

sulla base dei costi rilevati presso un campione di soggetti erogatori, pubblici e privati, preventivamente individuato secondo criteri di efficienza e di efficacia». Le regioni dovranno quindi commisurare le proprie tariffe sui costi effettivamente sostenuti dai propri erogatori e, a tal fine, avviare appositi sistemi di rilevazione presso un campione scelto in modo da rappresentare livelli di efficienza accettabili come riferimento, in termini di qualità e di costo. Il costo preso in considerazione è quello pieno, associato a condizioni di produzione prossime a quelle attuali, con possibilità di incrementarlo quando gli erogatori svolgano attività istituzionali di ricerca e di didattica, ovvero siano tenuti a prestare servizi obbligatori. Viene, infine, indicata una serie di attività che, per il loro carattere di forte specializzazione ad elevato costo, per le esternalità ad esse associate e/o per la loro rilevanza di natura strategica, può risultare maggiormente appropriato finanziare mediante modalità alternative rispetto alle tariffe per prestazioni. In particolare, vengono elencate specificamente le attività di emergenza, di terapia intensiva, di trapianto di organi, di assistenza ai grandi ustionati, nonché quelle di didattica, di ricerca e di eventuali ulteriori servizi, individuati dalla regione, prevedendo che per il loro finanziamento si possa ricorrere a programmi regionali finalizzati.

Stato di attuazione

In attuazione di questi principi tutte le Regioni hanno emanato specifiche normative, articolando le tariffe anche per tipologie di erogatori, in funzione dei fattori di variabilità dei costi e dei volumi di prestazioni.

La Fig. 5 riassume le principali caratteristiche delle normative regionali emanate in materia.

Il successo del nuovo sistema di remunerazione delle prestazioni dipende in larga misura dalla capacità di contrastare gli effetti distorsivi che tipicamente caratterizzano questi meccanismi. A tal fine, è previsto lo sviluppo di una rete di controlli sulla qualità e la appropriatezza delle prestazioni erogate e sul rispetto delle regole di scambio.

I controlli dovranno verificare, in particolare, la correttezza della compilazione della scheda di dimissione ospedaliera, contenente le informazioni sulla base delle quali vengono definite le prestazioni e le relative tariffe. Debbono essere tenuti sotto controllo principalmente i seguenti fenomeni, potenzialmente indicativi di comportamenti opportunistici degli erogatori:

- durata di degenza significativamente più bassa rispetto alla media, indice di ricoveri impropri, dimissioni anticipate e ricoveri ripetuti;
- durata di degenza anomala, indice di ricoveri prolungati senza motivo;

- diagnosi concomitanti e/o complicanti, per individuare i casi «complicati» in modo fittizio;

- ricoveri ripetuti e loro appropriatezza per individuare pratiche di aumento improprio del volume delle prestazioni.

Fig. 5

normative regionali in materia di tariffe

regione	tariffario di riferimento	variazione della remunerazione per
Piemonte	nazionale	Ospedali di base -19% Az. Ospedaliere e I.r.c.c.s. -7% Osp. senza PS -27% Erogatori privati -40%
Lombardia	valore del punto base: 5.129.000 (media)	ricoveri ordinari ricoveri oltre valore soglia ricoveri di un solo giorno ricoveri in day hospital
Veneto	valore del punto base: 4.700.000	alcuni D.R.G. Ricoveri per acuti (in relazione a ciascun D.R.G.) ricoveri di un solo giorno ricoveri in day hospital: - chirurgici: 50% del ricovero ordinario - medici: £ 282.000
Friuli V. G.	nazionale	Strutture di alta complessità (Policlinici universitari, I.r.c.c.s. Ospedali ad alta specializzazione): -15% Strutture che sono inserite nei dipartimenti di emergenza ma non svolgono attività di emergenza: -45% Ricoveri di un solo giorno: -45%
Liguria	nazionale	O.S.Martino ed I.r.c.c.s.: tariffa piena altre strutture: -20%
Emilia Romagna	punto base. strutt. pubbliche 4.900.000 strutt. private 4.300.000	ricoveri ordinari e in day hospital: tariffa per punto ricoveri di un solo giorno (medici): £ 234.000
Toscana	punto base 1a classe: £ 5.689.000 2a e 3a classe: £ 5.025.000 4a classe: £ 4.586.000	Le strutture sono suddivise in quattro classi cui corrispondono remunerazioni differenti
Umbria	nazionale, ridotto dell'8%	ricoveri ordinari: -8% ricoveri di un solo giorno e ricoveri in day hospital: -8%, con correttivi per alcuni DRG
Marche	nazionale	tariffe ridotte del 23%
Lazio	nazionale	strutture private: -20%
Abruzzo	nazionale	ricoveri per acuti: mediamente -25% tariffa specifica per day hospital
Molise	nazionale	strutture private: -30%
Campania	nazionale	casa di cura fasce: A -20% B -32% C -43%
Puglia	nazionale	strutture di classe 1a: -5% 2a: -10% 3a: -15% 4a: -25%
Basilicata		
Calabria	nazionale	acuti: -40% tariffa nazionale riabilitazione: -50% tariffa nazionale lungodegenti: -35%
Sicilia	punto base: 4.403.000	
Sardegna	nazionale	riduzione media del 32%

(*) il tariffario nazionale è contenuto nel Decreto Ministeriale 14/1/96

1.6 LA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI DEL S.S.N.

Premessa

Il P.S.N. ribadisce l'importanza e la necessità di un sistema di indicatori affermando che «...La rilevanza delle attività erogate dal S.S.N., e l'entità delle risorse a tal fine necessarie, comportano la necessità di valutare in maniera sistematica l'attività svolta, al fine di verificare se i benefici conseguiti siano compatibili con i costi sostenuti e quindi se gli sforzi volti a migliorare l'efficienza e la efficacia del servizio offerto all'utente abbiano raggiunto i risultati desiderati...»

L'esigenza di valutare l'attività svolta risulta pertanto strettamente connessa al problema della qualità delle prestazioni del S.S.N. Tale qualità può avere un doppio momento di verifica:

1. ex-ante, mediante la specificazione di regole da seguire nella erogazione dei servizi (accreditamento, carta dei servizi, protocolli)
2. ex-post, mediante specifiche misure (il sistema degli indicatori) dei principali parametri che caratterizzano l'attività svolta.

Dell'accreditamento delle strutture si è già parlato nel precedente paragrafo; in questa sede, pertanto, si esamineranno le caratteristiche di due strumenti, utili al miglioramento nella qualità dell'assistenza: il sistema degli indicatori e la carta dei servizi sanitari.

Il sistema degli indicatori.

Il sistema di indicatori, finalizzato a verificare i risultati conseguiti in termini di efficienza e di qualità, risulta definito dai provvedimenti di attuazione dell'art 10 del Decreto Legislativo 502 (Decreto 2417195 pubblicato sulla G.U. n.263 del 10/11/95 «Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio sanitario nazionale») e dell'articolo 14 dello stesso provvedimento (Decreto 15 ottobre 1996 pubblicato sul G.U. n° 14 del 18-1-97)

Il primo provvedimento individua un insieme minimo di informazioni comuni a tutte le realtà regionali, ferma restando la piena autonomia delle Regioni di integrarlo con ulteriori fabbisogni informativi specifici per le singole realtà. Queste informazioni comuni sono state definite sulla base di due criteri principali:

compatibilità con i livelli uniformi di assistenza sanitaria: all'interno di questi sono state individuate aree di offerta relativamente omogenee da monitorare attraverso il sistema di indicatori;

definizione, all'interno di ciascuna area omogenea, di specifici indicatori per valutare i seguenti aspetti:

domanda/accessibilità alle prestazioni;

risorse impiegate nel processo di produzione delle prestazioni;

attività svolte;

risultati ottenuti.

Il secondo provvedimento, in attuazione del principio del costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni alle esigenze dei cittadini utenti, individua allo scopo uno specifico sistema di indicatori quale strumento ordinario per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, con riferimento a:

- personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza
- diritto all'informazione
- prestazioni alberghiere
- prevenzione delle malattie.

Il sistema degli indicatori dovrà essere supportato da uno dei moduli del Sistema Informativo Sanitario nazionale, specificamente dedicato alle attività di valutazione e controllo delle attività sanitarie, a beneficio di tutti i processi decisionali:

- a livello locale, evidenziando le aree critiche, da sottoporre ad ulteriori analisi, e orientando eventuali provvedimenti correttivi;

- a livello regionale e centrale, per verificare i criteri di programmazione e di allocazione delle risorse.

Benchè i limiti degli indicatori siano ancora numerosi e di varia natura (anche in ragione della scarsa sperimentazione nella realtà nazionale), la loro introduzione rappresenta un indubbio stimolo alla conoscenza dei meccanismi di funzionamento del sistema sanitario per migliorarne le prestazioni e per contenerne i costi.

Al fine di un corretto utilizzo del sistema degli indicatori si rileva che:

- nessun indicatore potrà essere usato isolatamente;

- nessun indicatore deve essere utilizzato come strumento per la compilazione della «pagella» delle singole realtà;

- gli indicatori assumono la funzione di ausilio per focalizzare gli aspetti sui quali devono partire gli approfondimenti conoscitivi;

- solo l'esame puntuale delle determinanti delle singole situazioni può consentire la formulazione di un giudizio complessivo sui diversi comportamenti;

- nessun indicatore dovrebbe essere impiegato come standard di riferimento: il confronto con i valori medi nazionali risponde solo a esigenze pratiche di analisi degli scostamenti rispetto ad una misura sintetica del fenomeno indagato.

La Carta dei servizi sanitari

Il processo di riordino del S.S.N. nasce in un contesto più generale di riorganizzazione della Pubblica Amministrazione, caratterizzato tra l'altro dalla ricerca di nuove regole nei rapporti fra i cittadini e le Amministrazioni pubbliche.

Come primo passo in questa direzione, sulla scorta di provvedimenti analoghi adottati in altri paesi europei, il Ministero per la Funzione pubblica ha elaborato nel corso del 1993 la prima proposta di Carta

dei servizi, conclusa con l'emanazione della «Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri sui principi per l'erogazione dei servizi pubblici» del 27 gennaio 94, in cui viene stabilito il principio generale secondo il quale ogni struttura pubblica che eroga servizi deve dichiarare in un apposito documento (la Carta dei servizi) le regole che disciplinano i rapporti con i suoi utenti.

Successivamente, è stata resa obbligatoria, da parte di tutti i soggetti erogatori di servizi pubblici nei settori progressivamente indicati dalla Presidenza del Consiglio, l'adozione di proprie Carte dei servizi, seguendo schemi di riferimento appositamente definiti per ciascun settore.

Con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995, la sanità è stata individuata come primo settore di applicazione della Carta dei servizi: un «patto» con i cittadini, attraverso il quale le U.S.L. e le Aziende ospedaliere si impegnano su alcuni standard di qualità (come i tempi massimi di attesa per il ricovero, i tempi di prenotazione delle visite in ambulatorio, l'accesso ai servizi, etc.) e riconoscono al cittadino utente la possibilità di verificare e di far valere il rispetto effettivo degli impegni assunti.

Per la attuazione della Carta dei Servizi il Ministero ha realizzato una serie di interventi lungo le seguenti linee di azione:

1. elaborazione delle linee-guida «Attuazione della carta dei servizi nel Servizio Sanitario nazionale» (luglio-agosto 1995, pubblicate in G.U. il 31 agosto 1995, n. 203);
2. attivazione dello «Sportello per la Carta dei servizi» presso il Dipartimento della Programmazione;
3. supporto alle Aziende sanitarie nella fase di impostazione del progetto per l'adozione della Carta;
4. realizzazione e diffusione di specifici supporti informativi e documentali, quali l'edizione periodica dei «Quaderni della carta dei servizi».

Stato di attuazione

Lo stato di attuazione della carta dei servizi nel S.S.N. è delineato nei citati Quaderni (Ottobre 1995 ed Aprile 1996), dai quali risulta che al 30 aprile 1996 il numero di aziende sanitarie che dispone di una Carta dei servizi è quasi raddoppiato rispetto all'ottobre 1995, passando da 82 a 158 Aziende (51% del totale). Considerando anche le Aziende che a tale data hanno in corso progetti per l'attuazione della Carta, il totale di quelle impegnate nel processo di adozione della Carta è di 251 (pari all'81% del totale).

Per quanto concerne i contenuti delle Carte già elaborate, risultano focalizzati i seguenti argomenti:

- informazioni sulle strutture e i servizi forniti;
- standard e impegni di qualità;
- impegni sui temi dell'umanizzazione, personalizzazione, semplificazione e trasparenza dei servizi e delle prestazioni;
- modalità di tutela, partecipazione, verifica e soddisfazione dell'utente.

2. Lo stato di salute della popolazione

PAGINA BIANCA

2.1 POPOLAZIONE

L'ammontare e la distribuzione territoriale della popolazione sono tra i pochissimi parametri demografici rimasti, nel recente e meno recente periodo, sostanzialmente stabili o comunque moderatamente dinamici, a paragone di altri elementi che caratterizzano il panorama evolutivo nazionale, contraddistinto invece da profonde e significative trasformazioni, che sono tipiche della fase della transizione demografica attraversata dal nostro paese, così come, peraltro, da quasi tutti gli altri paesi del «nord» post-industrializzato del pianeta. Pur trattandosi, naturalmente, di indicatori solo parzialmente illustrativi della situazione demografica del paese e, a maggior ragione, delle dinamiche in atto, questi aspetti demografici rimangono, tuttavia, assolutamente imprescindibili e cruciali per valutare, in prima approssimazione, la congruità dell'attuale assetto architettonico del S.S.N. e l'opportunità di riaggiustamenti o miglioramenti, che dovessero eventualmente apparire necessari.

Gli abitanti in Italia superano i 57,3 milioni, dei quali 25,5 (quasi 45%) risiedono nell'Italia settentrionale, 21 nell'Italia meridionale (oltre il 36% del totale) e 11 milioni (circa il 19%) nell'Italia centrale.

La tendenza alla concentrazione territoriale della popolazione italiana è rappresentata nella Fig. 1-A.

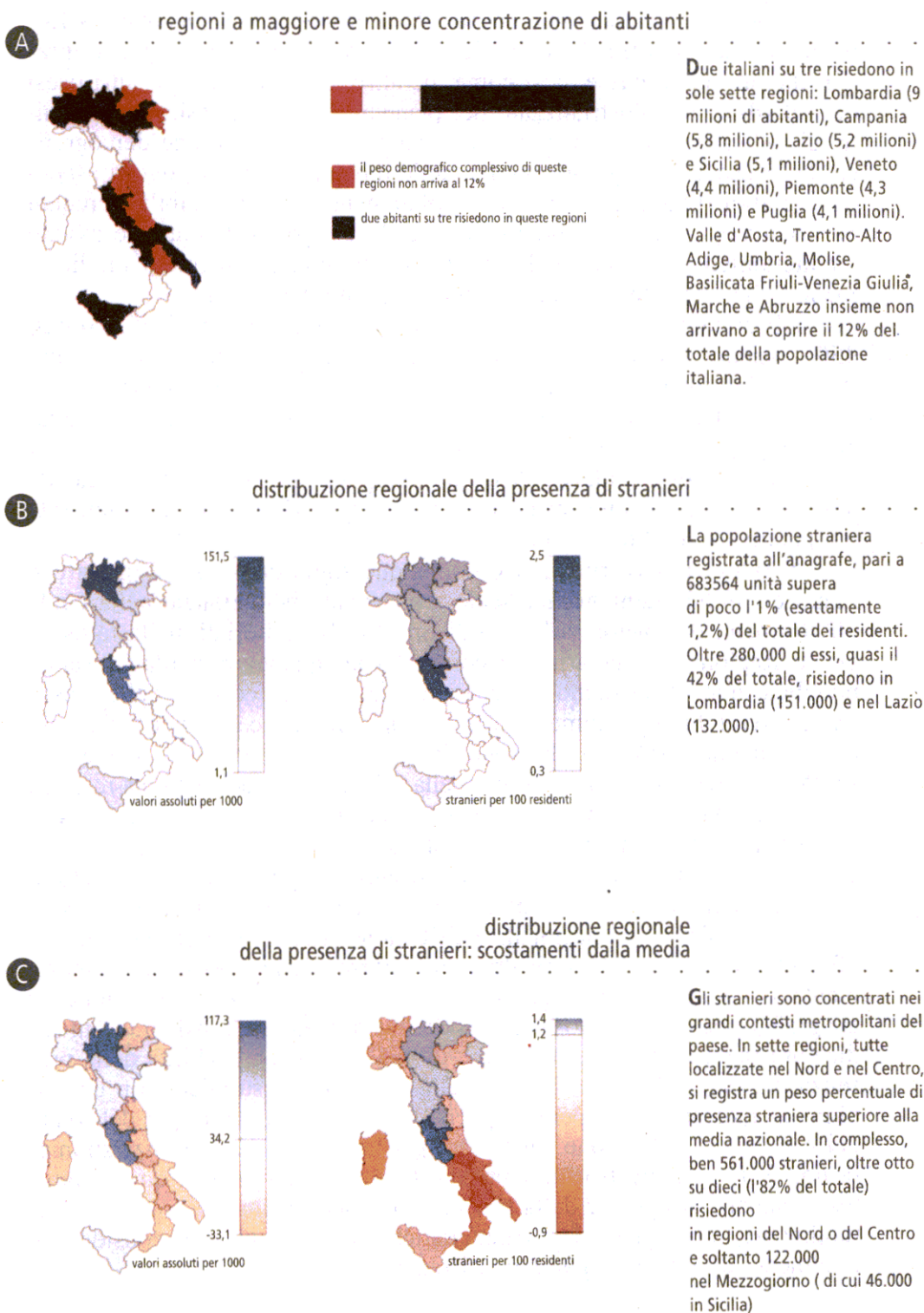
L'ordine di grandezza di questi semplici indicatori è ben noto da tempo: la distribuzione territoriale della popolazione non è certamente un parametro molto variabile.

Nondimeno essi rimangono comunque significativi, se si pensa che fanno da sfondo demografico reale a una realtà istituzionale nella quale gli strumenti di governo a livello di Enti locali territoriali, nella fattispecie le Regioni, particolarmente coinvolte per quanto riguarda la Sanità pubblica, non differiscono sostanzialmente tra ente ed ente dello stesso livello gerarchico e, comunque, non appaiono concepiti per affrontare adeguatamente problemi che sono di complessità esponenzialmente crescente al crescere proporzionale della dimensione del sistema-regione.

La realtà, relativamente recente, della presenza straniera nel nostro paese (Fig. 1-B) non appare, dal punto di vista strettamente quantitativo e comparativamente a molti altri paesi europei, particolarmente vistosa. Le persone che dimorano stabilmente in Italia, includendo tra esse anche tutti i cittadini non nazionali dell'Unione Europea, non arrivano a 700.000 unità, secondo i risultati più recenti della rilevazione annualmente condotta dall'Istat presso le anagrafi comunali. L'iscrizione in anagrafe, cioè il requisito della residenza, può essere considerata un indicatore ragionevolmente affidabile di una sostanziale stabilità della presenza nel paese. In tutto, il peso della popolazione straniera con un minimo di radicamento supera di poco l'1% (esattamente 1,2%) del totale dei residenti. L'attenzione particolare per la realtà della presenza straniera non è dunque giustificata tanto dal livello del fenomeno, quanto piuttosto, ancora una volta, dalla sua distribuzione territoriale, oltretutto, naturalmente, dalle particolari caratteristiche del sub-universo considerato, o almeno di una sua parte consistente.

concentrazione territoriale della popolazione italiana e presenza straniera al 1-1-1995

Fig. 1



Queste cifre sono rivelatrici della approssimativa significatività della scala territoriale «regionale» rispetto al fenomeno: è piuttosto la scala territoriale metropolitana la chiave di lettura corretta della distribuzione degli stranieri sul territorio nazionale, soprattutto per quanto riguarda Lazio e Lombardia. Dal punto di vista dei «livelli di attenzione» al fenomeno, dunque, sono le grandi aree metropolitane del paese, soprattutto Roma e Milano, che meritano un'attenzione tutt'affatto particolare.

2.2 MOVIMENTO DEMOGRAFICO

La dinamica demografica del totale della popolazione è, da tempo, caratterizzata da ritmi molto moderati. Il quadro demografico nazionale del recente periodo, com'è peraltro ben noto, è stato connotato da ritmi di accrescimento naturale sempre meno consistenti, a fronte di contributi dovuti alla componente migratoria di segno moderatamente positivo.

Nel complesso, il paese continua a registrare valori positivi di accrescimento demografico, sia pure di entità assai contenuta.

Nel 1995 l'incremento complessivo della popolazione residente è stato dell'uno per mille. Piemonte, Friuli Venezia-Giulia, Liguria e Toscana nel centro-nord del paese, Molise, Basilicata e Calabria, nel Mezzogiorno, sono le regioni che, per ragioni molto diverse, hanno fatto registrare, nel corso del 1995, decrementi di popolazione. In tutte le altre regioni si osservano invece incrementi di popolazione, mediamente contenuti, ma in taluni casi non trascurabili in termini relativi, come in Trentino Alto-Adige (+4,9 per mille) e in Umbria (+4,2 per mille).

Questi valori «netti» sono però il risultato di tendenze contrastanti e nascondono realtà piuttosto contraddittorie. La prima contraddizione riguarda il diverso ruolo che giocano le due componenti, naturale e migratoria, nel determinare la dinamica demografica nell'attuale fase transizionale. La seconda contraddizione è invece di natura territoriale ed è legata alla geografia delle due componenti. L'osservazione dell'intersezione di questi due aspetti rende evidenti le dinamiche che quasi contrappongono nord-centro da un lato e Mezzogiorno dall'altro.

Nel 1993 l'Italia ha sperimentato per la prima volta nella sua storia – se si esclude l'eccezione del biennio 1917-18, conseguenza della grande guerra e dei suoi effetti disastrosi sia sui decessi sia sulle nascite – un saldo naturale negativo, anche se inizialmente di entità modestissima, entrando in una fase che è stata descritta, con efficace espressione, «inverno demografico». Non va taciuto come sia improbabile che questo «inverno» conosca interruzioni nel brevissimo periodo, mentre è altamente probabile che esso divenga particolarmente e crescentemente «rigido» nel medio periodo. Nel 1994 e nel 1995 il fenomeno si è accentuato.

Nel 1995 il saldo naturale è stato di quasi 30.000 unità in meno, in termini relativi pari a -0,5 per mille, e tutto lascia pensare che, anche nel corrente anno, la tendenza all'«implosione demografica» prosegua agli stessi ritmi dell'anno precedente.

La variabilità regionale del saldo naturale è evidentissima ed accentuata (Fig. 2-A).

In questo quadro di dinamica naturale «fredda», la dinamica migratoria assume sempre maggiore importanza.

A livello nazionale, il saldo positivo con l'estero comincia ad assumere dimensioni ragguardevoli in assoluto, rispetto al passato, anche se – non diversamente da quanto si segnalava per quanto riguarda gli aspetti di stock della presenza straniera – relativamente ancora molto contenute (meno dell'1 per mille). Va a questo proposito ricordato che il saldo con l'estero viene misurato su quantità in entrata e in uscita che non tengono conto della nazionalità dei migranti.

Un'adeguata rappresentazione degli andamenti demografici a livello subnazionale non può prescindere dall'altra componente della dinamica migratoria, vale a dire le migrazioni interne (Fig. 2-A). Più si scende a livello territoriale, maggiore è l'impatto di questa componente. Già a livello regionale, sia le quantità in entrata sia quelle in uscita del movimento migratorio sono maggiori delle corrispondenti poste del movimento naturale, in tutte le regioni italiane senza eccezioni.

In generale i contributi del movimento migratorio interno, positivi o negativi che siano, superano decisamente quelli del movimento naturale (in Liguria e Val d'Aosta, ad esempio, ogni 6/8 nascite si registrano 30/35 iscrizioni in anagrafe, così come, sempre in Val d'Aosta, il numero di cancellati è tre volte quello dei decessi). Anche da questo punto di vista, la tradizionale dicotomia nord-sud risulta ancora abbastanza esplicativa, sia pure con contrasti meno forti nell'intensità del fenomeno redistributivo della popolazione e direttrici dei flussi netti in parte modificate.

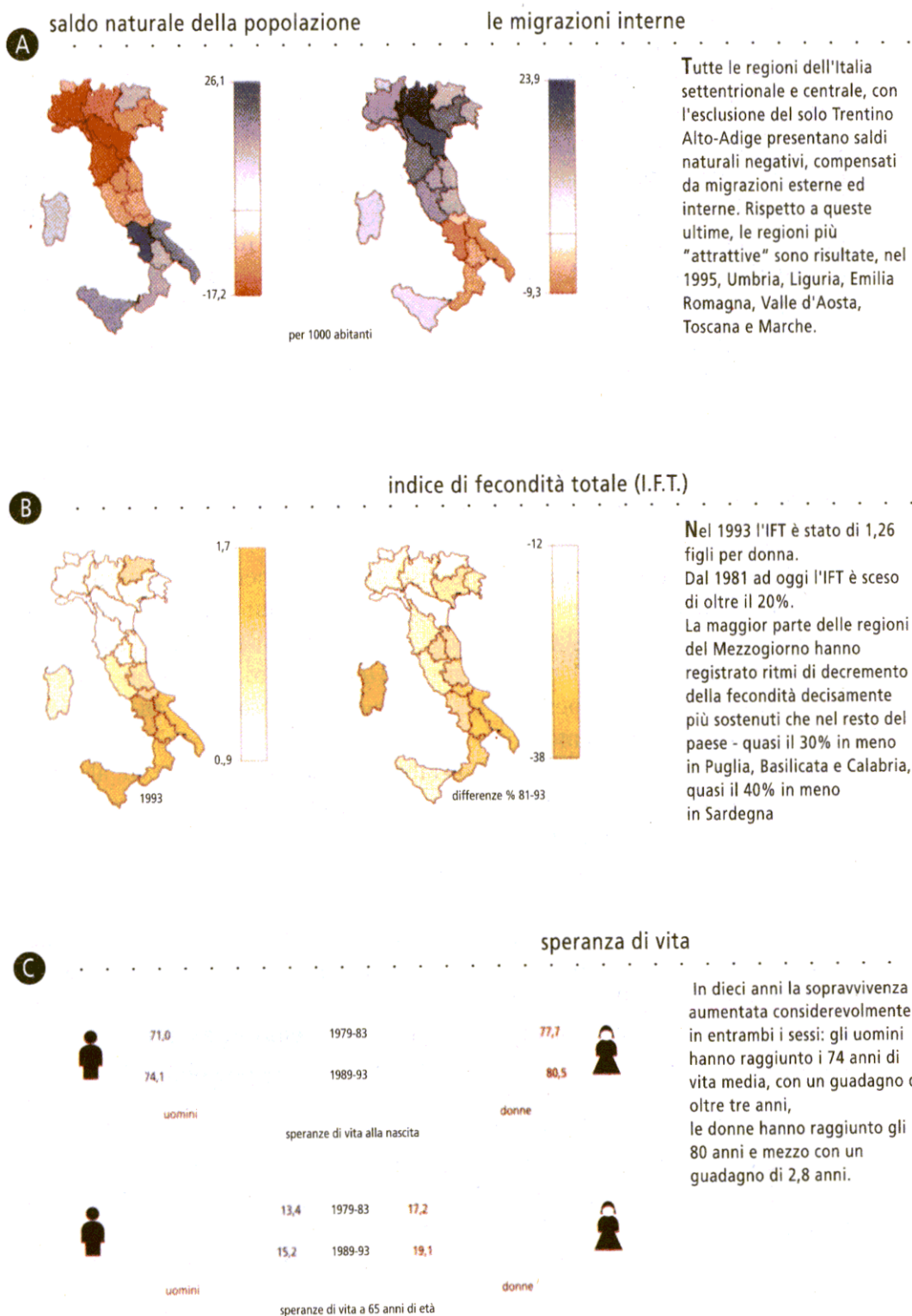
2.3 INDICATORI DEMOGRAFICI

Nell'ambito del quadro demografico complessivo e generale appena descritto, le tendenze intrinseche della dinamica demografica, particolarmente di quella naturale, sono espresse, più efficacemente e in misura più completa, da appropriati indicatori sintetici di fecondità e mortalità, che siano esenti da quegli effetti distorsivi che affliggono i quozienti generici di natalità e mortalità, e dunque maggiormente esplicativi di questi ultimi, in particolare dal punto di vista comparativo a livello territoriale. Da questo punto di vista, gli indicatori sintetici più utilizzati sono l'indice di fecondità totale (I.F.T.) e la speranza di vita (1).

(1) Entrambi vengono normalmente riferiti a un singolo anno di calendario, per poterne apprezzare le variazioni da un anno all'altro e pertanto denominati indicatori di periodo (contrapponendoli agli analoghi indicatori, teoricamente calcolabili per anno di nascita, dunque per generazione). Il primo esprime il numero medio di figli per donna di una generazione fittizia composta da tutte le donne in età feconda (dai 15 ai 49 anni) in un determinato anno di calendario, dunque appartenenti a 35 differenti generazioni. Il secondo esprime il numero medio di anni che restano mediamente da vivere ad una determinata età, nella popolazione stazionaria associata alla tavola di mortalità riferita ad un determinato anno di calendario: la speranza di vita alla nascita, per ciascuno degli individui che compongono l'ipotetica generazione della tavola di mortalità di quell'anno.

alcuni indicatori demografici

Fig. 2



Natalità

Solo l'analisi dell'indice di fecondità totale riesce a fornire un primo quadro, ancora approssimativo, ma efficace, del reale impatto che la transizione demografica ha avuto sui comportamenti riproduttivi delle donne italiane nel lungo periodo, ma in particolare negli ultimi venti anni. Dopo i valori di circa 3 figli per donna caratteristici degli anni pre-bellici e immediatamente successivi, l'indice di fecondità iniziava una graduale discesa esauritasi alla fine degli anni Cinquanta, con una rapida inversione di tendenza verso una ripresa della fecondità. Nel 1964, anno del famoso babyboom, il numero medio di figli per donna raggiungeva il suo massimo relativo dal 1950. Dopo dieci anni, nel 1974, l'indice era ancora ben al di sopra della soglia di sostituzione (poco oltre i due figli per donna), in grado di garantire nel lungo periodo il rimpiazzo generazionale. Nel decennio 1974-84 i livelli della fecondità sono invece calati in misura davvero consistente. La tendenza è proseguita, con intensità appena minore, nell'ultimo decennio. Nel 1993 l'I.F.T. è stato di 1,26 figli per donna. Le stime più recenti sui dati del 1994 lo collocano intorno a 1,21. Soltanto dal 1981 ad oggi l'IFT è sceso di oltre il 20%.

Siamo il paese con la più bassa fecondità del mondo, seguiti a breve distanza da Germania e Spagna, la prima entrata in fase di «recessione riproduttiva» prima dell'Italia, la seconda dopo.

Senza entrare nel merito delle discusse cause sociali, economiche e culturali di tale riduzione (fenomeno peraltro comune, sia pure con intensità e modalità abbastanza diverse, a tutti i paesi europei e industrializzati in generale), è il caso di rilevare che questo fenomeno è fortemente associato allo spostamento in avanti del processo riproduttivo, con particolare riferimento al progressivo ritardo che si registra nell'età media alla nascita del primo figlio: in soli dodici anni, dal 1981 al 1993 questo valore è salito di oltre due anni (esattamente 2,3) arrivando ormai a 27 anni e mezzo. «Figli più tardi significa meno figli», anche perchè con l'aumentare dell'età aumentano i rischi dell'infertilità non programmata, anche in presenza di tecnologie anti-sterilità.

Oltre al calo di fecondità «programmata», che è in qualche modo determinato da scelte consapevolmente restrittive di pianificazione familiare, esiste probabilmente anche una piccola fascia emergente di infertilità non programmata, indotta dallo spostamento in avanti del calendario riproduttivo. La variabilità territoriale della denatalità, cui si è accennato nei precedenti paragrafi, diventa evidentissima osservando gli indicatori sintetici di fecondità per regione. (Fig. 2-B)

Ben sei regioni del centro-nord – Piemonte, Val d'Aosta, Friuli, Liguria, Emilia Romagna, Toscana – si distinguono per livelli di fecondità pari o al di sotto di un figlio per donna: si tratta dell'area con la fecondità più bassa mai registrata, al mondo e nel tempo, in modo continuato,

superiore solo a quella registrata nei nuovi laender della Germania negli anni immediatamente successivi alla caduta del muro di Berlino.

La distribuzione regionale della discendenza finale conferma che i modelli riproduttivi tra Italia centrosettentrionale e Mezzogiorno rimangono chiaramente diversi, pur evolvendo nella stessa direzione: nel nord e nel centro infatti, il ritmo di discesa della fecondità per generazioni è stato altrettanto, se non maggiormente, intenso che nelle regioni meridionali. È il modello del figlio unico quello verso il quale sembrano dirigersi le strategie di pianificazione familiare in molte regioni del nord e del centro, mentre la maggior parte delle donne meridionali che hanno il primo figlio proseguono nel percorso riproduttivo: in Calabria, Basilicata e Puglia la discendenza finale della generazione 1964 è stimata ancora a livelli pari o superiori a 1,8 figli per donna, mentre in Campania e Sicilia supera addirittura 1,9, solo di poco inferiore alla soglia di sostituzione.

Parallelamente, dal 1981 al 1993 gli incrementi più consistenti nell'età media alla nascita del primo figlio si sono verificati in Friuli Venezia-Giulia, Toscana e Veneto (oltre 3 anni), Lazio (2,9 anni), Lombardia e Marche (2,7 anni), mentre gli incrementi più contenuti, dell'ordine di circa un anno e mezzo, si riscontrano in Campania, Calabria e Sicilia. Rispetto a un valore nazionale di 27 anni e mezzo, troviamo i due estremi in Liguria, dove l'età media alla nascita del primogenito ha ormai superato i 29 anni, ed in Calabria e Sicilia, dove invece non ha ancora toccato i 26. In generale, in tutte le regioni del nord e del centro, inclusa la Sardegna, l'età media alla nascita del primo figlio sfiora ormai, o supera, i 28 anni, mentre nelle altre regioni del Mezzogiorno, ad eccezione dell'Abruzzo, il valore non raggiunge i 27 anni.

Mortalità

Trasformazioni meno «spettacolari», ma egualmente molto significative, sono in atto anche per quanto riguarda l'altra componente della dinamica naturale, la mortalità (generale).

Il nostro paese ha raggiunto livelli di sopravvivenza tra i più alti nell'Unione Europea, inferiori, per i maschi, solo a quelli di Svezia e Grecia, e circa pari a quelli di Spagna, Olanda, Francia e Regno Unito; per le femmine, ci precedono Francia e Spagna, mentre i valori italiani sono simili a quelli di Svezia e Olanda.

Con riferimento al periodo 1989-93 la vita media ha superato i 74 anni per i maschi (74,1) e ha raggiunto 80 anni e mezzo per le femmine (Tav.2-C).

Nel quadro di un miglioramento evidente delle condizioni di sopravvivenza che riguarda entrambi i sessi, va sottolineato come venga confermato l'esaurimento, anche nel nostro paese, della tendenza alla divaricazione, a favore delle femmine, dei livelli di sopravvivenza dei sessi, e dell'emergere di segnali dell'avviarsi di una fase in cui il differenziale di sopravvivenza tra i sessi tende invece ad

attenuarsi, cosa che già, peraltro, avviene da tempo in altri paesi europei, ad esempio Regno Unito e Paesi Bassi.

I maggiori contributi all'incremento della sopravvivenza provengono ormai in misura prevalente dai guadagni realizzati alle età anziane.

La progressiva «rettangolarizzazione» della curva di sopravvivenza, dovuta inizialmente soprattutto alla straordinaria riduzione della mortalità infantile, non ha tuttavia impedito che nel decennio considerato si realizzassero ulteriori notevolissimi miglioramenti della sopravvivenza nel primo anno di vita, che hanno condotto all'ulteriore abbattimento della corrispondente probabilità di morte, ridotta di quasi il 50% per entrambi i sessi. I valori raggiunti dalla probabilità di morte infantile, 8,2 per mille tra i maschi e 6,6 per mille tra le femmine, anche alla luce dell'esperienza di diversi paesi europei, fanno immaginare che esistano ancora ulteriori margini di miglioramento.

Leggermente mutata, seguendo un processo di lenta convergenza dei livelli regionali, la tradizionale geografia della mortalità, caratterizzata, all'inizio degli anni Ottanta, da un evidente primato delle regioni del centro e, in parte, del Mezzogiorno del paese: Emilia-Romagna, Marche, Umbria, Toscana, Lazio, ma anche Abruzzo, Basilicata, Calabria, tra i maschi, e ancora Marche, Toscana, Emilia-Romagna, Umbria, Liguria, ma anche Sardegna, tra le femmine. Per quanto riguarda il sesso maschile, in particolare, rispetto a una vita media a livello nazionale di 71 anni, la maggior parte delle regioni Italia settentrionale, insieme alla Campania, raggiungeva a stento, o superava di pochissimo, i 70 anni. Nel decennio 1983-93 i guadagni di sopravvivenza, soprattutto per i maschi, sono stati appannaggio prevalentemente delle regioni settentrionali con la sopravvivenza più bassa: nell'ordine, Trentino Alto-Adige, Veneto, Friuli, Lombardia e Piemonte. Più uniforme, invece, la distribuzione territoriale dei guadagni di sopravvivenza femminile.

Come conseguenza, la geografia della sopravvivenza appare adesso meno variegata, anche per il sesso maschile. La vita media più alta si osserva ancora nelle Marche (75,6), in Umbria e Abruzzo (entrambe 75,1), Toscana (74,9), Puglia (74,8), Calabria ed Emilia-Romagna (entrambe 74,5). I valori di sopravvivenza più bassi si registrano in Lombardia (72,8) e Campania (73,0). Per le donne il primato spetta ancora a Marche (81,6), Trentino Alto-Adige (81,3), Toscana e Umbria (81,2), mentre agli ultimi posti, come peraltro dieci anni prima, troviamo Campania (78,9) e Sicilia (79,1).

Anche i guadagni realizzati nella speranza di vita a 65 anni riflettono approssimativamente la stessa dinamica territoriale osservata per la vita media, vale a dire incrementi più sostenuti nelle regioni settentrionali, ma non tanto da sconvolgere la graduatoria della sopravvivenza attesa, che vede al vertice le stesse regioni con la vita media più alta, sia per i maschi sia per le femmine.

Come conseguenza inevitabile delle dinamiche della fecondità e della mortalità e in presenza di una dinamica migratoria esterna ancora molto contenuta, almeno per avere effetti apprezzabili sulla struttura della popolazione, il processo di invecchiamento della popolazione prosegue con intensità crescente (Fig. 3).