

Protezione sociale

Il sistema di protezione sociale rappresenta la risposta della collettività ai bisogni dei cittadini e delle famiglie. La spesa per la protezione sociale, articolata nelle tre grandi aree di intervento della previdenza, della sanità e dell'assistenza, rappresenta una parte importante del sistema di welfare adottato dai paesi europei al fine di garantire servizi e diritti considerati essenziali per un tenore di vita accettabile, rispettando vincoli di bilancio spesso stringenti.

Gli indicatori presentati in questa sezione sono: la spesa per la protezione sociale; la spesa sanitaria pubblica per abitante; la mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio; la mortalità per tumori; la mortalità infantile.

- ▶▶ Nel 2006, in Italia la spesa per la protezione sociale assorbe il 26,7 per cento del Pil e il suo ammontare pro capite è pari a poco più di 6.678 euro annui, leggermente al di sopra della media europea.
- ▶▶ Nell'ambito della spesa per la protezione sociale, quella sanitaria pubblica (che ricomprende, oltre al costo delle prestazioni sanitarie, costi amministrativi e contribuzioni diverse) è pari a circa 1.624 euro pro capite annui, il 6,7 per cento del Pil (il dato è relativo al 2005).
- ▶▶ La struttura della mortalità per causa è caratterizzata da una prevalenza dei decessi per malattie tipiche delle età adulte e anziane e, quindi, particolarmente legate allo stile di vita, con al primo posto quelle che interessano il sistema cardiocircolatorio: nel 2003, in Italia il tasso standardizzato di mortalità per queste cause è pari nel complesso a 40 decessi per 10.000 residenti (48,7 per gli uomini e 33,9 per le donne). Si tratta di uno dei livelli più bassi dell'Unione europea.
- ▶▶ I tumori rappresentano la seconda causa di morte in ordine di importanza: nel 2003, in Italia il tasso standardizzato di mortalità per queste cause è pari nel complesso a 28 decessi per 10.000 residenti (39,6 per gli uomini e 20,3 per le donne). In questo caso, l'Italia è allineata alla media europea.
- ▶▶ Il tasso di mortalità infantile si può interpretare come espressione del livello di sviluppo e di benessere di un paese. In Italia, negli ultimi dieci anni questo indicatore si è ridotto del 50 per cento attestandosi, nel 2004, sul 3,7 per mille, ben al di sotto della media Ue27.

La funzione "vecchiaia" assorbe più della metà della spesa

UNO SGUARDO D'INSIEME

La spesa per la protezione sociale, articolata nelle tre aree di intervento della previdenza, della sanità e dell'assistenza, rappresenta una parte importante del sistema di welfare adottato dai paesi europei al fine di garantire servizi e diritti considerati essenziali, rispettando vincoli di bilancio spesso stringenti.

Nel 2006 in Italia la spesa per la protezione sociale assorbe il 26,7 per cento del Pil e il suo ammontare *pro capite* è pari a poco più di 6.678 euro annui.

DEFINIZIONI UTILIZZATE

Il Sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale "Sespros96", coerentemente con il Sistema europeo dei conti nazionali "Sec95", definisce la spesa per la protezione sociale come i costi a carico di organismi pubblici o privati per l'insieme degli interventi intesi a sollevare le famiglie dall'insorgere di rischi o bisogni, purché ciò avvenga in assenza, da parte dei beneficiari, sia di una contropartita equivalente e simultanea, sia di polizze assicurative. Le funzioni o rischi sono: malattie/salute; invalidità; vecchiaia; superstiti; famiglia, maternità e infanzia; disoccupazione; abitazione; altre tipologie di esclusione sociale. Nel complesso, la spesa per la protezione sociale comprende le spese per: prestazioni di protezione sociale; servizi amministrativi; trasferimenti agli Enti delle Amministrazioni pubbliche, alle Istituzioni senza scopo di lucro e alle famiglie; interessi passivi. Per l'analisi nazionale sono considerate le sole spese per prestazioni di protezione sociale.

L'ITALIA NEL CONTESTO EUROPEO

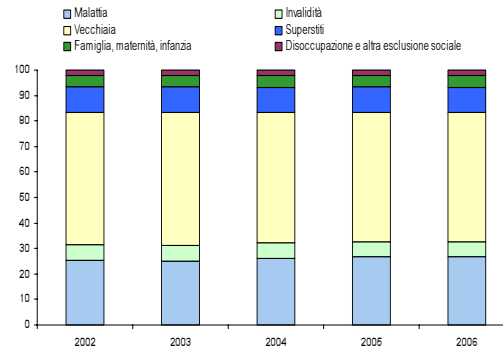
La spesa per la protezione sociale è un indicatore correlato positivamente al livello di reddito, alle caratteristiche strutturali – risultando più elevata nei paesi con età della popolazione polarizzata nelle classi giovani e/o anziane – e al modello di welfare adottato. Nel 2005 l'Italia con 6.416 euro annui *pro capite* si colloca in posizione intermedia rispetto agli altri paesi europei e, comunque, al di sopra della media Ue27 (6.087 euro). Bulgaria (circa 450 euro *pro capite*), Romania (circa 521 euro), Lettonia (700 euro) e Lituania (802 euro) sono ai livelli più bassi; il dato più alto si registra per il Lussemburgo (14.122 euro). Rispetto al Pil, la spesa dedicata alla protezione sociale nei paesi Ue27 è pari al 27,2 per cento: mentre Lettonia, Estonia, Lituania, Romania e Bulgaria, di nuova adesione, si confermano su valori più contenuti, Francia, Svezia e Danimarca, caratterizzate da maggior benessere e da una storica attenzione al welfare, impegnano la percentuale più alta di risorse per la protezione sociale, rispettivamente 31,5 per cento, 31,3 per cento e 30,2 per cento del Pil. L'Italia, con il 26,4 per cento, si colloca al di sotto della media Ue e vicino alla Finlandia (26,7).

LA SITUAZIONE NAZIONALE

Per quanto concerne l'Italia, prendendo in esame esclusivamente la spesa per prestazioni di protezione sociale per i di-

versi bisogni (circa il 97 per cento del totale della protezione sociale – vedi definizioni), nel 2006 la quota consistente di popolazione anziana fa sì che la funzione "vecchiaia" ne rappresenti oltre il 50 per cento. Rispetto al 2002 si riscontra un leggero declino (dal 52 al 51 per cento), anche se cresce l'incidenza di questa funzione sul Pil (dal 12,6 al 13 per cento). La spesa per la "sanità e per i trasferimenti monetari in caso di malattia o infortunio" è pari a circa il 27 per cento del totale delle prestazioni e al 7 per cento del Pil, in aumento dal 2002 al 2006. Le funzioni "superstiti e invalidità" nel 2006 rappresentano rispettivamente il 9,8 e il 5,8 per cento della spesa (il 2,5 e l'1,5 per cento sul Pil), mentre il "sostegno al reddito in caso di disoccupazione" e per "altre forme di esclusione sociale" (che nell'insieme comprendono la formazione orientata al reinserimento nel mercato del lavoro, le abitazioni, le misure di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale) si attestano sul 2,3 per cento del totale. A conferma dello squilibrio esistente in Italia tra beneficiari delle prestazioni sociali e cittadini attivi, la quota del Pil destinata alle famiglie nel 2006 risulta pari ad appena l'1,2 per cento, in lieve aumento dal 2002, e corrisponde al 4,5 per cento del totale della spesa per prestazioni di protezione sociale. Tale situazione include le spese per tutela di maternità e paternità, assegni familiari, spese per asili nido, strutture residenziali, assistenza domiciliare.

Spesa per prestazioni di protezione sociale per funzioni – Anni 2002-2006 (composizioni percentuali)



Fonte: Istat, Contabilità nazionale

Fonti

- Istat, Contabilità nazionale
- Eurostat/Esspros

Altre informazioni

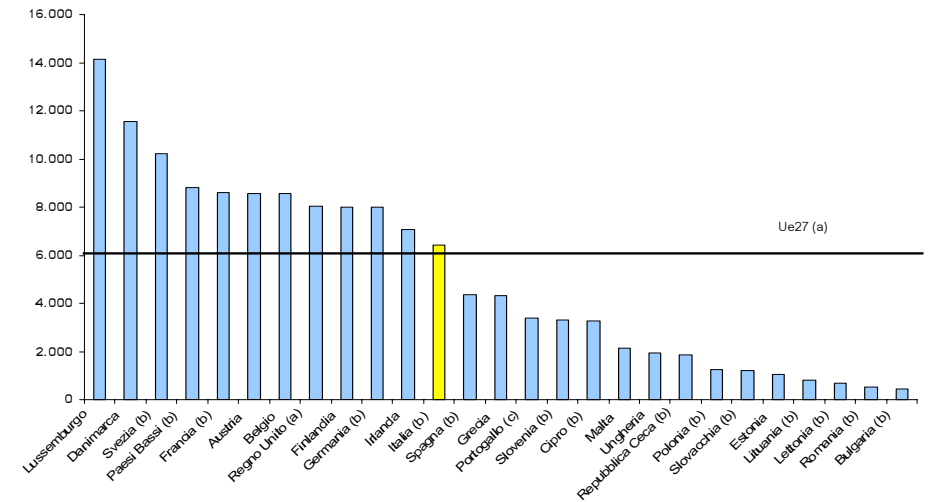
Publicazioni

- Istat, Annuario statistico italiano, 2007
- Ministero dell'economia e delle finanze, Relazione generale sulla situazione economica del Paese, 2006

Siti internet

- <http://www.istat.it>
- <http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu>

Spesa per la protezione sociale nei paesi Ue27 – Anno 2005 (in euro pro capite correnti)



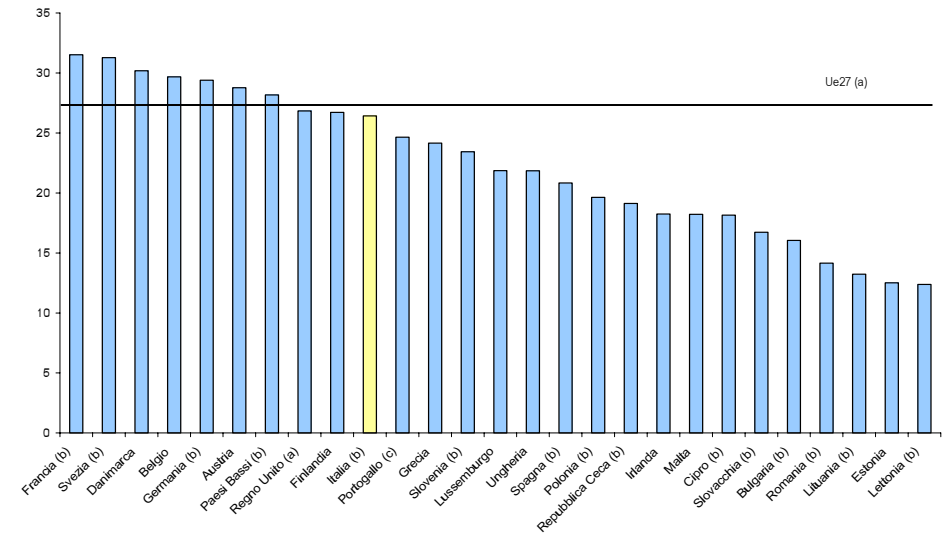
Fonte: Eurostat, Database New Cronos

(a) Stime.

(b) Dati provvisori.

(c) Dato provvisorio al 2004.

Spesa per la protezione sociale nei paesi Ue27 – Anno 2005 (in percentuale del Pil)



Fonte: Eurostat, Database New Cronos

(a) Stime.

(b) Dati provvisori.

(c) Dato provvisorio al 2004.

La spesa sanitaria pubblica assorbe il 7 per cento del Pil

UNO SGUARDO D'INSIEME

Nell'ambito della spesa per la protezione sociale, quella sanitaria pubblica indica quanto viene destinato per soddisfare il bisogno di salute dei cittadini in termini di prestazioni sanitarie, servizi amministrativi, interessi passivi, imposte e tasse, premi di assicurazione e contribuzioni diverse. Nel 2005 la spesa sanitaria pubblica *pro capite* italiana è pari a circa 1.624 euro annui, il 6,7 per cento del Pil.

DEFINIZIONI UTILIZZATE

Secondo il Sistema europeo dei conti nazionali "Sec95" e il Sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale "Sespros96", la spesa sanitaria pubblica rappresenta l'insieme delle operazioni correnti effettuate dalle Amministrazioni pubbliche operanti nel settore utilizzando direttamente proprie strutture produttive, o in regime di convenzione, acquistando dalle istituzioni private beni e servizi da erogare ai cittadini.

L'ITALIA E LE SUE REGIONI

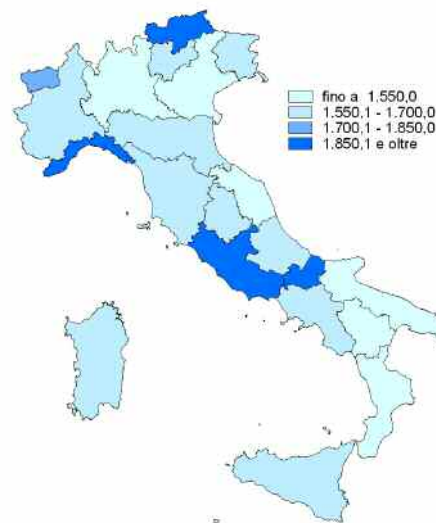
Nel 2005, il valore più elevato di spesa *pro capite* è stato raggiunto dal Centro (1.756 euro), il più basso nel Mezzogiorno (1.590 euro). La regione che spende di più è il Molise (2.022 euro), seguita dal Lazio (1.964 euro). La Liguria, con la popolazione concentrata nelle classi di età anziane, è al terzo posto (1.854 euro); la Calabria è la regione maggiormente svantaggiata (1.481 euro).

Considerando le sole prestazioni sanitarie, che assorbono il 94 per cento della spesa, il 39 per cento viene erogato da strutture private in regime di convenzione. Ciò è particolarmente evidente nel Mezzogiorno e nel Nord-ovest, mentre il Nord-est è maggiormente caratterizzato dalle prestazioni dirette. Tra le regioni, la Valle d'Aosta è quella che fa meno ricorso al regime in convenzione; all'opposto, la Lombardia vi dedica il 45 per cento della spesa sanitaria. La spesa in convenzione è indirizzata per il 31,7 per cento ai farmaci; per il 22,6 per cento alle prestazioni fornite dalle case di cura private; l'assistenza medica rappresenta complessivamente il 25,5 per cento, ripartita tra spesa per i medici generici (17 per cento) e prestazioni specialistiche (8,5 per cento). In particolare, nel Nord-ovest le prestazioni fornite dalle case di cura private (il 27 per cento della spesa in convenzione) sono equiparabili alla spesa farmaceutica (27,7 per cento). Il Nord-est è caratterizzato da una spesa in convenzione rivolta maggiormente ai farmaci; al contempo i costi per il medico generico e per l'assistenza integrativa e domiciliare si attestano su valori superiori alla media nazionale. D'altro canto, per queste regioni si riscontra la più bassa quota per prestazioni fornite dalle case di cura private e dalla medicina specialistica. Il Centro spende soprattutto per farmaci (34 per cento) e per l'assistenza in case di cura private (23,8 per cento), mentre la quota destinata al medico generico è la più bassa riscontrata sul territorio nazionale (15,6 per cento). Per il

Mezzogiorno sono significative l'assistenza farmaceutica e quella fornita dalle case di cura private, che risulta comunque inferiore alla media nazionale. Rispetto al resto del territorio, inoltre, le regioni del Sud e delle Isole presentano la più alta quota per assistenza protesica e cure balneotermali, e la più bassa quota assorbita dall'assistenza integrativa e domiciliare.

Spesa sanitaria pubblica per regione – Anno 2005

(valori *pro capite* in euro correnti)



Fonte: Istat, Contabilità nazionale

Fonti

- Istat, Contabilità nazionale
- Eurostat/Esspros

Altre informazioni

- Publicazioni
- Istat, Annuario statistico italiano, 2007
 - Ministero dell'economia e delle finanze, Relazione generale sulla situazione economica del Paese, 2006

Siti internet

- <http://www.istat.it>
- <http://www.epp.eurostat.ec.europa.eu>

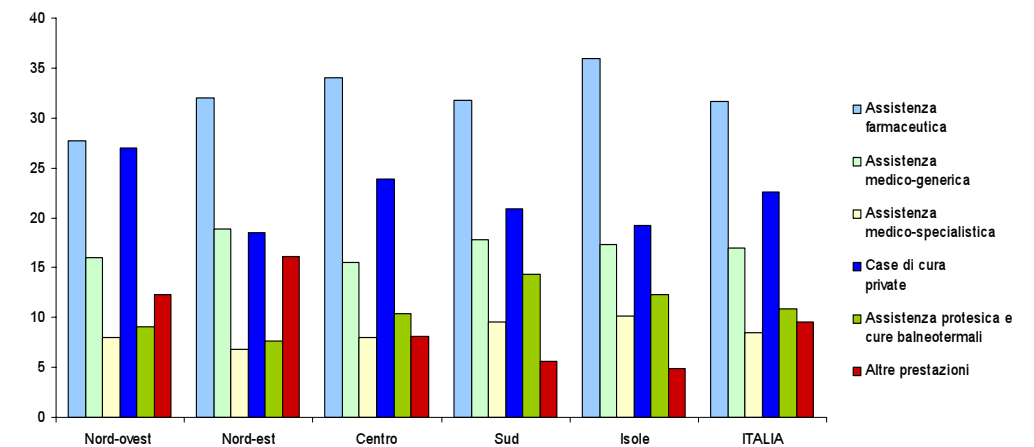
Spesa sanitaria pubblica per funzione economica e regione – Anno 2005 (valori *pro capite* in euro correnti)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Servizi sanitari forniti direttamente		Altre spese		Servizi sanitari in regime di convenzione		Spesa corrente totale	
	Millioni di euro correnti	Spesa pro capite	Millioni di euro correnti	Spesa pro capite	Millioni di euro correnti	Spesa pro capite	Millioni di euro correnti	Spesa pro capite
Piemonte	4.164	960	433	100	2.508	578	7.105	1.639
Valle d'Aosta/Vallee d'Aoste	150	1.216	16	130	69	478	225	1.823
Lombardia	7.081	761	761	81	6.427	681	14.269	1.512
Liguria	1.769	1.099	184	116	1.026	641	2.969	1.864
Trentino-Alto Adige	1.169	1.193	114	116	616	526	1.798	1.836
Bolzano-Bozen	651	1.357	64	133	280	584	995	2.074
Trento	518	1.036	50	100	235	470	803	1.606
Veneto	4.061	861	439	93	2.766	586	7.265	1.539
Friuli-Venezia Giulia	1.262	1.038	130	108	646	462	1.927	1.597
Emilia-Romagna	4.181	1.003	439	105	2.170	520	6.790	1.629
Toscana	3.700	1.025	398	110	1.645	466	5.743	1.591
Umbria	867	1.004	97	112	415	481	1.379	1.597
Marche	1.416	929	161	99	737	484	2.304	1.512
Lazio	6.189	981	673	108	4.626	876	10.387	1.964
Abruzzo	1.161	892	134	103	887	681	2.182	1.676
Molise	363	1.098	36	112	261	812	660	2.022
Campania	4.844	837	666	98	4.193	724	9.603	1.659
Puglia	3.097	761	307	75	2.699	663	6.103	1.600
Basilicata	643	912	66	92	303	509	901	1.513
Calabria	1.618	806	164	82	1.190	593	2.972	1.481
Sicilia	3.976	793	407	81	3.641	706	7.924	1.580
Sardegna	1.683	958	163	99	916	664	2.662	1.611
Nord-ovest	13.164	849	1.394	90	10.020	647	24.568	1.586
Nord-est	10.663	963	1.122	101	6.996	641	17.780	1.606
Centro	11.172	990	1.219	108	7.422	668	19.813	1.766
Centro-Nord	34.989	924	3.736	99	23.437	619	62.161	1.642
Mezzogiorno	17.175	828	1.832	88	13.990	674	32.997	1.590
Italia	52.164	890	5.567	95	37.427	639	95.158	1.624
% su Pil	3,67		0,39		2,63		6,69	

Fonte: Istat, Contabilità nazionale

Spesa sanitaria pubblica in regime di convenzione, per funzione economica e ripartizione geografica – Anno 2005

(valori percentuali sul totale della spesa per ciascuna funzione)



Fonte: Istat, Contabilità nazionale

La mortalità in Italia è per questa causa tra le più basse d'Europa

UNO SGUARDO D'INSIEME

La struttura della mortalità per causa è caratterizzata da una prevalenza dei decessi per malattie tipiche delle età adulte e anziane, con al primo posto quelle che interessano il sistema cardiocircolatorio.

Nel 2003 in Italia il tasso standardizzato di mortalità per queste cause è pari nel complesso a 40 decessi ogni 10.000 residenti. I maschi, con un tasso di 48,7 per 10.000, sono più svantaggiati rispetto alle femmine (33,9).

DEFINIZIONI UTILIZZATE

Per i confronti a livello territoriale, tenendo sotto controllo le diverse strutture per età, sono stati costruiti tassi di mortalità standardizzati con il "metodo diretto" o della "popolazione tipo", utilizzando come riferimento sia la popolazione media italiana del 2001, sia quella standard europea. In sintesi, l'indicatore rappresenta i livelli di mortalità per malattie cardiocircolatorie che si sperimenterebbero nelle regioni italiane e nei paesi europei se i loro specifici modelli di mortalità venissero applicati a una identica struttura per età attraverso la popolazione scelta come standard.

L'ITALIA NEL CONTESTO EUROPEO

Nel 2003, le malattie del sistema cardiocircolatorio rappresentano la prima causa di morte in quasi tutti i paesi dell'Ue, con la sola eccezione della Francia, dove i tassi di mortalità più elevati sono dovuti ai tumori e che registra un vantaggio per malattie cardiovascolari pari a 16,1 per 10.000 abitanti (28,2 è il dato medio dell'Ue27). La Spagna registra un valore del 18,7 per 10.000 e, con i Paesi Bassi e l'Italia (rispettivamente 21,2 e 22 decessi per 10.000 abitanti), presenta i valori più contenuti a livello europeo. Considerando che per Belgio, Danimarca e Cipro non sono disponibili dati di mortalità confrontabili, tutti i paesi di nuova adesione hanno una mortalità legata a problemi cardiovascolari decisamente sostenuta; la situazione peggiore si riscontra in Bulgaria e Romania, con un tasso di mortalità rispettivamente del 71,3 e del 68,6 per 10.000 abitanti. Tra i paesi dell'est, la Polonia si attesta sul valore più contenuto (41,5 per 10.000). Infine Slovenia, Malta, Germania e Austria si collocano in prossimità del dato medio europeo, con una mortalità che varia da poco più del 29 al 27 per 10.000 abitanti.

L'ITALIA E LE SUE REGIONI

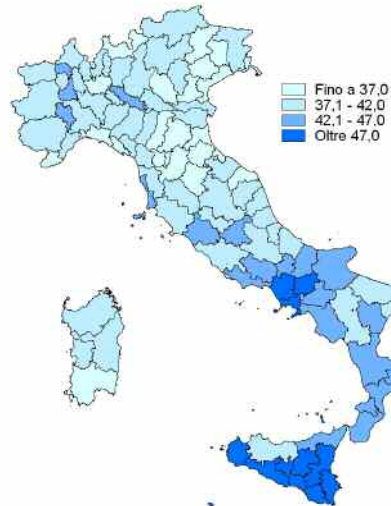
Con riferimento alle differenze territoriali in Italia, va preliminarmente osservato che i livelli non sono confrontabili con quelli europei a causa della diversa popolazione di riferimento utilizzata nel processo di standardizzazione, che in questo caso è quella media italiana del 2001.

Nel 2003 la morte per malattie cardiovascolari è prevalente in tutte le province, anche se a Sondrio, Lodi e Venezia per i maschi la prima causa di morte è rappresentata dai tumori. La geografia delle malattie del sistema circolatorio per il comples-

so dei due sessi fa emergere lo svantaggio delle province del Mezzogiorno, soprattutto della Campania che, insieme a quelle della Sicilia, risultano particolarmente penalizzate: Caserta, Napoli, Caltanissetta e Catania si attestano su valori tra il 25 e il 30 per cento superiori rispetto alla media italiana, mentre Agrigento sfiora i 50 decessi per 10.000 residenti. I valori più bassi si concentrano nel Nord-est, con Treviso, Bologna, Ravenna, Rimini e Padova che registrano valori al di sotto dei 35 decessi per 10.000 residenti.

Le differenze di genere a livello regionale confermano il generale vantaggio delle femmine, con i valori più bassi in Veneto ed Emilia-Romagna; di contro, per i maschi le regioni più favorite sono Sardegna e Toscana, con tassi di mortalità standardizzati pari a circa 44 e 45 decessi per 10.000 residenti.

Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio, per provincia - Anno 2003 (per 10.000 abitanti)



Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte

Fonti

- Istat, Indagine sulle cause di morte
- Eurostat, Database New Cronos

Altre informazioni

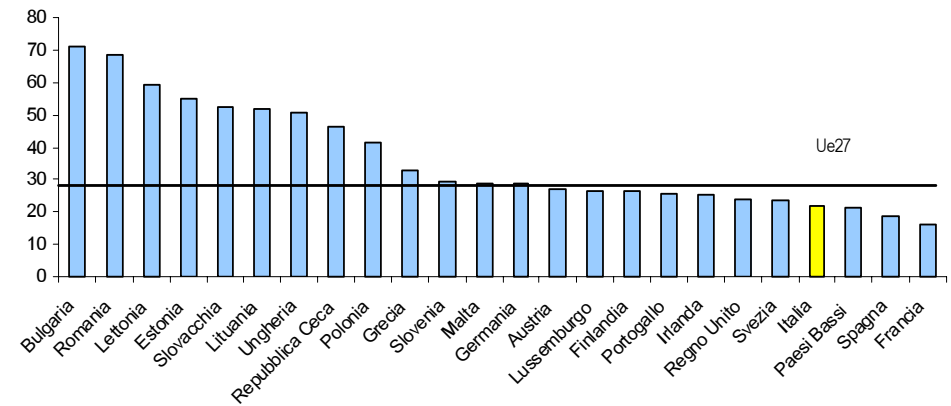
Publicazioni

- Istat, Cause di morte, 2003
- Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Rapporto Osservasalute. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Anni 2005 e 2006

Siti internet

- <http://www.istat.it>
- <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio nei paesi Ue (a) - Anno 2003 (per 10.000 abitanti)



Fonte: Eurostat, Database New Cronos

(a) I dati di Belgio, Cipro e Danimarca non sono disponibili.

Tasso standardizzato di mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio, per sesso e regione - Anno 2003 (per 10.000 abitanti)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Uomini	Donne	Totale
Piemonte	50,02	33,51	40,07
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	50,07	33,19	40,87
Lombardia	48,31	31,06	37,61
Liguria	45,44	31,78	37,32
Trentino-Alto Adige	49,27	31,47	38,07
Bolzano-Bozen	48,80	32,89	38,71
Trento	49,72	30,26	37,49
Veneto	46,32	29,31	35,93
Friuli-Venezia Giulia	49,50	29,85	37,19
Emilia-Romagna	45,19	29,32	35,74
Toscana	45,03	31,92	37,36
Marche	45,37	31,45	37,40
Umbria	49,06	31,47	38,79
Lazio	51,12	36,47	42,63
Abruzzo	47,94	33,37	39,49
Molise	49,65	36,35	42,38
Campania	57,22	44,09	49,77
Puglia	45,71	34,45	39,29
Basilicata	49,13	36,55	42,20
Calabria	50,27	40,17	44,75
Sicilia	53,21	42,16	46,99
Sardegna	43,71	31,92	37,17
Nord-ovest	48,41	31,91	38,34
Nord-est	46,35	29,53	36,14
Centro	47,92	33,64	39,63
Centro-Nord	47,64	31,69	38,07
Mezzogiorno	50,95	39,10	44,28
Italia	48,71	33,89	39,97

Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte

Nel Mezzogiorno i valori più bassi

UNO SGUARDO D'INSIEME

Subito dopo le malattie del sistema cardiocircolatorio, i tumori rappresentano la seconda causa di morte in ordine di importanza. Si tratta di patologie particolarmente legate alle misure di prevenzione, che possono essere di tipo primario, attraverso campagne di sensibilizzazione, e di tipo secondario, attraverso diagnosi precoci orientate a interventi di cura tempestivi.

Nel 2003 il tasso standardizzato di mortalità per tumori in Italia è pari a 28 decessi per 10.000 residenti: 39,6 per i maschi e 20,3 per le femmine. I maschi sono dunque caratterizzati nel complesso da uno svantaggio maggiore rispetto alla mortalità per malattie cardiocircolatorie.

DEFINIZIONI UTILIZZATE

Per i confronti a livello territoriale, tenendo sotto controllo le diverse strutture per età, sono stati costruiti tassi di mortalità standardizzati con il "metodo diretto" o della "popolazione tipo", utilizzando come riferimento sia la popolazione media italiana del 2001, sia quella standard europea. In sintesi, l'indicatore rappresenta i livelli di mortalità per tumori che si sperimenterebbero nelle regioni italiane e nei paesi europei se i loro specifici modelli di mortalità venissero applicati a un'identica struttura per età attraverso la popolazione scelta come standard.

L'ITALIA NEL CONTESTO EUROPEO

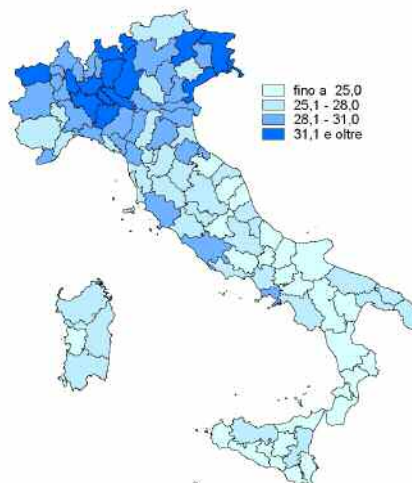
I tassi standardizzati per il confronto tra i paesi europei mettono in luce, nel 2003, un livello complessivo della mortalità italiana per tumori immediatamente al di sotto del valore medio (18,2 decessi per 10.000 abitanti contro 18,8). Tra i paesi con i tassi di mortalità per tumori più alti, con valori nella maggior parte dei casi superiori ai 19,5 decessi per 10.000 abitanti, si trovano quelli dell'Europa orientale, per i quali si riscontrano carenze nella diffusione della cultura alla prevenzione. Il picco si registra in Ungheria (26,8 decessi per 10.000 abitanti), mentre Lituania e Lettonia si attestano su livelli meno elevati (19,6). Tassi superiori alla media si rilevano anche per Paesi Bassi (19,9), Regno Unito (19), Irlanda (19,1) e Francia (18,8 decessi per 10.000 abitanti). Di contro, per quanto riguarda il resto dell'Europa orientale, Romania (17,9) e soprattutto Bulgaria (15,3) registrano tassi inferiori alla media. In particolare, Bulgaria e Finlandia (circa 15 decessi per 10.000 abitanti) segnano un vantaggio rispetto a tutti gli altri paesi europei.

L'ITALIA E LE SUE REGIONI

In generale la mortalità per tumori ha una forte caratterizzazione territoriale e vede le province del Sud e delle Isole in vantaggio, con tassi standardizzati più bassi rispetto alle altre; la situazione che si viene così a configurare è sostanzialmente opposta a quella della mortalità per malattie cardiovascolari. In questo panorama, un'eccezione è rappresentata dalla provincia di Napoli dove, nel 2003, il tasso standardizzato di mortalità per tumori (pari a circa 30 decessi per 10.000 abitanti) è superiore a quello medio italiano (28 per 10.000). La provincia con il

tasso più basso è Cosenza (21,2); all'opposto, il valore più elevato si registra a Lodi (36,6). Nello specifico, Calabria, Basilicata e Molise registrano tassi particolarmente contenuti di mortalità per tumori per entrambi i sessi: in Calabria e Basilicata (limitatamente alle femmine) le differenze arrivano a oltre il 20 per cento in meno rispetto al dato nazionale. A questo proposito, è utile citare la posizione di avanguardia della Basilicata rispetto alle campagne di prevenzione e in particolare rispetto allo *screening* di numerosi tumori femminili. La maggior parte delle province dell'Italia centrale si colloca al di sotto del tasso medio, ad eccezione di Roma (30,1 per 10.000 residenti), Viterbo (28,9), Grosseto e Prato (28,8), Lucca (28,2). Al contrario, nel Nord-ovest e nel Nord-est la mortalità per tumori è particolarmente elevata per entrambi i sessi, fino a raggiungere livelli tra il 10 e il 12 per cento superiori rispetto al dato nazionale in Friuli-Venezia Giulia e Lombardia.

Tasso standardizzato di mortalità per tumori, per provincia - Anno 2003 (per 10.000 abitanti)



Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte

Fonti

- Istat, Indagine sulle cause di morte
- Eurostat, Database New Cronos

Altre informazioni

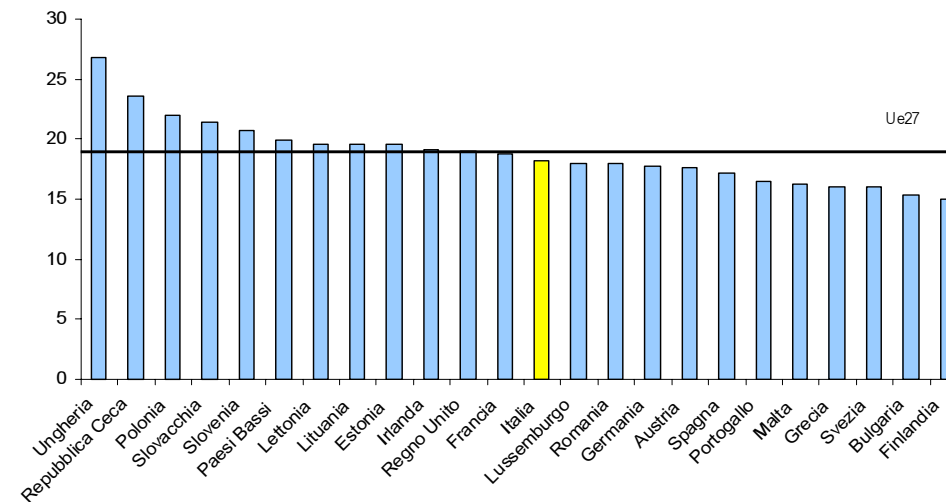
Publicazioni

- Istat, Cause di morte, 2003
- Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Rapporto Osservasalute. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Anni 2005 e 2006

Siti internet

- <http://www.istat.it>
- <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Tasso standardizzato di mortalità per tumori nei paesi Ue (a) - Anno 2003 (per 10.000 abitanti) (a)



Fonte: Eurostat, Database New Cronos

(a) I dati di Belgio, Cipro e Danimarca non sono disponibili.

Tasso standardizzato di mortalità per tumori, per sesso e regione di residenza - Anno 2003 (per 10.000 abitanti)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Uomini	Donne	Totale
Piemonte	41,39	21,60	29,43
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	42,10	17,54	27,98
Lombardia	45,34	22,86	31,39
Liguria	40,79	21,47	28,93
Trentino-Alto Adige	41,20	21,89	29,32
Bolzano-Bozen	41,58	22,70	29,75
Trento	41,07	21,29	29,08
Veneto	42,01	20,16	28,65
Friuli-Venezia Giulia	43,65	22,62	30,71
Emilia-Romagna	40,09	21,20	28,79
Toscana	39,56	19,97	27,87
Marche	36,68	19,22	26,41
Umbria	36,00	17,41	25,08
Lazio	40,64	21,29	29,04
Abruzzo	33,14	16,68	23,40
Molise	31,41	16,90	23,01
Campania	40,31	18,96	27,63
Puglia	36,45	18,22	25,71
Basilicata	30,46	15,81	22,12
Calabria	30,59	15,64	22,06
Sicilia	33,34	17,89	24,38
Sardegna	37,62	18,63	26,62
Nord-ovest	43,46	22,25	30,44
Nord-est	41,34	20,99	29,00
Centro	39,29	20,23	27,93
Centro-Nord	41,55	21,29	29,27
Mezzogiorno	35,56	17,90	25,24
Italia	39,61	20,28	28,03

Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte

Valore in drastica riduzione, Italia ai minimi europei

UNO SGUARDO D'INSIEME

Il tasso di mortalità infantile, data la correlazione negativa che lo lega alle condizioni sanitarie, ambientali e socio-economiche, si può interpretare come espressione del livello di sviluppo e di benessere di un Paese.

In Italia, i più rilevanti progressi si sono avuti proprio riguardo a questo indicatore che negli ultimi dieci anni si è ridotto addirittura del 50 per cento attestandosi, nel 2004, sul 3,7 per 1.000.

DEFINIZIONI UTILIZZATE

Il tasso di mortalità infantile si ottiene dal rapporto tra l'ammontare dei decessi dei bambini nel primo anno di vita in un determinato anno di calendario e il numero di nati vivi nello stesso anno di riferimento. Il tasso di mortalità neonatale considera invece, a parità di denominatore, i decessi avvenuti nel primo mese di vita dovuti principalmente a cause cosiddette endogene, quindi legate alle condizioni della gravidanza e del parto o a malformazioni congenite del bambino. Le cause esogene contribuiscono alla mortalità dei bambini nel periodo post-neonatale e generalmente sono prodotte da patologie legate a carenti condizioni igieniche, servizi sanitari non adeguati e difficilmente accessibili, bassi livelli di istruzione delle madri, inadeguata alimentazione.

L'ITALIA NEL CONTESTO EUROPEO

Una tendenza alla diminuzione della mortalità infantile si rileva anche in Europa, seppur in modo meno accentuato e con battute di arresto e oscillazioni. I processi di allargamento dell'Unione, infatti, almeno nel breve periodo, mettono in risalto le differenze nelle fasi e nei tempi dello sviluppo dei diversi paesi. Nel 2004 emergono forti divergenze territoriali e la separazione netta tra est e ovest. Rispetto alla media europea pari al 5,3 per 1.000, Romania e Bulgaria registrano tassi di mortalità infantile decisamente elevati (rispettivamente 17 e 12 per 1.000 nati vivi). Seguono in ordine decrescente Lettonia e Lituania, con valori della mortalità infantile che superano la media europea rispettivamente di circa l'80 e del 50 per cento. Il Regno Unito, con un tasso del 5 per 1.000, si colloca subito al di sotto del valore medio, mentre l'Italia si attesta sui livelli di Germania, Grecia, Spagna, Francia e Lussemburgo. Finlandia e Svezia si posizionano in fondo alla graduatoria con tassi di mortalità infantile molto contenuti, inferiori alla media europea di circa il 40 per cento (rispettivamente 3,3 e 3,1 per 1.000).

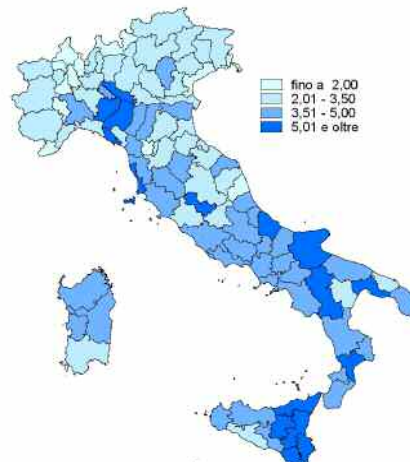
L'ITALIA E LE SUE REGIONI

Anche se il tasso di mortalità infantile italiano si attesta sui livelli dei paesi più avanzati del mondo, non deve essere sottovalutata la forte variabilità territoriale, a svantaggio del Mezzogiorno e di alcune aree del Nord-est. Tra le province con i tassi più elevati, si collocano Catanzaro (8,8 decessi di bambini nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi) e Livorno, Parma, Foggia, Taranto, Piacenza e Chieti (tutte con valori compresi tra 6

e 7 per 1.000). Nel Mezzogiorno solo le province di Brindisi, Matera, Agrigento, Messina e Cagliari presentano valori inferiori a quello medio nazionale. Nell'Italia settentrionale i valori si mantengono al di sotto del livello medio, con l'eccezione di Alessandria (3,8 per 1.000) nel Nord-ovest, di Reggio nell'Emilia (4,2 per 1.000) e Vicenza (4 per 1.000) nel Nord-est. Le province con il tasso più basso sono Gorizia e Novara che non arrivano all'1 per 1.000. Passando a considerare le regioni, il tasso di mortalità infantile più basso si ha in Friuli-Venezia Giulia (1,8 per 1.000) Nell'Italia centrale i tassi sono più bassi della media, tranne che nel Lazio (3,8 per 1.000).

Il focus sul tasso di mortalità nel primo mese di vita mostra come questo indicatore assorba quasi tutta la mortalità infantile, esprimendo nella maggior parte delle regioni almeno il 60 per cento della mortalità infantile totale, con le eccezioni della Sardegna, dove la mortalità neonatale e quella post-neonatale si equiparano, e del Molise, nel quale la maggior parte della mortalità infantile si verifica oltre il primo mese di vita.

Tasso di mortalità infantile per provincia di residenza – Anno 2004 (per 1.000 nati vivi)



Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte

Fonti

- Istat, Indagine sulle cause di morte
- Eurostat, Database New Cronos

Altre informazioni

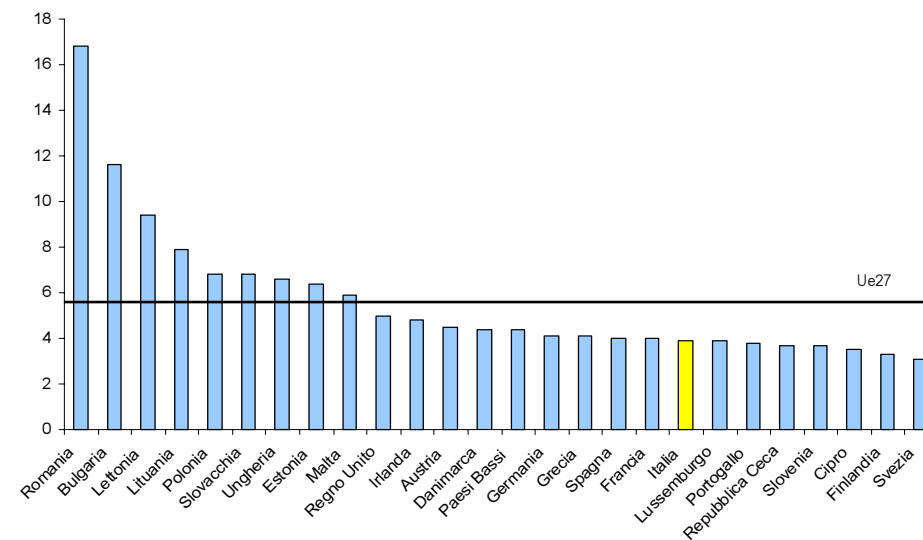
Publicazioni

- Istat, Decessi: caratteristiche demografiche e sociali, 2004
- Istat, Cause di morte, 2002
- Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Rapporto Osservasalute. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Anni 2005 e 2006

Siti internet

- <http://www.istat.it>
- <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Tasso di mortalità infantile nei paesi Ue – Anno 2004 (a) (per 1.000 nati vivi)



Fonte: Eurostat, Database New Cronos
(a) I dati del Belgio non sono disponibili.

Tasso di mortalità nel primo mese di vita e tasso di mortalità infantile per regione – Anno 2004 (per 1.000 nati vivi)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Tasso di mortalità nel primo mese di vita	Tasso di mortalità infantile
Piemonte	2,03	2,59
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	1,70	2,55
Lombardia	1,97	2,79
Liguria	2,41	2,75
Trentino-Alto Adige	2,20	3,49
Bolzano-Bozen	2,20	3,49
Trento	2,20	3,48
Veneto	1,87	2,74
Friuli-Venezia Giulia	1,39	1,78
Emilia-Romagna	2,57	3,65
Toscana	2,74	3,66
Marche	1,79	2,54
Umbria	2,10	3,28
Lazio	2,86	3,79
Abruzzo	3,87	4,68
Molise	1,96	4,32
Campania	3,49	4,62
Puglia	3,67	5,08
Basilicata	3,02	4,53
Calabria	4,06	5,40
Sicilia	3,69	4,87
Sardegna	1,90	3,58
Nord-ovest	2,02	2,73
Nord-est	2,11	3,05
Centro	2,64	3,55
Centro-Nord	2,23	3,07
Mezzogiorno	3,52	4,77
Italia	2,71	3,70

Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte