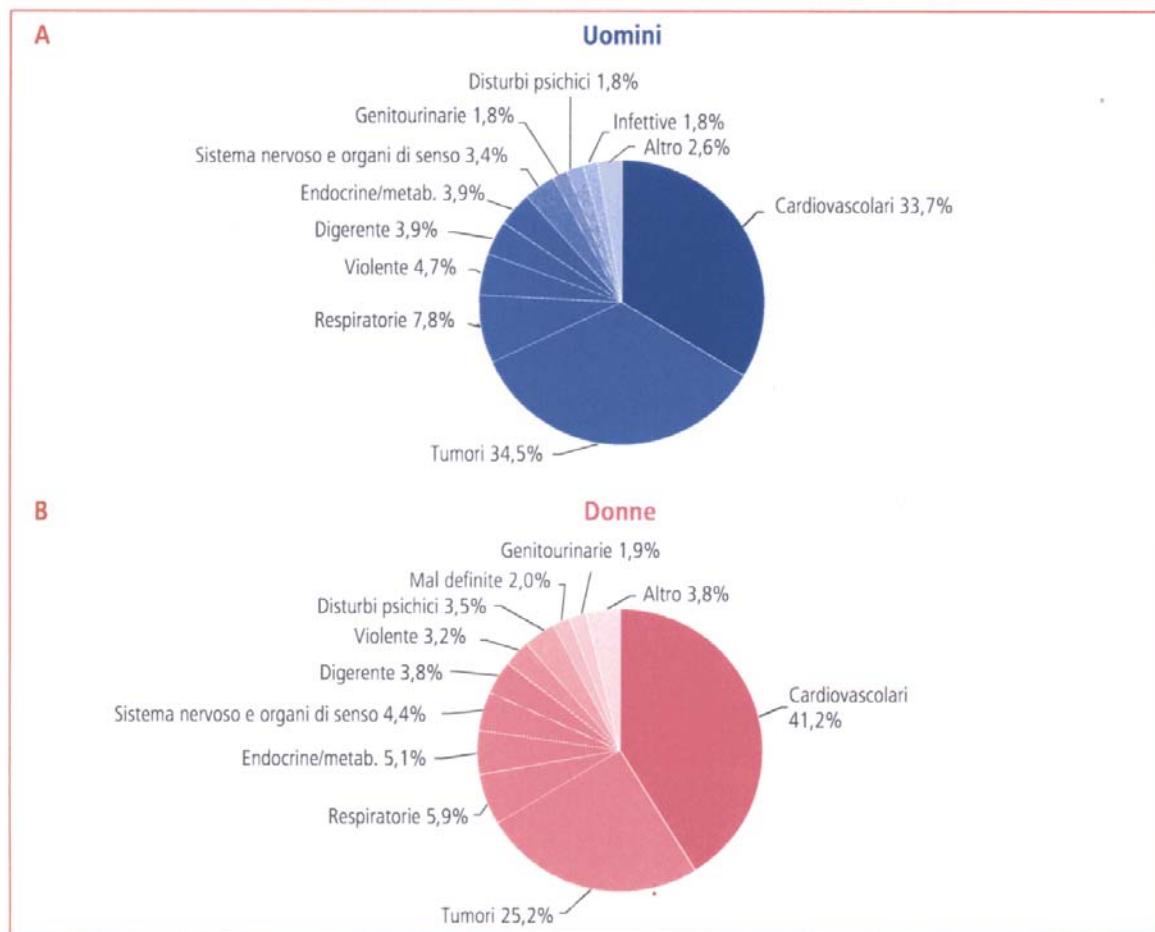
1.5.2. Rappresentazione e valutazione dei dati

Sono state prese in considerazione le principali cause di morte, analizzandole sia per genere sia per fasce di età.

Il continuo processo di invecchiamento della popolazione ha modificato nel tempo la struttura della mortalità per causa ed età. Il decesso è un evento che va progressivamente spostandosi verso età più elevate: il 72,5% dei decessi verificatisi in Italia nel 2011 è relativo a soggetti di 75 anni e più (l'1,1% riguarda persone ultracentenarie).

La *Figura 1.6*, che rappresenta la distribuzione percentuale delle cause selezionate nel complesso delle età, mostra come le malattie cronico-degenerative, legate al processo di invecchiamento, si confermino principali cause di morte: le malattie del sistema circolatorio e i tumori rappresentano, ormai da anni, le prime due più frequenti cause di morte, responsabili nel 2011 nel complesso del 68,2% del totale dei decessi maschili e del 66,4% di quelli femminili; tuttavia, mentre tra gli uomini il peso di queste due cause di morte praticamente si

Figura 1.6. Classifica delle prime dieci cause di morte: uomini (A) e donne (B) [Anno 2011].



Fonte: Elaborazione Istituto superiore di sanità su dati Istat.

Tabella 1.10. Mortalità per grandi gruppi di cause, numero di decessi e tassi (per 100.000 residenti) per classi

ICD10	Cause di morte	0-14 anni	
		Decessi	Tassi grezzi
A00-B99	Malattie infettive e parassitarie	33	0,76
C00-D48	Tumore	148	3,42
C16	Tumori maligni dello stomaco	1	0,02
C18-C21	Tumori maligni del colon-retto		
C22	Tumori maligni del fegato e dotti biliari intraepatici	5	0,12
C25	Tumori maligni del pancreas	1	0,02
C33-C34	Tumori maligni della trachea/bronchi/polmoni	1	0,02
C50	Tumori maligni della mammella		
C53	Tumori maligni della cervice uterina		
C64,C66,C68	Tumori maligni del rene e degli altri non specificati organi urinari	5	0,12
C61	Tumori maligni della prostata		
C67	Tumori maligni della vescica		
C81-C96	Tumori maligni del tessuto linfatico/ematopoietico	45	1,04
E00-E90	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	33	0,76
E10-E14	Diabete mellito	1	0,02
F00-F99	Disturbi psichici e comportamentali	1	0,02
G00-H95	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	59	1,36
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	60	1,39
I20-I25	Malattie ischemiche del cuore		
I60-I69	Malattie cerebrovascolari	15	0,35
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	32	0,74
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	28	0,65
N00-N99	Malattie del sistema genitourinario	5	0,12
P00-P96	Alcune condizioni che hanno origine nel periodo perinatale	536	12,39
Q00-Q99	Malformazioni congenite e anomalie cromosomiche	266	6,15
R00-R99	Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	57	1,32
V01-Y89	Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	119	2,75
A00-T98	Tutte le cause naturali	1.394	32,2

Fonte: Elaborazione Istituto superiore di sanità su dati Istat.

equivale (34,0% ciascuna), tra le donne le malattie cardiovascolari sopravanzano di gran lunga i tumori (41,2% vs 25,2%). Le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di decesso, sia per gli uomini sia per le donne (7,8% e 5,9%, rispettivamente), seguite per gli uomini dalle cause violente (4,7%) e per le donne dalle malattie endocrine e del metabolismo, incluso diabete mellito (5,1%). Il rapporto tra i decessi femminili e quelli maschili è pari, complessivamente, a 1,1 quando si considerano tutte le età, ma arriva a 1,3 tra i più anziani.

Nelle Tabelle 1.10 e 1.11 è mostrata la distribuzione delle principali cause di morte, rispettivamente tra uomini e donne, nel complesso delle età e in tre fasce: bambini/adolescenti (0-14 anni), adulti (15-74) e anziani (75 anni e oltre).

Le malattie del sistema circolatorio sono la causa principale di morte dopo i 75 anni di età in entrambi i generi. La maggior parte delle morti per malattie del sistema circolatorio è dovuta alle malattie ischemiche del cuore (quali l'infarto del miocardio) e alle malattie cerebrovascolari (come l'ictus), tuttavia,

di età: uomini (Anno 2011)

	15-74 anni		75+ anni		Tutte le età	
	Decessi	Tassi grezzi	Decessi	Tassi grezzi	Decessi	Tasso STD (IC 95%)
	2.300	10,26	2.949	126,2	5.282	18,7 (18,2-19,3)
	46.262	206,5	52.290	2.238	98.700	348,7 (346,5-351,0)
	2.686	11,99	3.066	131,2	5.753	20,3 (19,8-20,8)
	4.553	20,3	5.695	243,7	10.248	36,3 (35,5-37,0)
	3.470	15,49	3.025	129,4	6.500	22,6 (22,1-23,2)
	2.988	13,34	2.265	96,9	2.254	18,4 (17,9-18,9)
	13.119	58,5	12.033	514,9	25.153	87,9 (86,8-89,0)
	1.253	5,59	1.410	60,3	2.668	9,38 (9,03-9,75)
	1.755	7,87	5.755	246,3	7.520	27,7 (27,1-28,3)
	1.447	6,46	2.983	127,6	4.430	15,94 (15,46-16,42)
	3.504	15,6	3.986	170,6	7.535	26,6 (26,0-27,2)
	3.891	17,37	7.277	311,4	11.201	40,7 (40,0-41,5)
	2.998	13,38	6.007	257,1	9.006	32,7 (32,0-33,4)
	821	3,66	4.451	190,5	5.273	20,5 (19,9-21,1)
	2.746	12,26	6.884	294,6	9.689	35,2 (34,5-35,9)
	24.320	108,5	71.986	3.080	96.366	360,8 (358,4-363,1)
	11.297	50,4	25.995	1.112,4	37.292	137,8 (136,3-139,2)
	4.607	20,56	19.187	821,1	23.809	89,5 (88,3-90,7)
	4.142	18,50	18.197	778,7	22.371	84,6 (83,4-85,7)
	4.818	21,5	6.351	271,8	11.197	40,1 (39,4-40,9)
	985	4,40	4.263	182,4	5.253	19,9 (19,35-20,46)
	12	0,05			548	1,83 (1,68-1,99)
	357	1,59	117	5,01	740	2,54 (2,35-2,73)
	1.396	6,23	2.318	99,2	3.771	14,53 (14,06-15,01)
	7.726	34,5	5.521	254,2	13.366	48,3 (47,5-49,1)
	100.488	448,5	184.232	7.883,7	286.114	1.045,3 (1.041,4-1.049,2)

mentre le cardiopatie ischemiche sono una prerogativa maschile, fra le donne entrambe le cause di morte sono rilevanti.

I tumori rappresentano la prima causa di decesso nella fascia di età 15-74 anni (46% negli uomini, 53,8% nelle donne). Il tumore del polmone fra gli uomini (la cui mortalità è 87,9 per 100.000) e il tumore della mammella fra le donne (31,0 per 100.000) sono responsabili del maggior numero di morti causate da neoplasie; queste due sedi tumorali sono le più frequenti sia tra gli adulti sia tra gli anziani. Seguono il tumore del colon-retto, sia per gli uomini sia per

le donne (36,3 e 21,3 per 100.000, rispettivamente). I traumatismi e gli avvelenamenti causano 7.726 decessi tra gli uomini e 2.230 tra le donne nella fascia di età 15-74 anni.

Fra i bambini e gli adolescenti il numero di decessi è di 2.485, principalmente dovuti a condizioni che originano dal periodo perinatale (38,2%) e da malformazioni congenite e anomalie cromosomiche (20,2%); i tumori rappresentano la terza causa di morte più frequente (10,5%) e in questo gruppo sono più frequenti leucemie e altri tumori del sistema linfomatopoietico.

Tabella 1.11. Mortalità per grandi gruppi di cause, numero di decessi e tassi (per 100.000 residenti) per classi

ICD10	Cause di morte	0-14 anni	
		Decessi	Tassi grezzi
A00-B99	Malattie infettive e parassitarie	18	0,44
C00-D48	Tumore	113	2,76
C16	Tumori maligni dello stomaco		
C18-C21	Tumori maligni del colon-retto		
C22	Tumori maligni del fegato e dotti biliari intraepatici	1	0,02
C25	Tumori maligni del pancreas		
C33-C34	Tumori maligni della trachea/bronchi/polmoni		
C50	Tumori maligni della mammella		
C53	Tumori maligni della cervice uterina		
C64,C66,C68	Tumori maligni del rene e degli altri non specificati organi urinari		
C61	Tumori maligni della prostata	4	0,01
C67	Tumori maligni della vescica		
C81-C96	Tumori maligni del tessuto linfatico/ematopoietico	35	0,86
E00-E90	Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	34	0,83
E10-E14	Diabete mellito		
F00-F99	Disturbi psichici e comportamentali	3	0,07
G00-H95	Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	37	0,90
I00-I99	Malattie del sistema circolatorio	50	1,22
I20-I25	Malattie ischemiche del cuore		
I60-I69	Malattie cerebrovascolari	7	0,17
J00-J99	Malattie del sistema respiratorio	38	0,93
K00-K93	Malattie dell'apparato digerente	16	0,39
N00-N99	Malattie del sistema genitourinario	8	0,20
P00-P96	Alcune condizioni che hanno origine nel periodo perinatale	414	10,11
Q00-Q99	Malformazioni congenite e anomalie cromosomiche	236	5,77
R00-R99	Sintomi, segni, risultati anomali e cause mal definite	38	0,93
V01-Y89	Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	65	1,59
A00-T98	Tutte le cause naturali	1.091	26,7

Fonte: Elaborazione Istituto superiore di sanità su dati Istat.

1.5.3. Le differenze regionali

L'analisi per Regione di residenza (*Figura 1.7*) di grandi gruppi di cause evidenzia significative differenze territoriali nella mortalità, indipendenti dalle diverse strutture per età delle popolazioni poste a confronto.

Per quanto riguarda la mortalità per tumori, il Nord presenta una situazione critica: tra gli uomini tutte le Regioni con valori del tasso di mortalità superiore alla media nazionale si trovano al Nord (con l'inserimento di Lazio, Campania e Sardegna); analogamente, tra le

donne, sono collocate al Nord (con l'inserimento del Lazio) tutte le Regioni con situazione più sfavorevole rispetto al dato nazionale. Anche nella mortalità per malattie circolatorie si ha un chiaro trend geografico, con il Sud sfavorito; sia tra gli uomini sia tra le donne tutte le Regioni con tasso superiore al valore nazionale sono collocate al Sud (con l'inserimento del Lazio in entrambi i generi e anche dell'Umbria solo tra gli uomini). Gli altri grandi gruppi di cause di morte (dell'apparato respiratorio e per accidenti e traumatismi) non presentano invece trend di tipo geografico.

di età: donne (Anno 2011)

	15-74 anni		75+ anni		Tutte le età	
	Decessi	Tassi grezzi	Decessi	Tassi grezzi	Decessi	Tasso STD (IC 95%)
	1.354	5,88	4.322	113,3	5.694	12,93 (12,59-13,29)
	31.753	137,9	44.797	1.174	76.663	191,7 (190,3-193,1)
	1.481	6,43	2.723	71,4	4.204	10,19 (9,88-10,52)
	3.047	13,2	5.782	151,5	8.829	21,3 (20,8-21,7)
	1.161	5,04	2.354	61,7	3.516	8,53 (8,24-8,83)
	2.148	9,33	3.386	88,7	5.534	13,8 (13,4-14,1)
	4.376	19,0	4.177	109,5	8.553	22,5 (22,0-23,0)
	6.129	26,6	5.830	152,8	11.959	31,0 (30,4-31,6)
	302	1,31	129	3,38	431	1,21 (1,09-1,33)
	512	2,22	847	22,2	1.363	3,37 (3,19-3,56)
	305	1,32	883	23,14	1.188	2,71 (2,55-2,88)
	2.426	10,53	4.242	111,2	6.703	16,6 (16,2-17,0)
	2.600	11,29	12.839	336,5	15.473	33,2 (32,7-33,8)
	1.887	8,19	10.179	266,8	12.066	25,8 (25,4-26,3)
	482	2,09	10.178	266,7	10.663	20,0 (19,6-20,4)
	2.226	9,66	11.232	294,4	13.495	29,1 (28,6-29,69)
	11.494	49,9	113.979	2.987	125.523	248,7 (247,3-250,1)
	3.577	15,53	33.322	873,3	36.899	73,3 (72,5-74,1)
	3.193	13,86	33.288	872,4	36.488	72,6 (71,9-73,4)
	2.071	8,99	15.908	416,9	18.017	58,2 (57,4-59,1)
	2.407	10,45	9.140	239,5	11.563	25,4 (25,0-25,9)
	685	2,97	5.132	134,5	5.825	12,0 (11,6-12,3)
	8	0,04			422	1,49 (1,35-1,64)
	276	1,20	141	3,70	653	2,01 (1,85-2,17)
	594	2,58	5.581	146,3	6.213	11,31 (11,01-11,61)
	2.230	9,57	7.317	191,8	9.607	21,3 (20,8-21,7)
	59.028	256,3	244.381	6.404	304.500	655,4 (653,0-657,8)

Merita particolare attenzione la Campania, che presenta una situazione critica non solo nella mortalità generale (dato non riportato), ma anche in molte cause di morte.

1.5.4. Indicazioni per la programmazione

L'analisi degli indicatori di mortalità presentati in questo Capitolo, con particolare attenzione alle differenze territoriali e di genere, fornisce vari spunti per la programmazione. Il persistere di differenze territoriali, la situazione complessiva assai critica

in alcune Regioni (quali la Campania), così come le differenze di genere per alcune cause (si pensi per esempio al peso della mortalità per cause circolatorie tra le donne), suggeriscono, infatti, che esiste ancora un ampio margine di intervento per la riduzione sia del rischio sia del danno, con iniziative mirate ai vari gruppi nella popolazione, volte alla promozione di stili di vita più salutari, o campagne di screening per la diagnosi precoce di patologie trattabili, e ancora riducendo la variabilità territoriale nell'offerta e nella qualità dei servizi sanitari in termini di prevenzione, diagnosi e cura.

Figura 1.7. Mortalità per alcuni grandi gruppi di cause distinta per Regione di residenza. Tassi standardizzati

