



ERA

Epidemiologia e
Ricerca Applicata

**Atlante
2007** Mortalità evitabile
per genere e Usl

www.atlantesanitario.it

ERA - Epidemiologia e Ricerca Applicata
Atlante 2007
Mortalità evitabile per genere e UsI

Il Gruppo di Lavoro

Direzione strategica

Natalia Buzzi ⁽¹⁾, Giuseppe Cananzi ⁽²⁾⁽⁶⁾, Susanna Conti ⁽³⁾,
Roberta Cialesi ⁽⁴⁾, Donato Greco ⁽⁵⁾, Augusto Panà ⁽⁶⁾

Coordinamento e redazione

Natalia Buzzi ⁽¹⁾, Giuseppe Cananzi ⁽²⁾⁽⁶⁾

Supervisione scientifica

Augusto Panà ⁽⁶⁾, Viviana Egidi ⁽⁷⁾

Realizzazione

Iolanda Mozzetta ⁽¹⁾, Monia D'Alessandro ⁽¹⁾

Contributi specialistici

Luisa Frova ⁽⁴⁾, Alessandra Burgio ⁽⁴⁾, Silvia Bruzzone ⁽⁴⁾,
Marco Marsili ⁽⁸⁾, Massimo Maurici ⁽⁶⁾, Giada Minelli ⁽³⁾, Elio Tondo ⁽¹⁾

Progetto realizzato con il finanziamento di:

Istituto Superiore di Sanità
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
Ministero della Salute
Centro Nazionale Prevenzione e Controllo Malattie
(cap. 4393/2004)

⁽¹⁾ Nebo Ricerche PA

⁽²⁾ Ufficio Studi ARAN - Agenzia rappresentanza negoziale Pubbliche Amm.ni

⁽³⁾ Ufficio di Statistica ISS - Istituto Superiore di Sanità

⁽⁴⁾ Servizio Sanità e Assistenza Istat - Istituto Nazionale di Statistica

⁽⁵⁾ CCM - Centro nazionale prevenzione e controllo malattie Ministero della Salute

⁽⁶⁾ Cattedra di Igiene Università di Roma Tor Vergata

⁽⁷⁾ Facoltà di Scienze Statistiche - Università di Roma La Sapienza

⁽⁸⁾ Servizio Popolazione, Istruzione e Cultura Istat - Istituto Nazionale di Statistica

2.1 Premessa

Per questa edizione di Era sono stati elaborati circa 200 indicatori per Usl, Provincia e Regione. La banca dati completa è disponibile sul sito dedicato all'iniziativa (www.atlantesanitario.it); nei successivi paragrafi sarà presentata una parte degli indicatori elaborati.

In questo capitolo si intende fornire una descrizione di carattere generale sulle principali evidenze quantitative risultanti dalle elaborazioni di Era 2007, con particolare attenzione ad alcune caratterizzazioni geografiche.

Il successivo capitolo 3 e la banca dati disponibile su Internet sono dedicati all'approfondimento degli indicatori elaborati al maggior dettaglio geografico, quello per singola Usl.

I *tassi standardizzati di mortalità evitabile*, calcolati per numerose cause, costituiscono il principale strumento conoscitivo che accompagna l'indicatore dei giorni perduti per mortalità evitabile, ampiamente commentato nel precedente capitolo 1.

Per il calcolo della *mortalità standardizzata* va sottolineato che sono state operate alcune scelte metodologiche che, fra l'altro, non permettono il confronto con la precedente edizione di Era:

- la classificazione delle cause evitabili è stata sensibilmente revisionata;
- la fascia di età interessata dalla mortalità evitabile è stata ampliata a 0-74 anni, estendendo quindi l'analisi alle due classi quinquennali inferiore e superiore rispetto alla precedente fascia 5-69 anni;
- la popolazione utilizzata come standard è quella c.d. "europea" (in luogo di quella "mondiale");
- tutte le elaborazioni sono state condotte distintamente per genere.

Per quanto riguarda l'indicatore relativo ai *giorni perduti* va segnalato come rispetto alla precedente edizione il metodo di calcolo di Era 2007 abbia adottato una misurazione *ad hoc* della *speranza di vita* in luogo dell'età media alla morte quale strumento per quantificare la perdita in termini temporali di ciascun decesso evitabile.

Infine, rispetto alla precedente edizione di Era sono stati elaborati tassi di mortalità per i principali gruppi di cause definiti dalla ICD 9 (Classificazione Internazionale delle Malattie), avendo cura di disaggregare in alcune sottovoci le due sezioni più numerose, cioè i tumori e le malattie del sistema circolatorio (tavola 2.1).

Oltre alle misure relative alla mortalità Era propone un ampio set di indicatori finalizzati a descrivere il *contesto demografico*, anch'essi presentati in questo capitolo.

Tavola 2.1
Cause di morte: raggruppamenti adottati

1. Malattie infettive e parassitarie
2. Tumori
Tumori maligni apparato digerente e peritoneo
Tumori mal. app. respiratorio e org. intratoracici
Tumori della donna (mammella e organi genitali)
Altri tumori
3. Mal. endocrine, nutriz., metaboliche e dist. imm.
4. Malattie del sangue e degli organi ematopoietici
5. Disturbi psichici e malattie
6. Mal. sistema nervoso e organi dei sensi
7. Malattie del sistema circolatorio
Malattie ischemiche del cuore
Malattie cerebrovascolari
Altre malattie del sistema circolatorio
8. Malattie dell'apparato respiratorio
9. Malattie dell'apparato digerente
10. Malattie del sistema genito-urinario
11. Complicanze gravidanza, parto e puerperio
12. Malattie cute e tessuto sottocutaneo
13. Malattie sist. osteomuscolare e tessuto connettivo
14. Malformazioni congenite
15. Alcune condizioni morbose di origine perinatale
16. Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti
17. Traumatismi e avvelenamenti

2.2 La speranza di vita

La *speranza di vita* è calcolata a partire dalla probabilità di morte, a sua volta elaborata in base ai tassi specifici di mortalità. L'indicatore rappresenta il numero medio di anni che restano da vivere ai "sopravviventi", vale a dire coloro che, provenienti da una generazione iniziale fittizia di 100.000 nati, sopravvivono ai vari compleanni ⁽¹⁾.

Per ERA è stata elaborata una originale variante della speranza di vita escludendo dal calcolo della probabilità di morte i decessi imputabili a cause ritenute efficacemente contrastabili con interventi di prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria. La speranza di vita nelle età interessate dalla mortalità evitabile (0-74 anni) ha pertanto assunto valori maggiori di quelli calcolati seguendo il metodo 'tradizionale'.

Il risultato è mostrato nella tavola 2.2, dove, oltre al grafico che mostra l'andamento delle curve elaborate per maschi e femmine e per entrambe le ipotesi (incluse o escluse le cause evitabili), sono riportati anche alcuni dei principali valori registrati alle diverse età.

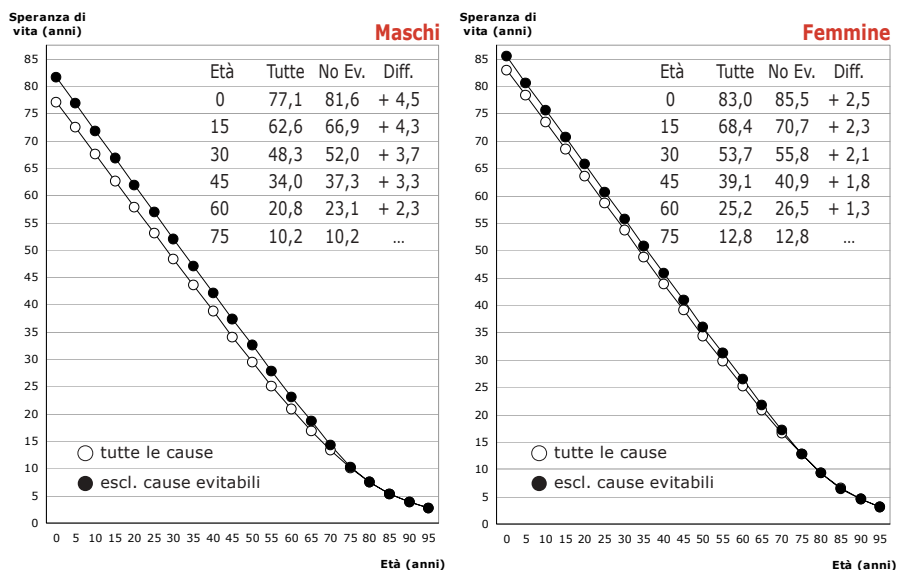
Osservando i dati colpiscono sia le significative differenze tra la speranza di vita calcolata per tutte le cause ed escludendo quelle evitabili sia l'evidente diverso andamento del fenomeno tra i due generi maschile e femminile.

È interessante leggere, inoltre, la progressione dei valori calcolati per le quattro serie di dati. Nel caso dei maschi ed escludendo la mortalità evitabile, per esempio, la speranza di vita alla nascita è di 81,6 anni, a 30 anni si può sperare di raggiungere verosimilmente gli 82 anni (30+52,0), a 60 anni gli 83,1 (60+23,1), fino a superare gli 85 anni per un 75enne (75+10,2).

Tavola 2.2

Speranza di vita per classi di età quinquennali, tipo di causa e genere

Anno 2002 - Tutte le cause ed escluse le cause evitabili



Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat 2002.

2.3 La mortalità evitabile per causa

Il gruppo di lavoro di ERA ha condotto un'accurata revisione delle cause di morte da includere tra quelle evitabili. A partire dall'elenco utilizzato per ERA 2006 l'analisi di un'ampia rassegna della letteratura scientifica nazionale e internazionale ⁽²⁾ ha permesso di:

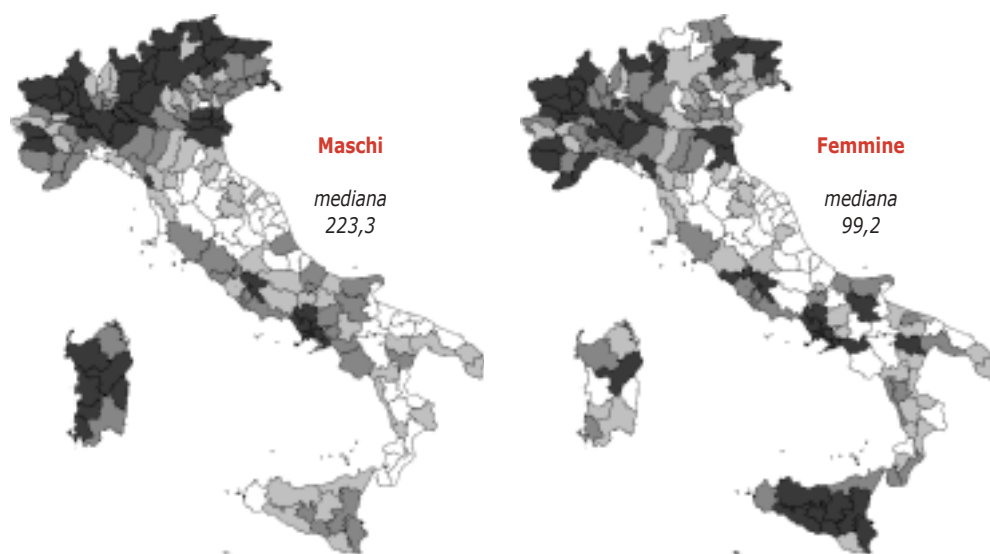
- valutare i diversi criteri adottati dagli Autori per la definizione di "mortalità evitabile" e per la selezione delle relative cause di morte;
- selezionare fra gli studi disponibili quelli realizzati con particolare attenzione all'ambito europeo, più adatti a indagare contesti demografici ed epidemiologici affini a quelli italiani;
- revisionare l'elenco delle cause di morte includendo nuove voci o escludendone altre già presenti;
- individuare eventuali classi di età più ristrette di quella generale 0-74 anni nelle quali specifiche cause sono da ritenersi evitabili.

Tra le principali differenze rispetto alla precedente edizione si sottolinea, in particolare, l'inclusione dei *tumori maligni del colon, del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano*, dei *disturbi psichici correlati ad alcool e droghe*, di *nefrite, sindrome nefrosica, e nefrosi* e, naturalmente, data l'estensione alla classe 0-4 anni della ricerca, anche di *alcune condizioni morbose di origine perinatale*. Si rimanda al capitolo 4 (materiali e metodi) per l'elenco completo delle cause incluse nell'analisi.

Un primo quadro di sintesi sulla mortalità evitabile è offerto dalla tavola 2.3. I due cartogrammi, per maschi e femmine, sono costruiti in base ai tassi standardizzati di mortalità evitabile, dividendo le 188 Usl in quattro gruppi di pari numerosità (quartili) a seconda che i rispettivi tassi assumano valori bassi, medio-bassi, medio-alti o alti. La figura consente immediatamente di cogliere alcune evidenze territoriali.

Tavola 2.3

Mortalità evitabile totale per genere e Usl - Tassi standardizzati per 100mila ab. - Triennio 2000-02



Distribuzione territoriale per quartili: □ 1° (valori bassi); □ 2° (medio-bassi); ■ 3° (medio-alti); ■ 4° (alti).

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat 2000-2002.

Per semplificare la lettura, tuttavia, le successive tavole sono costruite per quartili ma in base ai valori regionali; per ogni cartogramma è segnalato il valore della *mediana*, vale a dire quello intermedio rispetto alla serie ordinata dei venti dati regionali.

La tavola 2.4 mostra l'andamento a livello regionale e per genere della mortalità evitabile. I grafici lasciano percepire qualche orientamento geografico, e in particolare un minor livello di mortalità evitabile nelle Regioni del centro Italia Toscana, Umbria e Marche, cui si contrappone negativamente il Lazio, con tassi medio-alti per entrambi i generi. Meno netta è la caratterizzazione del meridione, dove in ogni caso sembra evidente una condizione di criticità in Campania per entrambi i generi mentre per alcune regioni (Puglia, Sicilia, Sardegna) i tassi per maschi e femmine mostrano invece opposte tendenze. Tassi di mortalità evitabile quasi ovunque alti o medio alti caratterizzano invece l'area settentrionale, dove la maggior parte delle regioni mostrano valori tra i più elevati a livello nazionale.

La tavola 2.5 riporta i tassi di mortalità evitabile per tipo di intervento utile a contrastare il fenomeno: *prevenzione primaria, diagnosi precoce e terapia, igiene e assistenza sanitaria*.

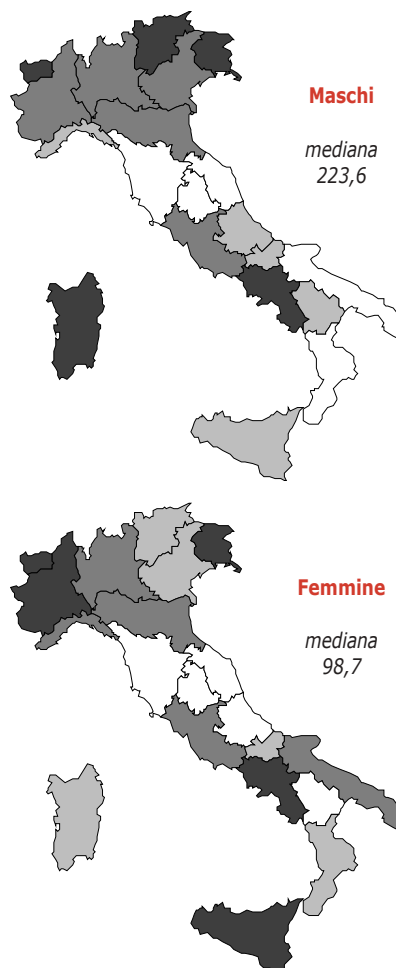
Tale classificazione è basata su un criterio di *prevalenza*: ogni causa è associata a uno dei tre gruppi in funzione degli interventi che contribuiscono *maggiormente* a contrastare il fenomeno, che non esauriscono le possibili azioni di sanità pubblica.

Rispetto a questa disaggregazione i cartogrammi evidenziano differenti orientamenti territoriali; va tuttavia tenuto conto per una migliore lettura dei dati che i tre gruppi sono significativamente differenti in termini di numerosità e interessano diversamente il genere maschile e quello femminile (tavola 2.6). La mortalità evitabile totale risulta per-

Tavola 2.4

Mortalità evitabile totale per genere

Tassi standardizzati per 100mila ab. - Triennio 2000-02



Distribuzione regionale per quartili:

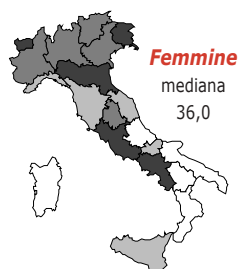
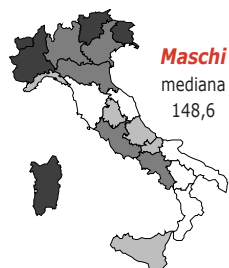
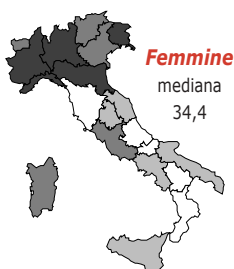
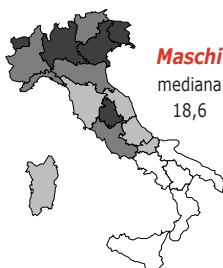
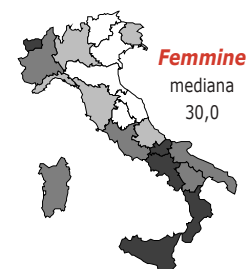
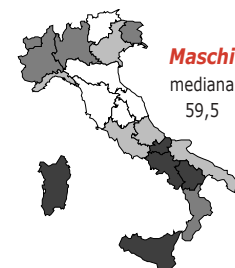
- 1° (valori bassi); □ 2° (medio-bassi);
- 3° (medio-alti); ■ 4° (alti).

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat 2000-2002.

tanto ampiamente condizionata dalle cause di morte classificate come contrastabili, per lo più, con interventi di prevenzione primaria.

Nell'ambito di ciascuno dei tre gruppi, inoltre, la mortalità per genere è sensibilmente differenziata:

Tavola 2.5

Mortalità evitabile per tipologia e per genere - Tassi standardizzati per 100mila ab. - Triennio 2000-02**Prevenzione primaria****Diagnosi precoce e terapia****Igiene e ass. sanitaria**

Distribuzione regionale per quartili: □ 1° (valori bassi); □ 2° (medio-bassi); □ 3° (medio-alti); □ 4° (alti).

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat 2000-2002.

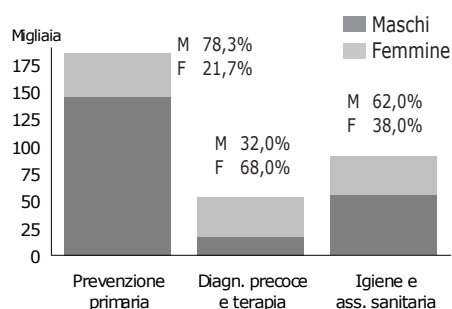
- prevenzione primaria ~ *questo gruppo, il più numeroso dei tre, riguarda per oltre tre quarti decessi maschili; rientrano in questo gruppo, fra gli altri, i decessi per tumori maligni di trachea, bronchi e polmoni e di laringe, cavità orale, faringe ed esofago, le malattie ischemiche del cuore, i traumatismi e avvelenamenti;*
- diagnosi precoce e terapia ~ *questo gruppo è invece per oltre due terzi caratterizzato da decessi femminili, e in particolare quelli riguardanti i tumori maligni della mammella e degli organi genitali; data la numerosità è stato reputato di interesse di Era focalizzare l'attenzione su questo tema realizzando uno specifico grafico per Usl (cfr capitolo 3);*
- igiene e assistenza sanitaria ~ *tumori maligni del fegato, malattie cerebrovascolari e ipertensione individuano*

una quota determinante di questo gruppo, cause che interessano principalmente gli uomini ma che sono, come evidente dal grafico, tutt'altro che rare anche nelle donne.

Tavola 2.6

Decessi per tipo di cause evitabili e genere

Dati assoluti e comp. percentuale - Triennio 2000-02



Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat 2000-2002.

Una per certi versi più immediata lettura dei tassi di mortalità è quella derivante dalla disaggregazione per i principali gruppi di cause.

Nella tavola 2.7 sono riportati i cartogrammi relativi ai tassi di mortalità evitabile relativi ai principali gruppi di cause di morte analizzati. I grafici evidenziano, in particolare, la distribuzione per quartili, individuando se i valori registrati per ciascuna regione sono tra i più elevati, mediamente elevati, mediamente contenuti o più contenuti. Alcuni di questi gruppi sono stati adottati per la costruzione dei "tachimetri" per Usl del successivo capitolo 3; per tutti gli indicatori (cfr tavola 4.6) è in ogni caso disponibile l'intera banca dati per Regione, Provincia e Usl sul sito Internet dedicato a Era (www.atlantesanitario.it).

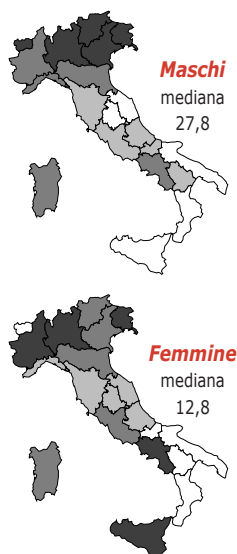
I cartogrammi evidenziano che alcuni dei gruppi sembrano seguire una caratterizzazione territoriale, altri invece non appaiono correlati a schemi geografici particolari. Per esempio:

- le malattie ischemiche del cuore e quelle cerebrovascolari presentano i valori più elevati soprattutto nelle regioni meridionali, sia per i maschi che per le femmine;
- nel caso dei due gruppi relativi ai tumori è ravvisabile una tendenza a sfavore delle regioni del nord ma con alcune non trascurabili eccezioni;
- i valori registrati per le malattie dell'apparato digerente e per quelle dell'apparato respiratorio non sembrano orientate secondo una netta direttrice geografica.

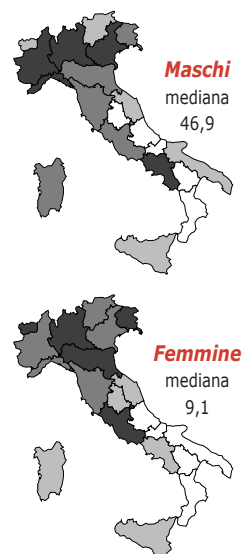
Tavola 2.7 (segue alla pagina accanto)

Mortalità evitabile per i principali gruppi e per genere
Tassi standardizzati per 100mila ab. - Triennio 2000-02

**Tumori maligni app.
digerente e peritoneo**



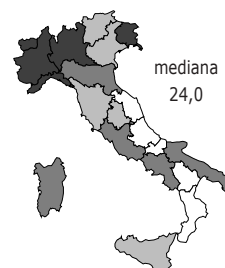
**Tumori maligni app.
respiratorio e org. intrator.**



Nella sezione dedicata alle schede regionali per Usl si è voluto, infine, attirare l'attenzione sulle cause di morte evitabili afferenti al gruppo dei tumori della donna (mammella e organi genitali). La tavola 2.8 evidenzia come le regioni del nord-ovest presentino valori particolarmente elevati, ma per le restanti regioni l'orientamento geografico non risulta nettamente definito.

Tavola 2.8

Tumori della mammella e degli organi genitali femminili - Tassi standardizzati per 100mila ab. Triennio 2000-02

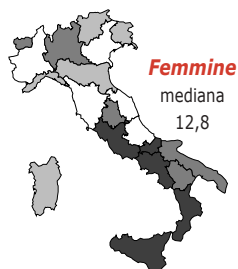
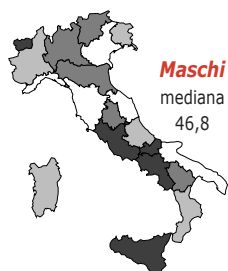
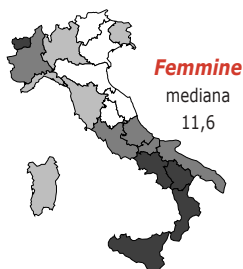
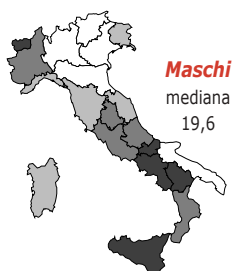
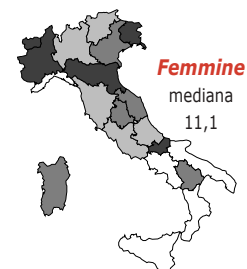
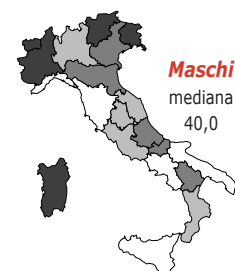
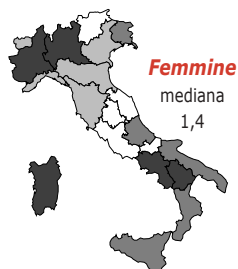
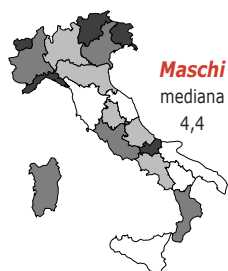
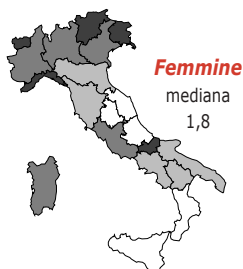
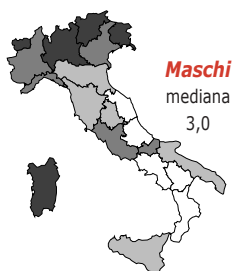
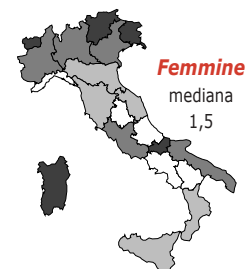
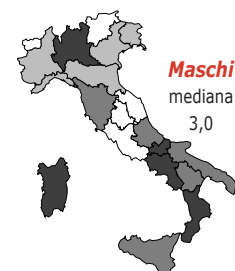


Cfr legenda e fonte della tavola 2.5

Tavola 2.7 (segue dalla pagina precedente)

Mortalità evitabile per i principali gruppi e per genere

Tassi standardizzati per 100mila ab. - Triennio 2000-02

**Malattie ischemiche
del cuore****Malattie
cerebrovascolari****Traumatismi e
avvelenamenti****Malattie
dell'apparato digerente****Malattie
infettive e parassitarie****Malattie
dell'apparato respiratorio**

Distribuzione regionale per quartili: □ 1° (valori bassi); □ 2° (medio-bassi); □ 3° (medio-alti); ■ 4° (alti).

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat 2000-2002.

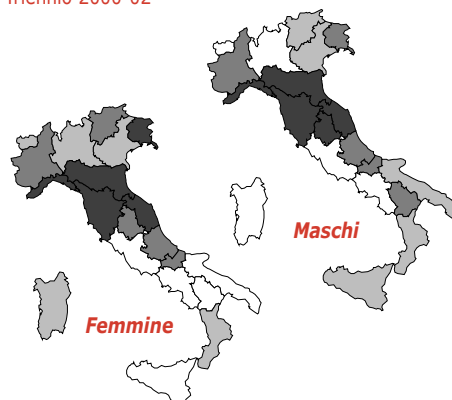
2.4 La mortalità per età

Un ulteriore elemento di analisi è offerto dall'età al decesso, variabile adottata anche come "peso" (in termini di distanza dalla speranza di vita) per l'elaborazione dell'indicatore "giorni di vita perduti pro-capite", utilizzato per la definizione della classifica (cfr capitolo 1).

La tavola 2.9 mostra l'andamento regionale dell'età media alla morte.

Per osservare le differenze geografiche in relazione ai decessi per cause evitabili ed età sono state inoltre costruite le cosiddette "curve di Lexis" (tavola 2.10): i dati sui decessi per età alla morte sono stati elaborati evidenziando, per genere ed età, la quota dei decessi imputabili a cause evitabili rispetto al totale degli eventi.

Tavola 2.9
Età media alla morte per genere
Triennio 2000-02



Mediana: maschi = 73,5; femmine = 80,4.

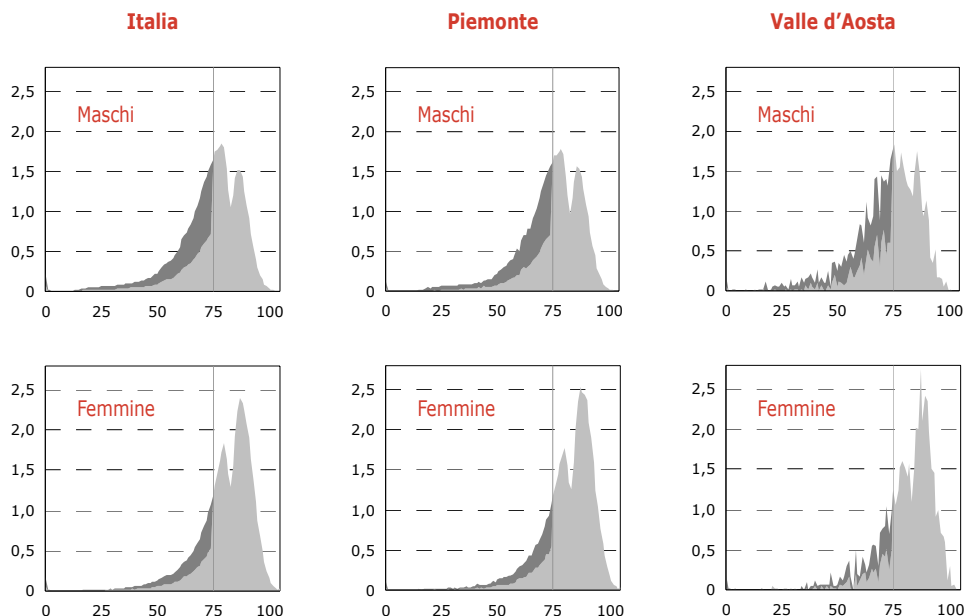
Distribuz. regionale per quartili: □ 1° (valori bassi); □ 2° (medio-bassi); □ 3° (medio-alti); □ 4° (alti).

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat 2000-2002.

Tavola 2.10.a

Curve di Lexis: decessi per età, genere e tipo di causa (evitabili ■ e altre cause □)

Dati percentuali - Triennio 2000-02.

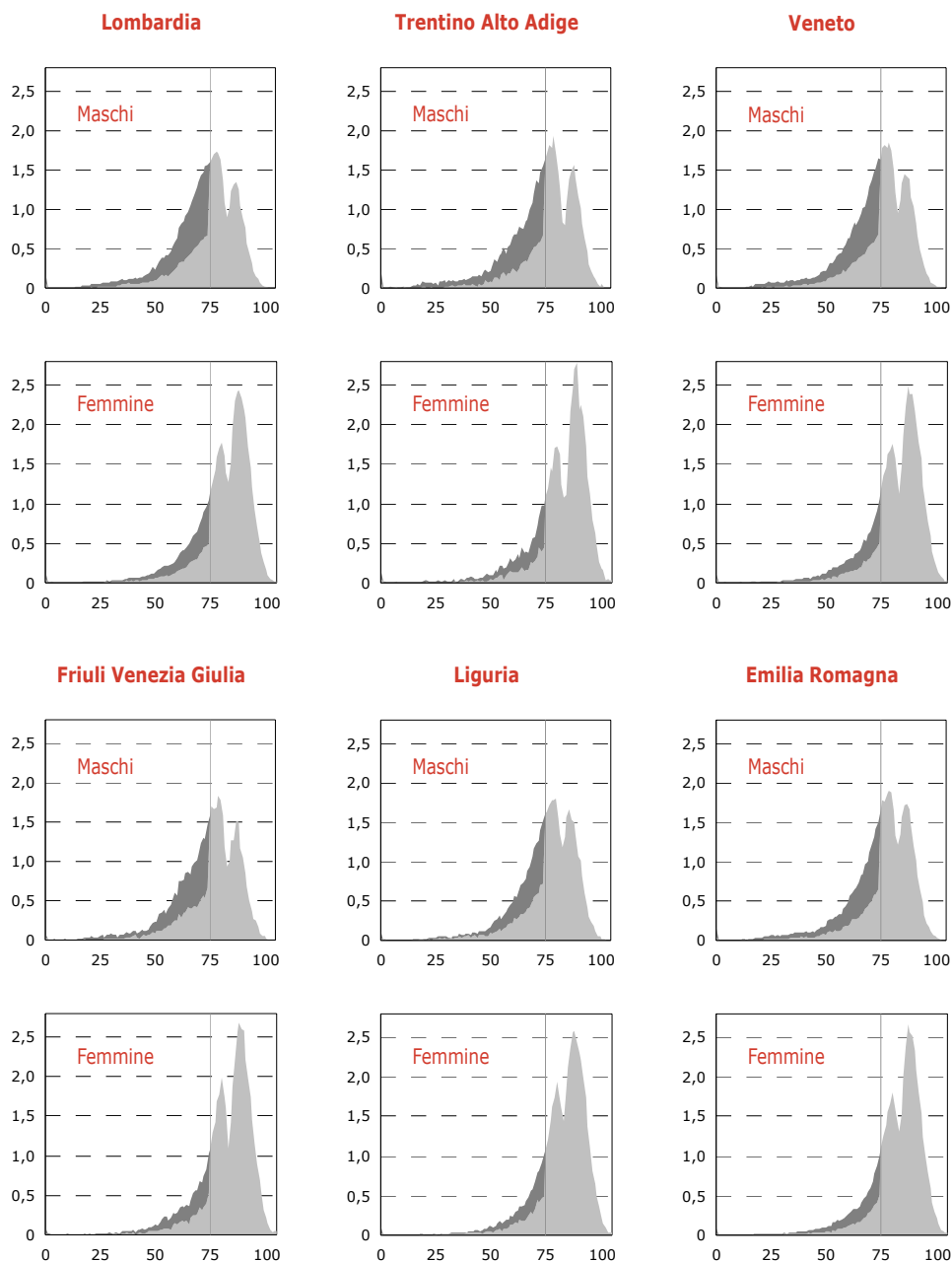


Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat.

Tavola 2.10.b

Curve di Lexis: decessi per età, genere e tipo di causa (evitabili ■ e altre cause ■)

Dati percentuali - Triennio 2000-02.

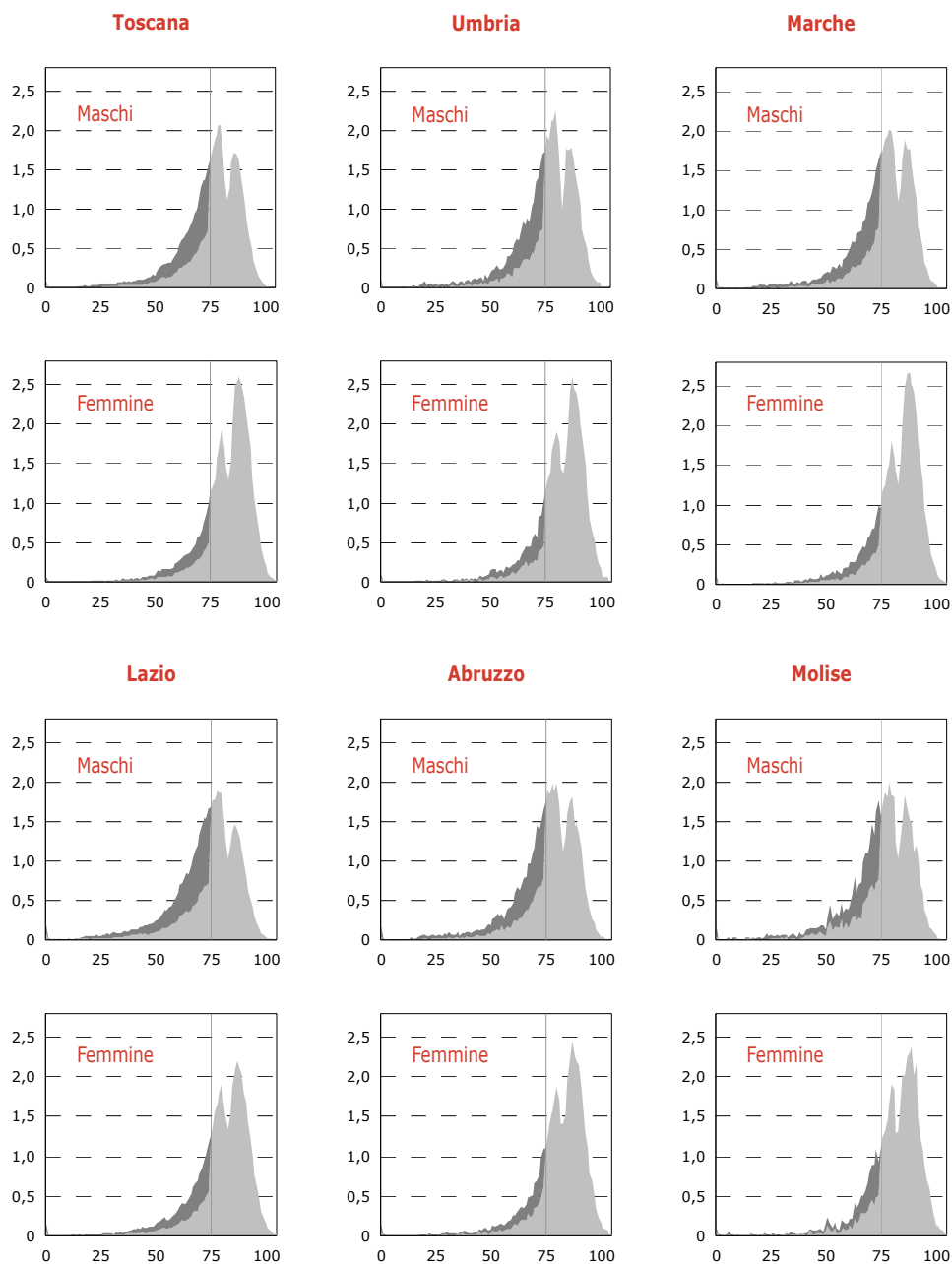


Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat.

Tavola 2.10.c

Curve di Lexis: decessi per età, genere e tipo di causa (evitabili e altre cause)

Dati percentuali - Triennio 2000-02.

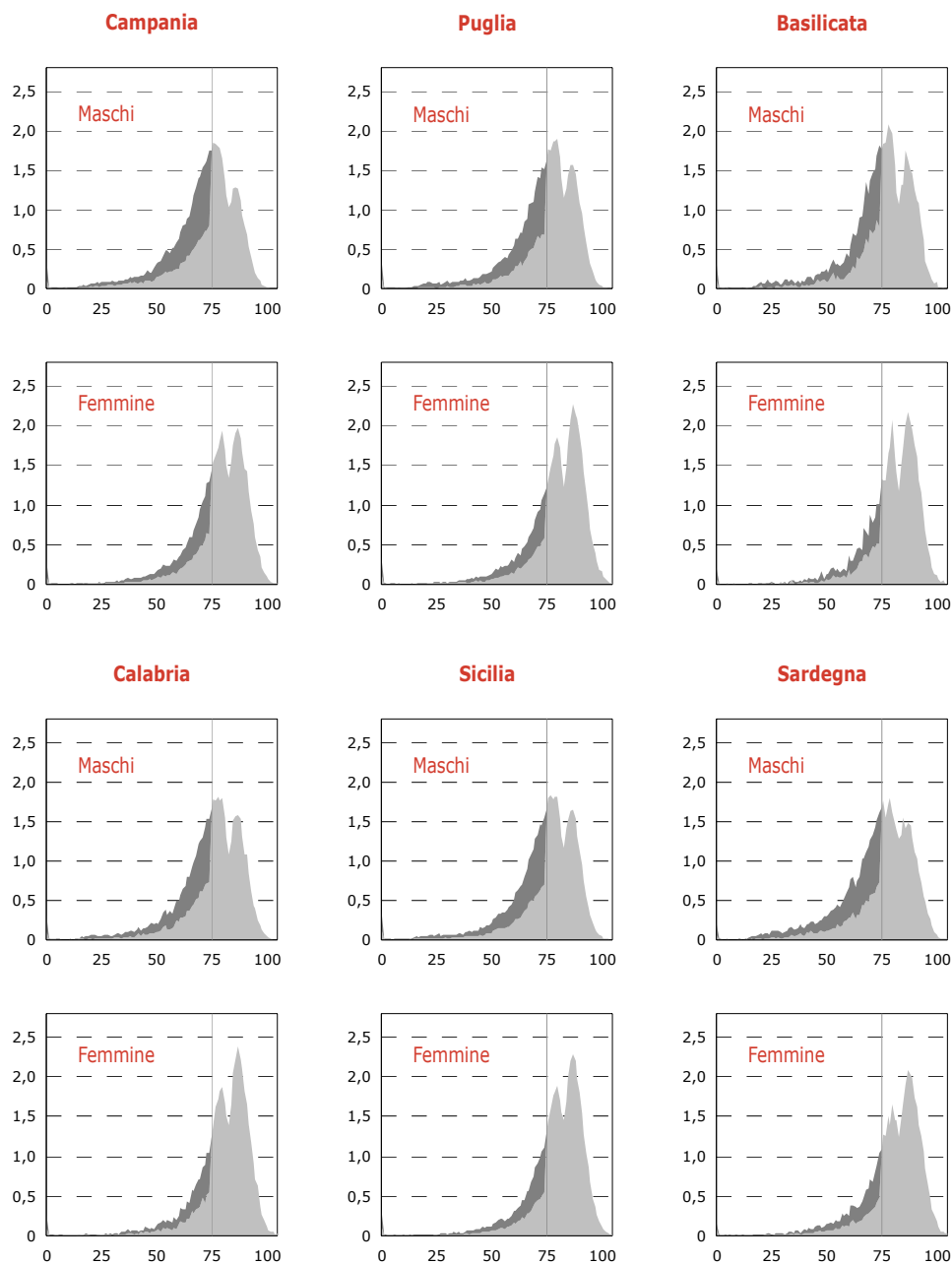


Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat.

Tavola 2.10.d

Curve di Lexis: decessi per età, genere e tipo di causa (evitabili ■ e altre cause ■)

Dati percentuali - Triennio 2000-02.



Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat.

2.5 Il contesto demografico

L'elaborazione di tutti gli indicatori di contesto demografico separatamente per maschi e femmine permette di evidenziare quanto profonde siano le differenze tra queste due popolazioni.

La tavola 2.11 riporta l'indice di vecchiaia calcolato per genere. Come noto, le regioni settentrionali sono sensibilmente meno giovani di quelle centro-meridionali. Per effetto della diversa mortalità, inoltre, il livello di vecchiaia è altrettanto significativamente diverso fra i due generi.

A livello medio nazionale gli uomini oltre i 65 anni sono solo il 10% in più dei giovani al di sotto dei 15 anni; i dati regionali si distribuiscono tuttavia attorno a questo dato medio con un'ampia variabilità. In Campania il numero di anziani è pari a due terzi dei giovanissimi, e altre dieci regioni mostrano un indice di vecchiaia inferiore o in linea a quello medio nazionale.

La Campania è la regione più giovane anche per le donne, con anziane e ragazzine in perfetta parità.

Per entrambi i sessi la regione più anziana d'Italia si conferma la Liguria, con quasi 190 ultra64enni maschi ogni 100 ragazzi e bambini e circa 300 femmine in età anziana ogni 100 in età infantile.

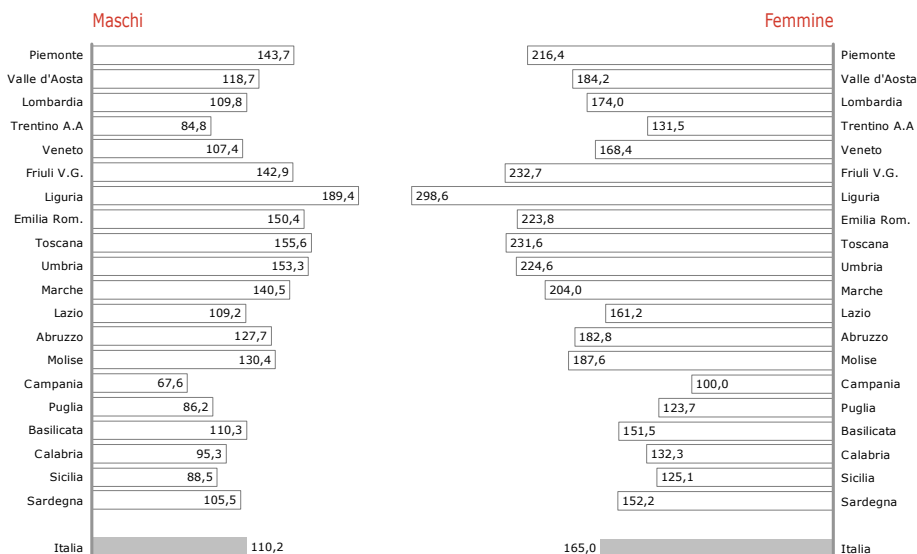
Una ulteriore misura del grado di invecchiamento della popolazione è data dalla incidenza dei cosiddetti "grandi anziani", vale a dire il numero di coloro che hanno 75 anni o più rispetto al totale della popolazione.

La tavola 2.12 mostra la variabilità geografica di questo indicatore, fornendo ulteriori informazioni solo in parte sovrapponibili alle evidenze dedotte dall'indice di vecchiaia: mentre l'eterogeneità di quest'ultimo risulta del tutto analoga fra maschi e femmine, l'incidenza dei grandi anziani fa registrare alcune differenze.

Per le femmine, infatti, le regioni con minore incidenza di ultra74enni sono

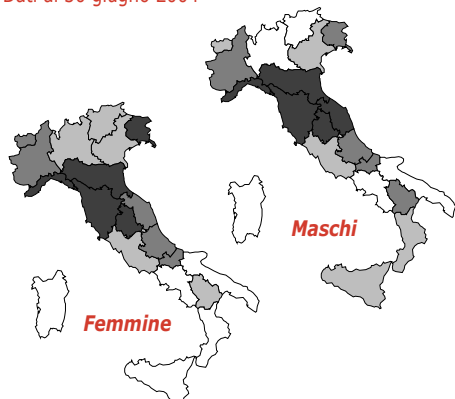
Tavola 2.11

Indice di vecchiaia per Regione e genere - Dati al 30 giugno 2004



Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat.

Tavola 2.12
Ultra74enni sul totale della popolazione
 Dati al 30 giugno 2004



Mediana: maschi = 7,0%; femmine = 11,5%.

Distribuz. regionale per quartili: □ 1° (valori bassi);
 ■ 2° (medio-bassi); ■ 3° (medio-alti); ■ 4° (alti).

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat 2000-2002.

tutte nell'Italia meridionale; nel caso dei maschi, invece, due di queste sono al Nord. Inoltre, se per le donne il Friuli è tra le regioni con la massima incidenza di grandi anziani, per gli uomini è la regione Marche a unirsi alle altre quat-

tro regioni con una più elevata incidenza di ultra74enni (Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria).

Il grafico che evidenzia al meglio la struttura della popolazione è in ogni caso la cosiddetta "piramide delle età". Nella tavola 2.12 tale grafico è costruito per la popolazione italiana, per genere e classi di età quinquennali. Osservando i dati aggiornati al 30 giugno 2004 (barre in grigio) si può notare come la classe 35-39 anni sia quella più numerosa, e come la popolazione maschile (a destra) sia all'aumentare dell'età sempre meno numerosa rispetto a quella femminile.

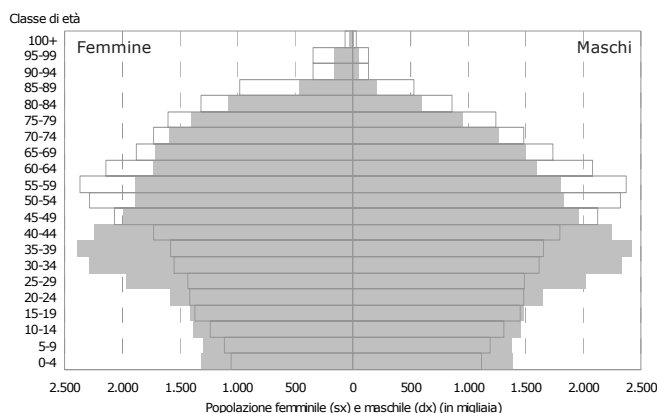
Nella scorsa edizione di Era la piramide della popolazione nazionale è stata confrontata con quella relativa alla popolazione di vent'anni prima (2003 vs 1983) ⁽³⁾. Era 2007 propone invece un confronto fra il dato al 30.6.2004 e la proiezione al 2024 secondo le previsioni della popolazione residente ⁽⁴⁾.

Le barre trasparenti della tavola 2.13 disegnano quella che, si prevede, sarà la struttura della popolazione italiana fra venti anni. Si tratta dei dati elaborati nell'*ipotesi centrale*, vale a dire lo scenario più affidabile tra quelli possibili elaborati in funzione dei principali fenomeni demografici (sopravvivenza, fecondità, migrazione).

Nelle pagine che seguono sono riportate le piramidi delle età di ciascuna regione (tavola 2.14).

In appendice statistica al volume, infine, è proposto il medesimo grafico per ciascuna delle Usl.

Tavola 2.13
Piramidi della popolazione italiana - Dati (in migliaia) al 30.6.2004 (barre in grigio) e confronto con la previsione per il 2024 ^(*), per genere e classi di età



^(*) I dati utilizzati si riferiscono alla cosiddetta "ipotesi centrale".

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat.

Tavola 2.14.a

Piramidi regionali della popolazione italiana - Dati (comp. percentuale) al 30 giugno 2004, per genere ed età.



Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat.

Tavola 2.14.b

Piramidi regionali della popolazione italiana - Dati (comp. percentuale) al 30 giugno 2004, per genere ed età.

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat.

Un ultimo indicatore che può sintetizzare la struttura della popolazione è l'età media dei residenti.

La tavola 2.15 mostra i grafici, per Usl, relativi alla distribuzione in quartili dei valori dell'età media della popolazione elaborati per genere.

L'andamento geografico dei due cartogrammi è pressoché sovrapponibile.

Età medie più elevate sono rintracciabili per lo più fra le Usl della fascia centro-settentrionale che va dalla Liguria e dal Piemonte alla Romagna e che, con valori alti o medio alti, si estende fino a parte del Lazio e dell'Abruzzo.

Salvo alcune eccezioni una significativa zona del nord-est appare sensibilmente più giovane, così come l'area meridionale.

È interessante notare come Roma e Milano siano riconoscibili per almeno un tono di colore più scuro, vale a dire un'età media più elevata, rispetto alle Usl circostanti

Note

(1) Istat. *Tavole di mortalità e tavole attuariali della popolazione italiana al 2002*. Colonna Informazioni n. 9/2006.

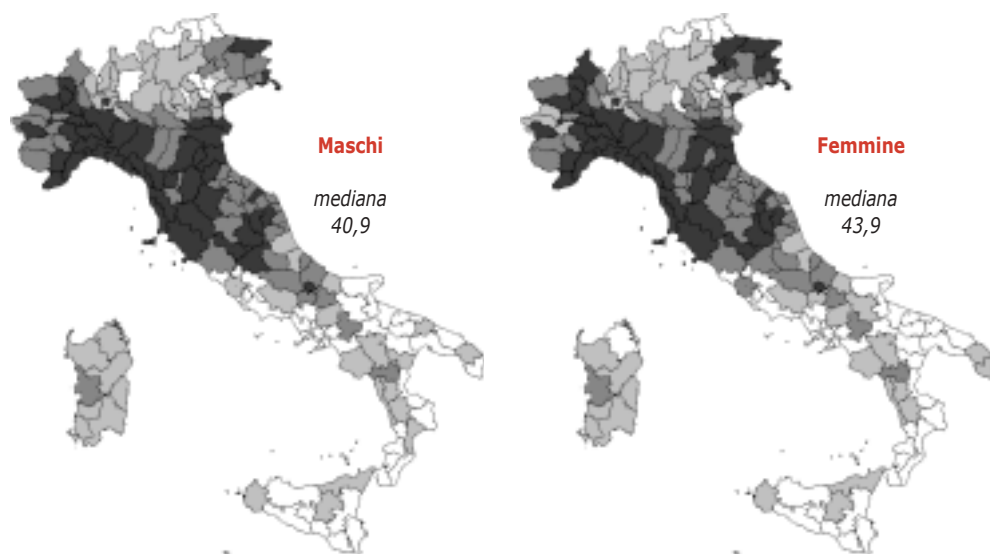
(2) I lavori consultati sono disponibili, quasi tutti integralmente, sul Sito internet dedicato a ERA: www.atlantesanitario.it.

(3) Si consiglia di consultare l'edizione 2006 di Era per un approfondimento circa le evidenze che è possibile cogliere dalla lettura delle piramidi.

(4) M. Marsili, M.P. Sorvillo "Le previsioni regionali della popolazione residente 1.1.2001-1.1.2051" (<http://demo.istat.it>).

Tavola 2.15

Età media (in anni) della popolazione residente per Usl - Dati al 30 giugno 2004



Distribuzione territoriale per quartili: □ 1° (valori bassi); □ 2° (medio-bassi); ■ 3° (medio-alti); ■ 4° (alti).

Fonte: elaborazioni ERA su dati Istat.