

Parte I
Valutazioni generali

PAGINA BIANCA

Premessa

Una sanità in evoluzione dalla quale emerge una nuova attenzione per l'identificazione del bisogno sanitario della popolazione, attraverso l'individuazione di metodologie, di strumenti e di rinnovati assetti istituzionali capaci di rispondere alle nuove richieste di domanda di salute del Paese. Questo è il quadro di un anno di sanità, il 1987, oggetto della presente Relazione sullo stato sanitario del Paese, che per la prima volta è redatta su un arco temporale annuale in forma più sintetica e con un contenuto propositivo e valutativo dei servizi di assistenza sanitaria del nostro Paese.

I dati statistici e la loro aggregazione danno diverse chiavi di lettura, diversi spaccati di una società che ha ormai diffusamente recepito l'etica del benessere come parametro generale della tutela della salute, ma che è tuttora condizionata da aree di malessere del sistema, sotto il profilo delle risorse, degli assetti istituzionali, della funzionalità e della individuazione dei campi e delle modalità di intervento.

Risorse, problemi istituzionali e organizzativi hanno costituito nel 1987 aspetti di particolare attenzione e, soprattutto sotto il profilo istituzionale, la ormai matura necessità di trovare assetti più agili e funzionali si è riproposta anche sul piano dell'iniziativa legislativa, attivando un fitto dibattito sia dal punto di vista tecnico-organizzativo sia da quello politico in relazione al rivisitato ruolo delle regioni in materia sanitaria. Ma l'anno 1987, come già sottolineato, si è caratterizzato forse in modo meno clamoroso ma certo assai significativo, per la ricerca di un connotato più preciso del vero grande «interlocutore del discorso sanità»: il bisogno, quel bisogno che genera la domanda alla quale si deve dare una risposta in termini di servizi.

La ricerca di strumenti, di metodologie particolari, come ad esempio l'individuazione di nuovi standards ospedalieri, e il riferimento, prospettato anche in sede di dibattito parlamentare, alla lista delle patologie per un uso più appropriato del farmaco, può ritenersi certamente espressione di una nuova sensibilità, così come la ricerca di soluzioni mirate, al di fuori delle massificazioni alienanti, per gli anziani.

Sotto questo aspetto, si può dire che il 1987, anno di vigilia del decennale della legge di riforma sanitaria, ha rappresentato un significativo periodo di bilancio e insieme di «semina» di nuove idee e nuovi riferimenti, in cui la tematica dei bisogni ha assunto una incidenza più significativa rispetto al tradizionale preponderante impatto delle tematiche collegate ai problemi delle risorse e dell'efficienza.

È stata avviata una operazione certamente difficile, ma indispensabile: l'identikit della mappa dei bisogni. Per il momento, ma è già importante, si tratta di un avvio più di intenti che di risultati, e d'altro canto è pur vero che non si possono sperare risultati se non c'è chiarezza e determinazione. Il 1987 non li ha scoperti, perchè a livello di enunciato non erano certo mancati in precedenza; ma sicuramente li ha sottolineati. Forse è anche questo diverso modo di considerare il quotidiano parametrato ai bisogni, oltre che ad altri fattori, che rappresenta lo spunto più significativo dell'anno 1987, da verificare in avvenire.

Questo è il quadro di sintesi di un anno definito appunto in evoluzione, un'evoluzione che nel settore della sanità si caratterizza sotto vari profili.

Prima di tutto per quanto riguarda le tecnologie. Le acquisizioni scientifiche hanno consentito di poter disporre di apparecchiature sofisticate, impensabili appena 10 anni fa; la ricerca biomedica ha attinto traguardi importanti in campo farmacologico, offrendo soluzioni alternative, se non di elezione, anche su problematiche tradizionalmente riservate all'approccio chirurgico.

Le tecnologie progrediscono rapidamente, non solo con riferimento agli specifici presidi terapeutici, ma anche come strategie dell'intervento sanitario, considerato non isolatamente, ma in una integrazione sinergica con il complesso delle attività volte alla tutela della salute.

Si assiste quindi anche ad una evoluzione stessa della salute attraverso la concreta ricerca di soluzioni atte a tradurre nei fatti il concetto enunciato dall'OMS della salute, in positivo, come stato di benessere fisico, psichico e sociale, in contrapposizione all'idea riduttiva di salute come assenza di malattia. La ricerca di tali soluzioni va assumendo connotati sempre più precisi, passando gradualmente dalla fase della definizione dei principi fondamentali a quella della progettualità di strategie globali e di attività specifiche.

Questo dinamismo speculativo è il segno evidente che la sanità sta acquisendo una nuova dimensione culturale, della quale è necessario tener conto nel valutare i dati oggettivi attraverso i quali cercare di capire, oltre che conoscere, i fenomeni.

Oggi le norme di programmazione nazionale, ad esempio, indicano come standard ottimale dei posti letto l'indice del 6,5 per 1.000 abitanti. Ma non dimentichiamo che appena 20 anni fa la legge ospedaliera del 1968 indicava un indice tendenziale di 15 posti letto per 1 000 abitanti.

L'aver ora ridotto a meno della metà l'indice tendenziale dei posti letto, aggan- ciando a tale indice ulteriori standards sul grado di utilizzazione, sulla degenza media, sul tasso di ospedalizzazione, insieme a nuovi parametri per le piante organiche del personale sanitario, non può essere ascritto solo ad una esigenza di contenimento della spesa ospedaliera pubblica, ma è chiaramente la conseguenza di un diverso modo di valutare, alla luce dell'evoluzione scientifica e tecnologica, le esigenze di ricovero. Una sanità in evoluzione anche per quanto riguarda la domanda, sia per tipologia che per ampiezza.

La civiltà del benessere e il progressivo affermarsi di un nuovo modo di concepire la tutela della salute hanno portato al sorgere di nuovi bisogni sanitari (si pensi ad esempio alla chirurgia estetica) ma anche, come risvolto negativo, al verificarsi di risposte «improprie», dovute alla medicalizzazione di problemi prevalentemente sociali, ovvero al mancato approccio sanitario nei confronti di problematiche socio-sanitarie da considerare indubbiamente come campo di intervento strettamente collegato ad un bisogno che nasce unitario (anziani, tossicodipendenti, problemi della famiglia, proble- mi del disadattamento e dell'handicap, ecc.) e che come tale va considerato e trattato.

La domanda sanitaria risulta altresì condizionata dalla evoluzione della composi- zione demografica, che vede un tendenziale consistente aumento della popolazione anziana, come si sa portatrice di patologie - e quindi di domanda sanitaria - in misura assai più ampia del resto della popolazione.

Sanità in evoluzione, certamente, ma ciò non vuol dire però che il processo evoluti- vo sia costante ed omogeneo. Dai dati risulta sostanzialmente una sanità nuova dal volto vecchio, una sanità ancora incapace di adeguare la risposta, in termini di servizi fruibili, ai nuovi modelli che pure sul piano culturale, sociale e - in buona misura - anche politico risultano accettati e promossi.

Ci troviamo quindi di fronte ad una sanità sbilanciata e disomogenea. Di questa situazione, che ha reso indubbiamente più difficile anche il governo della spesa e la gestione delle risorse umane, la presente Relazione tenta di offrire un quadro sintetico ma sufficientemente rappresentativo della sanità in Italia oggi, un quadro dal quale non solo potesse risultare la nozione dei fenomeni, ma, per quanto possibile, desumersi anche le cause - o le concause - e i trends di evoluzione. Lo sforzo è stato, in altre parole, di uscire dalla logica del documento per entrare in quella dello strumento. In questo senso le brevi analisi che sui fenomeni documentati sono formulate non pretendono né di essere esaurienti né di esprimere certezze: vogliono rappresentare un contributo alla attivazione di approfondimenti che ciascuna delle sedi competenti, materia per materia, è chiamata a porre in essere.

Questo a fronte del mutamento in atto nella coscienza «storica» degli italiani nei confronti della propria salute che emerge da alcuni segnali di cambiamento nel rapporto tra individuo e sanità da un lato e, dall'altro, in un nuovo atteggiamento nei confronti dei problemi del benessere e della malattia, volto ad una migliore utilizzazione delle risorse.

Programmazione sanitaria, valutazione del bisogno e trends demografici

Grande importanza assume allora il processo di programmazione che nella realtà sanitaria italiana sta ora diventando operativa sia da parte del livello centrale che da parte delle regioni. Si va così colmando il divario tra il momento normativo e il momento organizzativo-operativo, cioè il momento della conoscenza, della individuazione corretta dei bisogni attraverso un adeguato sistema informativo che, dai dati epidemiologici, tragga coerenti indicazioni sulle strategie da adottare.

Peraltro, in una visione più avanzata, la programmazione sanitaria non può non essere considerata in modo integrato con altri settori, come l'assetto del territorio, il contesto sociale ed economico, il sistema delle infrastrutture, la tutela ambientale, con l'insieme cioè di quei fattori interagenti che concorrono a determinare quel livello di qualità di vita che corrisponde poi in definitiva al moderno concetto di salute come benessere psico-fisico.

Inoltre la programmazione va legata alla riforma del S.S.N., nel senso che il concreto avvio di un modo nuovo di gestire la sanità è subordinato a modifiche del sistema attuale. A tal fine, nel 1987, è stato presentato dal Governo al Parlamento un organico progetto di riforma degli assetti che recepisce, cercando di tradurle in opzioni organizzative e funzionali, le istanze di maggiore efficienza ed efficacia del sistema, ampiamente maturate nella società.

Viene ridato alla regione il ruolo centrale di programmazione e coordinamento e di maggiore responsabilità nella gestione della assistenza sanitaria ed ospedaliera attraverso la istituzione di un'apposita agenzia amministrativa; vengono ridefiniti la natura giuridica e gli ambiti territoriali della USL; è prevista la istituzione degli enti ospedalieri regionali con propria personalità giuridica di diritto pubblico ed autonomia patrimoniale ed organizzativa.

Si tratta di ipotesi innovative che incidono anche sugli assetti istituzionali, e che richiedono, con tempi ormai non più indilazionabili, un coordinamento normativo a livello di governo centrale. Ma si tratta anche di ipotesi che incidono in senso positivo sui modelli di gestione del servizio, che in alcune regioni hanno trovato vita in specifiche realtà a livello sperimentale quale la gestione dei servizi per «budget» che consentirà una prima verifica della corrispondenza tra bisogni e risposta sanitaria.

È ormai opinione da più parti consolidata che tutto il processo innovativo che investe la sanità in Italia deve andare verso criteri aziendali di organizzazione dei servizi, attribuendo specifiche responsabilità a tutti i centri di spesa. È in questa ottica che va anche ad inquadrarsi l'ipotesi di introdurre la figura del direttore generale manager nella USL quale espressione della introduzione nella gestione pubblica, oltre che della trasparenza amministrativa, anche di criteri di efficienza e di efficacia del prodotto salute.

Si può quindi affermare che il futuro assetto organizzativo del servizio sanitario sarà condizionato dalla necessità di trovare forme di gestione delle risorse più efficaci agli effetti del miglior rapporto costo-beneficio. E allora l'identikit della mappa dei bisogni richiede la centralità dell'informazione, che, quanto più sarà esatta ed esaustiva, tanto più consentirà al governo centrale di rispondere ad una domanda sanitaria mirata e non generica.

Aumenta la popolazione ma scende il ritmo di crescita

La popolazione al 31.12.1987 è risultata pari a 57.399.108 persone con un incremento rispetto all'anno precedente di 108.589 unità. Nonostante la popolazione continui ad aumentare, il suo ritmo di crescita registra una costante diminuzione. È importante segnalare la configurazione della struttura per classi di età della popolazione. L'indice di vecchiaia in Italia ha raggiunto ormai il valore del 77% contro il 73% del 1986. Tuttavia il fenomeno dell'invecchiamento demografico rivela notevoli differenze sul territorio nazionale.

Le più alte proporzioni di ultrasessantacinquenni si ritrovano, infatti, nelle regioni del Centro-Nord. Le strutture per età più giovani si ritrovano nelle regioni meridionali e insulari e in particolare in Campania, Puglia e Sardegna, che a causa dell'elevato livello di natalità non raggiungono la percentuale dell'11% di anziani. L'Abruzzo e il Molise, forse perché zone di storica emigrazione, registrano invece tendenze e livelli più vicini a quelli delle regioni settentrionali che non a quelli delle meridionali.

In riferimento al movimento della popolazione per trasferimento di residenza, importanti sono i cambiamenti nelle ripartizioni territoriali; infatti mentre l'area settentrionale del Paese registra saldi interregionali in leggero aumento, l'area centrale riscontra delle lievi diminuzioni, mentre nel Sud persiste la presenza di un saldo interno negativo.

Il tasso migratorio (indicatore di mobilità sul territorio) è stato nel 1987 dell'1,45 per mille, con un lieve aumento rispetto all'anno precedente.

Diminuiscono matrimoni e nascite

Il numero dei matrimoni nel 1986 è stato di 296.539 unità. Tra il 1980 e il 1986 è diminuito (circa l'8,3%) passando da 323.362 a 296.539, situandosi su un quoziente del 5,2 per mille abitanti.

Si assiste comunque ad una diminuzione del numero di matrimoni come tendenza di lungo periodo. A livello di distribuzione territoriale, la propensione verso il matrimonio permane più elevata nelle regioni dell'Italia meridionale e insulare e più bassa in quelle centro-settentrionali.

Nel 1987, le nascite in Italia sono state 552.329, con una riduzione di circa 10.000 unità (pari al 4,6%) rispetto al precedente anno, con un livello di natalità tra i più bassi tra quelli realizzati nei Paesi europei.

Tuttavia situazioni altamente differenziate si hanno nelle varie regioni. Infatti, i più alti quozienti di natalità si registrano nel Mezzogiorno (Campania 14,2 per mille, Sicilia 12,9 per mille e Calabria 12,2 per mille), al contrario di quanto accade nelle regioni del Centro-Nord. Nell'area centro-settentrionale del Paese merita particolare attenzione il Trentino-Alto Adige, che, mantenendo un livello decisamente alto di natalità (10,1 per mille), risulta più vicino come atteggiamento nei confronti della procreazione all'area meridionale del Paese.

Le interruzioni volontarie di gravidanza

Le interruzioni volontarie della gravidanza (IVG) sono state, nel 1987, 191.469, così ripartite per grandi aree geografiche :

- Nord 81.136
- Centro 41.417
- Sud 51.722
- Isole 17.194.

Rispetto alle IVG del 1986 (n. 198.375) si è avuto un decremento del 3,5 %. La tendenza alla diminuzione è presente in quasi tutte le regioni : fanno eccezione il Molise, la Campania, e la Calabria. La flessione è del 5,5 % al Nord, del 3,4 % al Centro, del 4,6 per cento nelle isole. Al Sud, invece, si registra un incremento dello 0,2 %. Se si considera il fenomeno IVG secondo il «rapporto di abortività» (n. IVG su 1.000 nati vivi), utile in considerazione della diminuzione della natalità, la situazione nel 1987 è la seguente:

	IVG	Nati vivi	Rapporto abortività
- Nord	81.136	194.109	418,0
- Centro	41.417	93.545	442,7
- Sud	51.722	180.642	286,3
- Isole	17.194	84.033	204,6
- ITALIA	191.469	552.329	346,7

In rapporto al 1986 si registra una riduzione del 3,0 %. La distribuzione per grandi raggruppamenti geografici, peraltro, denota una diminuzione nell'Italia centro-settentrionale ed insulare: -4,6 % al Nord, -3,4 % al Centro, -4,1 % nelle Isole; si registra, invece, un aumento dello 0,3 % al Sud.

Se si considera, poi, il tasso di abortività (n. nati vivi su 1.000 donne in età feconda), esso nel 1987 è pari a 13,3 %, così distribuito territorialmente :

	Tasso di abortività
- Nord	12,7
- Centro	15,2
- Sud	14,6
- Isole	10,0
- ITALIA	13,3

Rispetto al 1986 risulta una diminuzione generale del 4,3 %, così ripartita: -5,9 % al Nord, -3,2 % al Centro, -0,7 % al Sud e -5,7 % nelle Isole. Il tasso di abortività nelle quattro ripartizioni geografiche ha lo stesso andamento dei valori assoluti.

Le cause di morte degli italiani

Nel 1986 si sono registrati 537.453 decessi, circa 7.000 in meno rispetto al 1980. Nei grandi gruppi di cause gli spostamenti più vistosi rispetto al 1980 si registrano per i tumori, 14.000 decessi in più, e per le malattie del sistema circolatorio, 19.000 decessi in meno.

La diminuzione dell'accrescimento demografico che si è andata accentuando negli ultimi anni, se da una parte ha consentito una migliore assistenza sanitaria, aumentando in senso favorevole il rapporto tra il numero degli operatori sanitari, le strutture e i fruitori dell'assistenza, dall'altro lato ha determinato un invecchiamento generale della popolazione con un conseguente aumento delle patologie legate alle età avanzate.

Lo stato generale di salute della popolazione italiana, pur rilevandosi notevoli differenze tra il Nord ed il Sud della penisola, può essere considerato discreto per tutte le fasce d'età in base ai criteri indicati dall'OMS. Si notano per altro alcune tendenze generali della popolazione per quanto riguarda alcuni aspetti, quale ad esempio il tipo di alimentazione, che permettono di fare delle previsioni sull'andamento nei prossimi anni di alcune malattie.

Dai dati rilevati da indagini ISTAT risulta che gli italiani ritengono mediamente di avere un discreto stato di salute e questo dato è confortato dall'effettiva diminuzione dell'incidenza di molte malattie e dall'aumento dell'aspettativa media di vita che, se non ha ancora raggiunto l'età di 75 anni per gli individui di sesso maschile come indicato dall'OMS, si sta rapidamente avvicinando a questo obiettivo.

Il fenomeno AIDS e le altre malattie infettive

L'AIDS è diventato un fenomeno che non è più possibile sottovalutare: al 31 dicembre 1987 i casi di AIDS conclamato sono diventati infatti 1 600, 950 dei quali (il 54,6%) nel solo 1987.

Se la curva di incidenza dell'AIDS manterrà l'attuale andamento esponenziale, cosa che è possibile supporre sulla base dell'esperienza di altri Paesi, è possibile prevedere circa 3-4.000 casi alla fine del 1988 e 8-9.000 alla fine del 1989.

Prevenzione è la parola d'ordine del programma mondiale di lotta all'AIDS lanciato all'Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel maggio del 1987.

Su questo obiettivo si è diretta l'azione della speciale Commissione nazionale per la lotta all'AIDS, che ha preparato un piano nazionale articolato in 10 documenti programmatici includenti linee legislative, indirizzi scientifici, elementi di programmazione.

Oltre l'AIDS, merita specifica attenzione il gruppo delle epatiti virali.

Nel 1987 sono stati notificati 11 487 casi, dei quali solo il 45% è «specificato». L'analisi dei dati (che pervengono dal sistema di sorveglianza SEIEVA attivato dal 1984 presso l'Istituto Superiore di Sanità) evidenzia come per l'Epatite A si sia accentuata la tendenza alla diminuzione e come la sua frequenza sia di 4 volte superiore al Sud rispetto al Nord, mentre per l'Epatite B, di frequenza due volte superiore al Nord, non solo v'è un arresto dell'incremento, ma è possibile apprezzare una sensibile diminuzione dell'incidenza. Dal 1985 è in atto una campagna vaccinale contro l'Epatite B: sono stati vaccinati oltre 200.000 soggetti, in gran parte operatori sanitari. Peraltro, una valutazione congrua degli effetti dell'iniziativa potrà essere fatta solo in prosieguo. La coincidenza temporale con l'epidemia di AIDS suggerisce un ruolo indiretto di questa patologia sul fenomeno osservato.

La spesa

La spesa pubblica ed i disavanzi delle USL

La spesa del S.S.N. nel 1987 è risultata a consuntivo di 54.275 miliardi di lire, pari al 5,52% del P.I.L. ed a circa 940 mila lire per abitante.

Si registra quindi, rispetto all'anno precedente, un incremento della spesa di 9.026 miliardi di lire, con un aumento complessivo del 19,9%.

Da un'analisi statistica, in termini relativi, delle singole voci di spesa si rileva una diminuzione dell'incidenza sul totale della spesa, della voce «personale» e soprattutto della voce «beni e servizi». Sono invece in lieve aumento tutte le altre voci di spesa soprattutto per quel che riguarda la voce «assistenza specialistica convenzionata esterna». Tuttavia, in termini assoluti, sono ancora le voci «beni e servizi» e «personale» (che rappresentano in massima parte il comparto ospedaliero) a gravare in modo prioritario, rispetto alle altre voci, sull'ammontare complessivo della spesa. A livello regionale, invece, l'aumento nazionale della spesa si può considerare «equidistribuito» tra tutte le regioni.

Facendo infine un confronto tra il totale delle entrate correnti e quello delle spese correnti è possibile desumere la situazione finale del S.S.N. per il 1987.

Si può quindi rilevare, a fine esercizio, un disavanzo del S.S.N. di 5.285 miliardi di lire, calcolato sulla spesa di competenza, che determina per l'anno 1987, attraverso il ricorso allo strumento tecnico-finanziario del «ripiamento» delle situazioni di deficit emerse nelle regioni, comunque una situazione di non-governo della spesa, cui consegue un sensibile aggravio in termini finanziari. Il tutto alla luce di un disavanzo globale dal 1983 al 1987 di 22 mila miliardi.

Dei 22.000 miliardi di lire occorrenti per il ripiano dei disavanzi o delle maggiori spese sanitarie lo Stato ha messo a disposizione mezzi finanziari per L. 7.000 miliardi impegnandosi, per la parte rimanente, a dare copertura alle rate di ammortamento dei mutui contratti o da contrarre dalle regioni di guisa che al termine dei periodi di ammortamento apparirà la seguente situazione:

	Importo ripiano	Rate annuali	Spesa complessiva
Ripiano 1980-83	7.000	=	7.000
Ripiano 1984	2.400	400 × 10	4.000
Ripiano 1985-86	7.300	800 × 20	16.000
Ripiano 1987	5.300	580 × 20	11.600
Totali	22 000		38.600

Fonte: elaborazione ISIS su dati Ministeri Sanità e Tesoro

Aumenta la spesa privata delle famiglie

Indicativo sicuramente per la lettura dei singoli bisogni è il livello di consumo di beni e servizi sanitari nel 1987, che è di tipo sia quantitativo che qualitativo e che si intreccia con i più vari aspetti della vita sociale.

Si denota un deciso aumento dei consumi e della spesa a carico delle famiglie, che dal 1983 ad oggi non sembra attenuarsi e che è pari a 14.218 miliardi nel 1987 con un aumento del 7,9% rispetto al 1986. La voce più rilevante è quella dei «farmaci» (4.349 miliardi), seguita dai «servizi medici» (4.307 miliardi) e dall'«assistenza in case di cura private» (3.691 miliardi).

Questi dati rappresentano il segnale di un mutato atteggiamento sanitario della popolazione, che si oppone al tentativo di «congelare», per esigenze di contenimento della spesa pubblica, il livello di domanda sanitaria su soglie che le famiglie italiane mostrano di non ritenere sufficienti.

Se allora il volume complessivo della spesa sanitaria cresce anche al di là e al di fuori di quello che è l'impegno dello Stato, compito del servizio sanitario è quello di operare una verifica del livello dei bisogni sanitari che vengono soddisfatti.

Le aree del malessere

L'attenzione perciò deve essere rivolta a determinare quali sono le «aree del malessere» e come meglio si può operare negli anni a venire.

Dall'analisi dei dati più significativi del 1987 non c'è dubbio che problemi come quelli degli anziani, della tutela materno-infantile, delle tossicodipendenze, dell'assistenza ospedaliera sono quelli che richiedono risposte più immediate perché debole è la tutela di questi bisogni.

Ma per arrivare a disegnare una reale mappa occorre partire da una compiuta analisi dell'incidenza delle patologie per aree definite, quale indicatore da privilegiare per una corretta valutazione epidemiologica dello stato di salute della popolazione. Questo tipo di analisi ha alla sua base i dati che si riferiscono al rapporto medico-paziente (numero di visite, diagnosi effettuate, prescrizioni farmaceutiche e di altra natura), al tasso di utilizzo delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere, alla loro ricettività, al rapporto personale-paziente e così via.

Alcuni di questi elementi fondamentali per una conoscenza approfondita dello stato di salute del Paese sono ancora ad uno stadio iniziale di informazione, per altri invece il livello di conoscenza consente già di arrivare alla definizione di indicatori e di standards.

L'ospedale

Ci si riferisce al primo fondamentale segmento che è quello dell'assistenza ospedaliera cui la legge finanziaria 1988 ha assegnato numerosi fondi e nella cui direzione si è operato per la determinazione di obiettivi unificanti su tutto il territorio nazionale.

L'attività ospedaliera è stata svolta in Italia nel 1987 da 1.774 istituti (il 65% pubblici e il 35% privati convenzionati per complessivi 437.829 posti letto).

Il 44% di tutti gli istituti è al Nord, il 22% al Centro, il 24% al Sud e il 10% nelle Isole.

La distribuzione regionale degli istituti ospedalieri è molto eterogenea: in Lombardia ci sono il 13% di tutti gli ospedali italiani, seguono il Lazio con il 10% e la Campania con il 9%

Il 43% degli ospedali del Sud sono privati convenzionati.

Se si considera la distribuzione territoriale dei posti letto, i valori percentuali variano alquanto. Al Nord sono 213.235 (48,7% del totale nazionale), al Centro 86.323 (19,7%), al Sud 99.636 (22,8%) e nelle Isole 38.635 (8,8%). Le Regioni con il maggior numero di posti letto sono la Lombardia con 68.281 (15,6% del totale nazionale), il Veneto con 42.841 (9,8%), il Lazio con 39.015 (8,9%).

La degenza media nel complesso degli istituti di cura (pubblici e privati) è stata di 11 giorni e specificatamente di dieci giorni negli ospedali e di 19 giorni nelle case di cura private. Nelle varie regioni, peraltro, i valori sono diversificati.

Il tasso di spedalizzazione generale è stato del 172 per mille.

Il tasso annuale di utilizzazione dei posti letto è in Italia, per gli ospedali, del 67,4%, con valore minimo di 55,1% in Calabria e massimo di 75,4% in Molise (non considerando l' 82,2% della Valle d'Aosta perché si riferisce ad un solo Istituto); per le case di cura private convenzionate il tasso è di 85,8% con valore minimo di 58,2% in Molise e massimo di 97,7% in Abruzzo. In realtà la differenza fra questi tassi dipende da numerosi fattori tra cui le caratteristiche degli istituti e i tipi di reparti; un'analisi più razionale è quella a livello di singolo istituto e reparto o per singola disciplina nelle varie regioni.

L'indice di rotazione, che esprime il numero medio di pazienti che è passato per un posto letto, varia dal 19 della Puglia a valori superiori a 25 in Sicilia, Campania, Molise, nella provincia di Trento e in Valle d'Aosta.

L'80% dell'intera spesa ospedaliera si riferisce agli ospedali gestiti direttamente dalle USL per un totale di circa 23.000 miliardi. Quasi l'11% è invece riferito alle spese per l'assistenza ospedaliera erogata in regime di convenzione obbligatoria dalle cliniche e dai policlinici universitari, dagli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e dagli ospedali ecclesiastici classificati per un totale di 3.122 miliardi. Poco meno del 9% è riferito, infine, alle case di cura e agli altri istituti privati convenzionati per ulteriori 2.495 miliardi.

Problema nodale del comparto ospedaliero resta quello del riequilibrio territoriale, di contenere il fenomeno della mobilità interregionale e rispondere ai bisogni delle famiglie «in loco», con l'ottica di garantire una omogeneità di prestazioni su tutto il territorio nazionale, in un flusso circolare di informazione, innovazione, professionalità che superi le antiche divisioni territoriali. In questo modo e con questa premessa l'«azienda» sanità potrà accogliere la sfida bivalente del «taglio» dei rami improduttivi e dell'ammodernamento ed innovazione tecnologica del patrimonio sanitario pubblico.

Una corretta azione di riequilibrio dovrà inoltre considerare - e qui il ruolo programmatico delle regioni sarà fondamentale - aspetti logistici, riguardanti la congruità delle allocazioni ospedaliere rispetto alla tipologia di domanda sanitaria comunque condizionata dalle caratteristiche socio-economiche e geomorfologiche del territorio; aspetti strutturali riguardanti la diffusione dell'innovazione tecnologica, con tutti gli interventi necessari per consentire la compatibilità delle tipologie edilizie e strutturali con tale innovazione; aspetti manutentivi straordinari, per restituire livelli di fruibilità accettabili a molti presidi giunti pressoché a livelli di fatiscenza o per trasformare la destinazione d'uso per altre finalità socio-sanitarie.

Il problema della terza età

Il riferimento primario va al problema della popolazione anziana che rappresenta nel nostro Paese il 13,65% della popolazione italiana e il cui trend previsionale tenderà ad aumentare.

Non c'è dubbio che l'integrazione tra sociale e sanitario specie in riferimento a questa categoria rappresenta una prospettiva irreversibile. Il citato piano pluriennale di investimenti da impiegare per la realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti ha iniziato a rispondere a questa problematica.

Deve essere infatti un impegno preciso e prioritario delle istituzioni pensare a risposte organiche ed efficaci ai problemi degli anziani, che sono sia problemi sanitari, ma anche problemi esistenziali e di rapporti. Si pensa che nel 1986 il 24,3% dei ricoveri in ospedale ed il 22,6% delle visite mediche riguardano persone con età superiore ai 64 anni e si rende conto che il peso della popolazione anziana su tutto il Servizio sanitario nazionale è elevato.

Non si tratta solo di attivare una adeguata rete di strutture sanitarie e socio-sanitarie, ma di prevedere anche nuove ipotesi nelle fasi acute quali l'ospedalizzazione a domicilio o nel caso di anziani autosufficienti il reinserimento in attività socialmente utili.

L'interesse della politica socio-assistenziale delle regioni si è finora mossa su talune linee guida che vanno dal superamento del concetto generico e massificato di categoria a interventi specifici sul territorio accompagnati da una presenza capillare per rispondere direttamente ai bisogni espressi dalla popolazione anziana. L'orientamento è quello di mantenere l'anziano il più possibile nel proprio ambiente naturale e sociale evitando laddove possibile il ricovero, fonte di emarginazione e isolamento.

Quali risposte per la salute mentale?

Anche per l'area dell'assistenza psichiatrica compito essenziale del servizio è la valutazione del bisogno. La scarsità di un adeguato livello di informazioni e difficoltà metodologiche di rilievo nelle indagini effettuate limitano la conoscenza reale del bisogno di quest'area dove da tempo si avverte l'esigenza di una riforma della legge 180 del 1978.

A quasi dieci anni dalla prevista abolizione dei manicomi si registra ancora la presenza di 39.885 degenti negli 84 ospedali psichiatrici pubblici e privati, dotati di 33.405 posti letto.

I dati delle indagini ISTAT sullo stato di salute della popolazione rilevano un indifferenziato disturbo psichico che presenta un ventaglio di situazioni che non consentono a tutt'oggi una valutazione delle reali necessità dell'assistenza psichiatrica. Dall'altro lato le regioni, in assenza di una idonea programmazione nazionale nel settore, hanno posto rimedio con una serie di leggi sulla psichiatria che diversificano i servizi da regione a regione e creano una notevole «disomogeneità» di intervento.

In più il ricorso da parte delle famiglie al ricovero nelle case di cura convenzionate accresce la difficoltà di quantificare il numero di pazienti cronici ai fini di una corretta programmazione dell'assistenza.

E ancora la creazione di strutture intermedie (case famiglia, comunità protette, day hospital, centri per la riabilitazione dei pazienti dimessi dall'ospedale psichiatrico) presenta dati disomogenei tra regione e regione e in molti casi la creazione di queste strutture è stata lenta e insufficiente. Analoga situazione si presenta per i servizi psichiatrici di diagnosi e cura, che mostrano forti squilibri tra le regioni del Nord e quelle del Centro-Sud. Gli stessi problemi investono il personale, i cui organici carenti in alcune regioni sono causa della mancata attivazione delle strutture psichiatriche previste dalla legge.

Tutto ciò richiede l'urgenza di una riforma nel settore ma si inquadra nella stessa ottica di una lettura attenta dei bisogni di categorie che sono sicuramente più esposte di altre e che richiedono una tutela più efficace da parte dello Stato.

Salute dell'infanzia e della donna

La mappa dei bisogni della popolazione infantile mostra variazioni rilevanti tra il Nord ed il Sud. Secondo i dati del sistema informativo del Ministero della Sanità risulta che nel 1987 la popolazione assistibile per pediatria varia significativamente tra il Nord ed il Sud: a 815 bambini per pediatra in Liguria se ne contrappongono 4.340 in Calabria. I dati, dovuti oltre che alla differenza del numero di pediatri anche alla diversissima struttura per età della popolazione delle due regioni considerate, richiamano però l'attenzione sull'urgenza di interventi mirati nell'area della tutela materno-infantile.

Ci si riferisce in particolare ai consultori per la consulenza familiare e materno-infantile: infatti il 63% dei consultori si concentra nelle regioni settentrionali, il 20,1% nel Centro, il 12,2% al Sud e solo il 4% nelle Isole. Il raffronto con le donne in età feconda cui si rivolgono questi servizi mostra disomogeneità geografiche egualmente marcate; infatti a un valore medio italiano di 3.641 donne per consultorio, si trovano valori superiori a 10.000 in Molise e in Campania e valori intorno alle 5.000 donne per consultorio nel Lazio, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna.

Sempre viva l'emergenza droga

Un'area di malessere che presenta confini sfumati per le strette interrelazioni con i problemi sociali è quella delle tossicodipendenze dove l'evoluzione del fenomeno richiede scelte precise sul fronte della prevenzione, della riabilitazione e della repressione finalizzata alla riduzione dell'offerta della droga.

Lo sforzo dovrà essere pertanto quello di promuovere vasti ma finalizzati programmi di aggiornamento del personale sanitario ed assistenziale unitamente all'impegno per la riqualificazione delle strutture sanitarie deputate alla lotta alla droga. Le strutture pubbliche sono aumentate nel triennio 1985-87 del 5% (da 455 a 473). Nello stesso tempo vanno sviluppate le iniziative private con l'intento di trasformare le strutture spontanee di volontariato in strutture di «servizio» a disposizione della collettività.

I dati relativi al 1987 denotano un aumento dell'offerta di droga, un aumento dei decessi, mentre le informazioni circa l'aumento degli assuntori non sono qualitativamente sufficienti. L'analisi dei dati relativi ai decessi denuncia ancora una volta una precisa geografia della droga che si concentra nelle grandi aree metropolitane laddove sono maggiori i fenomeni di emarginazione sociale, disadattamento o solitudine.

Nel 1987 in Italia si sono verificati 516 decessi correlati all'uso di droga, relativi a un tasso di mortalità riferito alla popolazione a rischio dell'1,4%. Merita di essere sottolineato che nelle regioni (dal Piemonte al Lazio), in cui si registra il reddito pro-capite più alto si verificano quasi il 50 % dei decessi

Per quanto riguarda il numero dei tossicodipendenti non esistono stime certe, mentre possono essere segnalati 32 079 tossicodipendenti censiti presso i servizi pubblici territoriali, le comunità residenziali e le carceri.

Vi è poi da rilevare come la tossicomania rappresenti oggi in Italia il veicolo privilegiato per il contagio dell'AIDS. La diffusione dell'AIDS ha visto costantemente la proporzione dei tossicodipendenti tra i casi conclamati (ormai superiore a due terzi).

A questi bisogna aggiungere i casi di tossicodipendenti omosessuali, di partners e di figli di tossicodipendenti, per avere una dimensione dei due fenomeni che insieme pongono numerosi problemi a carico del servizio sanitario sia come impegno ospedaliero che ambulatoriale.

Alcolismo e tabagismo

Sempre nell'ambito delle tossicodipendenze, particolare rilievo assumono anche le problematiche legate ai fenomeni dell'alcolismo e del tabagismo. In merito al primo, i dati indicano, per il 1987, una leggera diminuzione del consumo di alcool in Italia (-1,9% rispetto al 1986). Ancor oggi tuttavia il 20% della popolazione italiana rientrerebbe in una zona di rischio (oltre mezzo litro di vino al giorno per gli uomini, riducibile di un terzo per le donne), mentre il 5% della popolazione avrebbe già sviluppato la sindrome di dipendenza alcolica.

Una sindrome a cui è correlato un non indifferente tasso di mortalità. Alcune stime calcolano infatti tra i 22 mila e i 30 mila il numero di decessi attribuibili all'alcool in Italia, mentre notevoli risultano essere anche i danni provocati alla popolazione infantile e, prima ancora, alla vita intrauterina, dall'assunzione di alcolici (anche in dosi non eccessive) nella fase di gestazione o precedente a questa.

Sul fenomeno del tabagismo è da rilevare come nel 1987 si sia registrata per la prima volta in Italia una flessione nel consumo globale dei prodotti da tabacco.

La quantità di prodotti da fumo venduta nel corso del 1987 è infatti diminuita del 5,3% rispetto al 1986.

Ad una diminuzione quantitativa fa poi riscontro un miglioramento anche a livello « qualitativo», giacché, nonostante il 46,9% del mercato risulti coperto da due tipi di sigarette con una quantità di «condensato» piuttosto alta, uno studio condotto dall'Istituto Superiore di Sanità ha rilevato come negli ultimi 15 anni la diminuzione del «condensato» sia stata piuttosto consistente: meno 43%

Nonostante questi indici di una evoluzione in senso positivo del fenomeno tabagismo in Italia, è tuttavia doveroso sottolineare l'alto numero di decessi attribuibili al fumo: circa 140.000. Un dato particolarmente allarmante, soprattutto considerando che dal 1972 al 1986 l'incremento maggiore di decessi, approssimativamente attribuibili al fumo, si è registrato proprio per i tumori maligni al polmone e all'apparato respiratorio. Due patologie più direttamente correlate al tabagismo e che dunque, meglio di altre, confermano l'incremento della mortalità tabacco-correlata

Infortuni e malattie professionali

Nel corso del 1987 in Italia si sono complessivamente verificati 1.008.096 casi di infortunio sul lavoro, 37.556 casi di malattie professionali accertate e 10.365 casi di silicosi e asbestosi.

Nello stesso anno i casi di morte direttamente causata da infortuni sul lavoro e malattie professionali sono stati 2.076.

Un incremento si è verificato nel biennio 1986-87. Infatti nel 1986 i casi di infortunio sul lavoro sono stati 882.356, i casi di malattie professionali 39.692, i casi di silicosi e asbestosi 9.015. I decessi causati da infortuni sul lavoro e da malattie professionali sono stati 2.485.

Per quanto riguarda in generale la tutela della salute nei luoghi di lavoro, una indagine disposta dalla undicesima Commissione della Camera sulla distribuzione territoriale e funzionale del personale addetto alle attività di prevenzione ha rilevato che circa un terzo delle USL (in gran parte nel meridione) non dispone di operatori in tale settore.

Malformazioni congenite

I dati sulle malformazioni congenite in Italia sono disponibili grazie ad un sistema di registrazione «volontario» e «di ricerca» che trovano un momento di sintesi nell'Indagine Policentrica Italiana sulle Malformazioni Congenite (IPIMC) coordinata dalla Clinica Pediatrica dell'Università Cattolica nell'ambito dei Progetti Finalizzati di Medicina Preventiva del Consiglio Nazionale delle Ricerche. Il registro IPIMC nel 1986 ha registrato le malformazioni evidenti alla nascita o nella prima settimana di vita segnalate volontariamente da 167 ospedali localizzati in 18 regioni italiane (58 al Nord, 51 al Centro, 58 al Sud e Isole), riguardanti 139.775 neonati (53.459 al Nord, 32.920 al Centro e

53 297 al Sud e Isole) pari al 25% di tutti i nati in Italia. In totale sono state registrate 3.341 malformazioni di cui 2.464 gravi e 877 lievi. Il tasso di incidenza di neonati malformati nel 1986 è risultato di 18,3 per mille nati, l'incidenza di malformazioni di 23,9 per mille nati.

Per quanto riguarda il 1987 i dati preliminari su circa il 90% del totale atteso ci permettono di tracciare un quadro del tutto analogo a quello del 1986. Il tasso di incidenza di neonati malformati risulta del 17,7 per mille e quello delle malformazioni del 22,5 per mille.

Un anno di svolta per il personale sanitario

In Italia nel 1987 il personale dipendente delle USL ammonta a circa 600.000 unità. Il 60% è inserito nel ruolo sanitario, lo 0,3% nel ruolo professionale, il 28,6% nel ruolo tecnico e l'11,1% nel ruolo amministrativo

Il 49% di tutto il personale dipendente delle USL è al Nord, il 20% al Centro, il 22% al Sud e il 9% nelle Isole.

Analizzando la situazione a livello regionale la Lombardia, il Veneto e l'Emilia-Romagna hanno la percentuale più alta di personale dipendente con rispettivamente il 13%, il 10% e il 9%.

Complessivamente, nel 1987, in Italia ogni unità di personale ha avuto in carico 96 assistibili.

Il 1987 è stato caratterizzato dalla chiusura degli accordi relativi ai rinnovi del contratto del comparto sanitario e delle convenzioni con il Servizio sanitario nazionale ponendo fine ad una serie di lunghe e complesse vertenze sindacali, che, pur muovendosi da diverse angolazioni e da differenziate posizioni giuridico-normative, hanno avuto come motivo unificante quello della valorizzazione della professionalità unita ad un sostanziale miglioramento del trattamento economico sia per il personale dipendente che per quello a rapporto convenzionale.

La conclusione di tali vertenze ha pertanto rappresentato un qualificante momento di rilancio del potenziale di efficienza e produttività del Servizio sanitario nazionale. L'aver giustamente valorizzato le molteplici professioni che operano nel settore con incrementi retributivi che, per il personale dirigente medico e non, hanno volutamente superato le medie di progressione economica registrate nel complesso del pubblico impiego, è stata una scelta sì onerosa, ma indubbiamente necessaria ed opportuna per dare il segno di una volontà nuova emergente nel Paese per la valorizzazione delle professionalità.

È chiaro come, tuttavia, contestualmente a tale scelta, si ponga oggi l'esigenza di tradurre in un migliore servizio e in una più attenta valutazione delle nuove esigenze di assistenza, nonché in un preciso impegno di aggiornamento professionale per tutti gli operatori, l'insieme delle discipline economiche e normative contenute nei nuovi accordi di lavoro del settore sanitario.

Tale obiettivo, dal quale traspare la finalità di un diverso rapporto tra gratificazione economica e impegno professionale da parte degli operatori sanitari, è il vero traguardo cui si deve tendere a conclusione di questa impegnativa stagione contrattuale.

Quale politica per il ticket?

Il 1987 ha visto attuare quanto contenuto nell'accordo tra Governo e confederazioni sindacali CGIL, CISL e UIL nel dicembre del 1986 per una diversa regolamentazione del regime di partecipazione alla spesa sanitaria del cittadino.

Tale accordo prevedeva l'abolizione del ticket sulle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e un sostanzioso ridimensionamento del ticket sull'assistenza farmaceutica.

Dopo un anno di sperimentazione del nuovo regime vanno essenzialmente rilevati due aspetti:

1) l'abolizione del ticket sulle analisi da un lato e il ridimensionamento di quello farmaceutico dall'altro ha ovviamente portato ad un incremento della spesa per le USL nei due settori, anche al di sopra delle stime effettuate in sede di accordo tra Governo e Sindacati;

2) nel settore delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio è stato inoltre evidenziato un fenomeno, anch'esso superiore ai livelli previsti, di iperconsumo, che pone in evidenza la necessità di una analisi specifica finalizzata all'individuazione del corretto bisogno assistenziale nel settore. In proposito infatti sono lecite alcune perplessità sulla moltiplicazione delle prestazioni, in quanto in teoria, al di là dell'impegno diretto o meno del cittadino sul costo del servizio, il comportamento prescrittivo dovrebbe rimanere pressoché costante. Se ciò non fosse saremmo dinanzi ad una domanda di salute ipovalutata in regime di ticket, ovvero ad una sua corretta ipervalutazione in assenza di ticket.

Ambedue i fenomeni sopra rilevati confermano comunque che lo strumento ticket resta un indiscutibile mezzo di contenimento della spesa sanitaria.

Spetta ora al Governo e al Parlamento dare indicazioni precise sui limiti «gestibili» dell'impegno pubblico nel settore della sanità e nell'ambito di tale individuazione quantificare «la porzione» del necessario intervento diretto da parte del cittadino.

Le linee della ricerca biomedica

La ricerca italiana, e non solo quella biomedica e socio-sanitaria, attraversa una fase molto delicata, nella quale una crescita progressiva, sia di impegno finanziario che di risultati raccolti, si accompagna alla necessità di cambiamenti, anche drastici, nella struttura, gestione e programmazione dell'intero sistema. I due temi salienti, che hanno caratterizzato il 1987, sono senza dubbio rappresentati dall'inderogabile intervento, straordinario all'inizio, a favore della ricerca nel Mezzogiorno, e dalla proposta di legge sull'autonomia dell'Università. La risoluzione di questi problemi è prevedibile nel medio termine. Il nuovo assetto che si verrà così a determinare, grazie anche alla programmata massiva introduzione delle giovani leve di ricercatori e alla promozione dell'internazionalizzazione delle strategie di ricerca, dovrebbe produrre un sensibile passo avanti nel mondo della ricerca italiana.

La prevenzione del diabete

Il 1987 ha segnato un'importante tappa per la lotta a questa malattia, la cui importanza sociale è stata codificata dal Governo con una legge (n. 115/87) che ha stanziato per il triennio 1987-89 la somma di 22,4 miliardi per interventi a favore dei soggetti diabetici.

Il Ministero della Sanità ha avviato inoltre una indagine nazionale con lo scopo di censire tutte le strutture delle USL destinate all'assistenza dei diabetici e di valutare la prevalenza della malattia tramite un'indagine campionaria.

La previsione di questi interventi avrà ricadute positive in termini di assistenza ai diabetici e soprattutto in termini di prevenzione primaria e secondaria del diabete insulinodipendente e non insulinodipendente.

Urgente la revisione della normativa sui trapianti d'organo

Nel 1987 sono stati effettuati 629 trapianti di cui 426 di rene e 133 di cuore. Complessivamente dal 1972 l'attività di trapianto fa rilevare 3.148 interventi.

L'esigenza di una revisione della legge n. 644 del 1975, comunque avvertita, è da tempo all'attenzione del Parlamento.

Da un'attenta analisi statistica del problema trapianto d'organo, se ne deduce che questo settore della sanità è tuttora insufficiente ai bisogni della popolazione e nettamente meno sviluppato rispetto agli altri Paesi occidentali. In Italia, comunque, a livello regionale, si osserva che nel Nord l'indice «trapianti/milioni di abitanti» è nettamente più elevato della media nazionale, mentre lo stesso rapporto risulta molto basso nel Centro e Sud della penisola. Grave e marcato è anche il divario tra Nord e Centro-Sud del Paese in termini di donazione d'organi.

La riduzione di questo dislivello è compito primario da perseguire, insieme a quello d'incrementare in assoluto la donazione, nell'intento di offrire eque possibilità di cura a tutta la popolazione.

Tuttavia i dati disponibili sull'attività di trapianto d'organo in Italia consentono di nutrire ottimismo per la soddisfacente qualità dei risultati clinici.

L'inquinamento ambientale nel 1987

Nel 1987 si sono registrati numerosi episodi di inquinamento ambientale, che hanno richiesto interventi dell'autorità sanitaria e misure correttive in un quadro di riferimento che pone l'Italia in una posizione ancora molto lontana dall'applicazione e messa in opera dei «targets» dell'OMS. Questo ritardo risulta dovuto sia a carenze dal punto di vista legislativo che da quello applicativo.

Data la gravità del fenomeno è auspicabile una rapida risoluzione di questi problemi per cercare di arginare e di contenere i danni già provocati sull'ambiente. La carenza assoluta negli anni scorsi di adeguati organismi competenti per il controllo e la prevenzione ha fatto sì che si accumulassero sostanze nocive nel terreno, nell'acqua e nell'aria fino a livelli decisamente superiori a quelli indicati dall'OMS come livelli di soglia.

Primo fra tutti l'inquinamento di acque destinate al consumo umano: nel 1987 circa due milioni di persone, infatti, sono rimaste prive di un adeguato approvvigionamento di acqua potabile a causa dell'inquinamento delle falde acquifere da parte di erbicidi (atrazina, molinate e bentazone). Mentre nel settore delle acque di balneazione, a fronte di un incremento dei rilevamenti dei campioni di acque, si è registrato un miglioramento della qualità delle stesse (86,2% di campioni favorevoli nel 1987 rispetto all'81,5% del 1986).

Quanto all'inquinamento atmosferico, si è ravvisata l'esigenza di una ristrutturazione dei servizi di rilevamento, mediante lo sviluppo di una rete di monitoraggio e mediante l'adozione di sistemi di rilevamento omogenei e confrontabili.

Per il settore dell'inquinamento acustico, i dati rilevati in alcune aree urbane hanno messo in evidenza un elevato tasso di inquinamento acustico che si colloca, con valori molto elevati, al di sopra delle soglie di accettabilità.

La situazione, per quanto riguarda le radiazioni, dopo Chernobyl, non ha invece registrato nel 1987 particolari situazioni di contaminazione ambientale.

Al riguardo va sottolineata la necessità di approntare criteri generali di pianificazione delle emergenze, tenendo conto delle più recenti esperienze e della necessità di predisporre piani di emergenza locali.

Un aspetto dell'inquinamento che andrebbe studiato in maniera approfondita è quello termico che si verifica prevalentemente nelle vicinanze di centrali termoelettriche e nucleari a carico soprattutto delle acque. Il riscaldamento dei corsi d'acqua provoca delle alterazioni nella fauna e nella flora che dovrebbero più attentamente essere prese in considerazione.

Sul fronte dello smaltimento dei rifiuti si registra l'approvazione della legge n. 441 del 29 ottobre 1987, di conversione del decreto legge n. 361 del 31 agosto 1987 concernente «Disposizioni urgenti in materia di smaltimento dei rifiuti». Questo provvedimento rappresenta l'avvio di una sistemazione organica dell'intero settore dell'inquinamento ambientale, come previsto dal D.P.R. n. 915 del 1982.

Servizi veterinari: manca personale specializzato a fronte della crescita di nuove problematiche

Nel 1987 la consistenza del patrimonio zootecnico relativamente a bovini e suini è di 8.711.828 capi di bovini e di 8.816.073 capi di suini.

Dall'analisi svolta a livello regionale si rileva un aumento, benché modesto, rispetto al 1986, del numero di bovini, a cui si contrappone invece una diminuzione del numero dei suini. Calo registrato per la prima volta nel corso del triennio 1985-87.

Anche per il 1987 si riscontra una prevalenza di bovini e suini nell'Italia settentrionale, in particolare nelle regioni Piemonte, Lombardia e Veneto. Per quanto riguarda le malattie degli animali soggette a denuncia nel biennio 1986-87, sono da segnalare la leptospirosi bovina e l'anemia infettiva equina. Si registrano, infatti, nell'ambito di queste due malattie, significative diminuzioni sia per quel che riguarda il numero dei focolai, sia per il numero degli animali infetti. La prima, infatti, passa da 9 a 4 focolai e da 33 a 7 animali infetti; la seconda da 7 a 3 focolai e da 4 a 0 animali infetti.

Per la agalassia contagiosa, nonostante si sia verificata una diminuzione dei focolai passati da 23 a 14, si registra tuttavia un aumento piuttosto consistente del numero degli animali infetti passati da 337 nel 1986 a 961 nel 1987.

Nel 1987 i servizi veterinari del Servizio sanitario nazionale sono caratterizzati da:

1) mancanza di personale specializzato e di personale collaboratore. Si tratta di carenze che vanno dal 30% al 50% delle necessità per i medici veterinari e del 50%-100% per il personale collaboratore di ogni ordine e grado;

2) il settore della sanità animale ha registrato, nel 1987, un arretramento nella efficacia della lotta contro la TBC bovina e le brucellosi animali, mentre ha segnato un grosso recupero di efficienza nella lotta contro l'afte epizootica e contro la peste suina classica. Persiste la peste suina africana in Sardegna, malgrado sia ridotta all'interno di alcune zone della provincia di Nuoro;

3) la crescita delle attività comunitarie, l'espansione dei flussi importativi, segnalano l'emergere di nuovi problemi e di nuove malattie, mentre persistono i danni economico-sociali delle malattie proprie degli animali allevati intensivamente;

4) differenziazioni tra le regioni del Nord e quelle del Sud nell'intraprendere iniziative profilattiche;

5) l'andamento dei controlli veterinari di sanità pubblica veterinaria, in generale, è inadeguato perché le USL e le regioni non sono sufficientemente attive al riguardo e quando, invece, lo sono trovano negli istituti zooprofilattici sperimentali una mancata risposta di servizio, per carenza organizzativa, di attrezzature e di personale qualificato.

Infortunistica stradale: diminuiscono i decessi

Nel 1987 si sono verificati 282.409 incidenti cui corrispondono 6.784 morti (a sette giorni dall'incidente) e 217.511 feriti. Gli incidenti mortali sono stati 6.065, mentre quelli con solo feriti ammontano a 152.143.

Analizzando il trend dal 1975 al 1987 si nota una netta diminuzione dei morti da 9.511 a 6.784 così come si registra una lieve diminuzione del numero dei feriti passato da 229.898 nel 1975 a 217.511 nel 1987. È quindi possibile, in base ai dati disponibili, mostrare alcuni effetti attribuibili alla coscienza antinfortunistica che sta crescendo e consolidandosi nel nostro Paese. È visibile come il momento attuale sia particolarmente favorevole per lo sviluppo di azioni svolte al controllo del numero e della gravità degli incidenti stradali. Tuttavia alla luce dei risultati relativi all'uso obbligatorio del casco e, soprattutto, in vista dell'introduzione dell'uso obbligatorio delle cinture di sicurezza e del controllo dell'alcoemia dei conducenti, appare urgente impostare programmi atti a fornire una corretta valutazione delle ricadute, sia in termini strettamente sanitari, sia in termini più generali di costo sociale.

Salute, alimentazione e consumi

Nel 1987 i consumi alimentari medi della popolazione italiana, secondo le rilevazioni dell'Istituto Nazionale della Nutrizione, denunciano una maggiore assunzione nelle regioni del Nord Italia di calorie sotto forma di lipidi, in particolare provenienti da grassi di origine animale e proteine, viceversa è minore la dose ingerita come carboidrati, mentre in quelle del Centro-Sud l'alimentazione rispecchia di più i canoni di tipo mediterraneo.

Modificazioni verso un tipo di alimentazione su canoni tipici dei Paesi dell'Europa continentale si sono potute riscontrare in Italia negli ultimi anni con conseguenti variazioni dell'incidenza di alcune malattie correlate.

Nel 1980-84 l'Istituto Nazionale della Nutrizione ha condotto in numerose zone del Paese una rilevazione campionaria avente per oggetto i consumi alimentari delle famiglie italiane allo scopo di trarre ulteriori elementi di valutazione rispetto ai dati di calcolo del bilancio alimentare nazionale per rideterminare i livelli medi di disponibilità di ciascuno dei singoli alimenti a partire dal 1980. Dai dati riportati emerge che nel nostro Paese il livello di consumo alimentare dal punto di vista quantitativo è mediamente adeguato alle necessità. D'altro canto i dati confermano la tendenza ad un sempre maggiore squilibrio della razione media rispetto alle indicazioni nutrizionali.

In altri termini aumentano le quote provenienti da proteine e grassi di origine animale, mentre diminuiscono quelle derivanti da carboidrati complessi.

Per quanto riguarda la situazione nutrizionale del Paese, la vulnerabilità nutrizionale è senza dubbio aumentata nello stadio della gestazione ed allattamento, in cui la diade materno-infantile risulta simultaneamente esposta ai rischi derivanti da alimentazione insufficiente e/o non bilanciata. Anche l'obesità della popolazione infantile italiana continua a rappresentare tema di ricerca e di allarme a causa della sua associazione con i fattori di rischio per l'aterosclerosi. Analizzando inoltre gli anziani, che costituiscono uno dei gruppi nutrizionalmente vulnerabili, si nota l'esistenza di carenze nutrizionali, soprattutto nei confronti delle vitamine idrosolubili. In conclusione, da quanto detto, si evince una tendenza ai consumi alimentari, che oltre essere eccedenti le reali necessità, sono anche qualitativamente sbilanciati.

Prodotti cosmetici e igiene personale

Nel 1987 in Italia sono stati spesi 6.456 miliardi di lire in prodotti cosmetici e di igiene personale. Rispetto al 1986 il settore ha totalizzato nel consumo finale un aumento globale del +15,6%.

In media, ogni italiano ha speso 114.000 lire per la bellezza e l'igiene, 15.600 lire in più rispetto all'anno precedente. Gli incrementi più rilevanti si sono avuti nei settori dei prodotti per il viso e per il trucco del viso (+28%), dei prodotti per le labbra (+22,1%), della profumeria alcolica e igiene della bocca. Per quanto riguarda la bilancia commerciale è da registrare un aumento delle importazioni e delle esportazioni sia in valore che in quantità.

Consumo di fitofarmaci

L'ISTAT effettua le rilevazioni sui consumi dei prodotti fitoiatrici acquisendo direttamente dalle ditte operanti nel settore i dati relativi alla immissione di tali prodotti sul territorio nazionale, con esclusione quindi dei quantitativi destinati all'esportazione.

Nel 1987 i consumi sono stati: q. 812.095 di anticrittogamici, q. 290.650 di diserbanti, q. 332.156 di insetticidi per uso agricolo.

Da un confronto con gli anni precedenti, sia per gli anticrittogamici che per i diserbanti e gli insetticidi, si nota un decremento del consumo nell'anno 1987 rispetto al 1986.

Se si considera poi il trend 1983-1987, mentre per gli anticrittogamici il consumo si presenta in diminuzione, per diserbanti ed insetticidi risulta essere aumentato rispetto agli anni considerati.

PRODOTTI	1983	1984	1985	1986	1987
Anticrittogamici	820.034	845.299	851.260	937.343	812.095
Diserbanti	269.948	282.845	285.252	297.775	290.650
Insetticidi	331.873	364.024	344.010	334.896	332.156

L'introduzione massiva dei fitofarmaci nel settore agricolo comporta un rischio notevole di intossicazione acuta soprattutto per i soggetti professionalmente esposti, mentre danni di tipo cronico da accumulo graduale nell'organismo interessano, oltre che gli stessi operatori agricoli, tutta la popolazione in genere che consuma abitualmente alimenti contenenti residui di antiparassitari e, meno frequentemente, acque contaminate da tali prodotti.

I casi di intossicazione da antiparassitari denunciati dai medici ai sensi della legge 638/1975 sono stati - secondo i dati della D.G. Alimenti e Nutrizione del Ministero della Sanità - n. 81 nel 1984 e n. 113 nel 1985.

Per quanto riguarda la patologia cronica da pesticidi, i risultati delle indagini epidemiologiche non permettono una valutazione del danno da esposizione prolungata a tali prodotti.

Consumo di farmaci

Nel 1987, secondo i dati della Farmindustria, sono stati venduti 1.535.550.000 pezzi di farmaci per una spesa globale (pubblica e privata) di 12.530 miliardi.

Rispetto all'anno precedente si registra sia un aumento dei pezzi venduti (+ 1.943.000) che della spesa (+ 1.571 miliardi).

Considerando i consumi in termini di quantità risulta che:

- sensibili riduzioni si sono registrate per la classe degli antitosse e antinfluenzali (- 8,8%), degli analgesici (-7,9%), delle vitamine (-6,5%);
- aumenti dei consumi, invece, si sono registrati per i farmaci relativi al sangue e agli organi ematopoietici (+9,1%), per la classe degli antiflogistici ed antireumatici (+8,9%) e degli psicoanalettici (+8,0%).

Considerando i consumi in valore:

- riduzioni si sono verificate nella classe degli analgesici (-3,4%), degli antitosse e degli antinfluenzali (-1,5%);
- aumenti considerevoli si registrano per la classe degli ACE-inibitori (+ 112%), degli psicoanalettici (+ 56,7%) e dei calcio-antagonisti (+ 50%).

Considerando la distribuzione territoriale nel 1987 in termini di quantità i consumi globali sono diminuiti al Nord (-0,35%) e nel Centro Italia (-2,02%) mentre sono aumentati al Sud (+ 2,23%).

Analizzando il fenomeno in termini di spesa tra il 1987 ed il 1986 si osserva una variazione percentuale media del 14,51%; aumenti di spesa inferiori si sono registrati in Italia centrale (+ 12,6%) e nell'Italia settentrionale (+ 13,94%), mentre nell'Italia meridionale ed insulare si è registrato un aumento superiore alla media (+ 16,39%).

Per quanto concerne i consumi e la spesa a carico del Servizio sanitario nazionale, dai dati del Sistema informativo del Ministero della Sanità risulta per il 1987 quanto segue:

- n. di ricette:		493.051.698
- spesa lorda:	Lire	10 195.241.318
- spesa al netto dei ticket:	Lire	9.382.375.704
- ticket:	Lire	812.865.614
- incidenza del ticket:		7,97%

Rispetto all'anno precedente si rilevano una serie di aumenti: il 41% per le ricette, il 15% per la spesa lorda, il 25% per la spesa netta.

È diminuita invece l'incidenza del ticket sulla spesa lorda di sette punti.

La spesa farmaceutica pubblica per abitante nel 1987 è di lire 178.297, mentre nel 1986 era di lire 154.167, facendo registrare un aumento del 15,6%.

I «targets» dell'OMS e la situazione italiana. Conclusioni

La trentesima Assemblea Mondiale sulla Salute nel 1977 ha deliberato che «l'obiettivo sociale primario dei governi e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nei prossimi decenni dovrà essere il raggiungimento entro il 2000 da parte di tutti i cittadini del mondo di un livello di salute tale da permettere a tutti di condurre una vita produttiva socialmente ed economicamente».

L'obiettivo generale della «salute per tutti entro il 2000» è stato, quindi, riconsiderato dall'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa, che attraverso la partecipazione attiva di esperti di istituzioni sociali e sanitarie dei vari Paesi ha sviluppato, nel 1984, 38 «targets»

Questi «targets» rappresentano il punto di vista comune sul significato della «salute per tutti» in Europa e costituiscono una sfida che ogni Paese ha accettato con se stesso.

Per la prima volta, nella Relazione sullo stato sanitario del Paese, si è tentato il confronto tra l'attuale situazione italiana e gli obiettivi della «salute per tutti».

Alcuni degli obiettivi sono stati raggiunti e superati. I tassi di mortalità infantile e materna sono, infatti, già da alcuni anni ben al di sotto dei livelli stabiliti dall'OMS, anche se la speranza di vita alla nascita, che l'OMS stabilisce debba essere «almeno di 75 anni entro il 2000», è, per gli uomini, ancora al di sotto di qualche anno (72,6 anni nel 1987).

Anche per molte malattie infettive la situazione attuale può considerarsi non troppo lontana dagli obiettivi prefissati.

Queste considerazioni, che valgono per l'Italia nel suo complesso, non sono del tutto valide quando si scende a livello di grandi ripartizioni geografiche o delle regioni. Ancora notevoli sono, infatti, le differenze tra il Nord e il Sud rispetto alle condizioni di salute e di assistenza della popolazione.

Sicuramente molto lontana dai «targets» è in Italia la condizione delle persone disabili o affette da handicap, alle quali raramente vengono date opportunità per vivere una vita «soddisfacente dal punto di vista sociale ed economico». Così come non si è ancora raggiunta una sufficiente sensibilità nella salvaguardia dell'ambiente e nella sorveglianza, nella valutazione e nel controllo dei rischi ambientali che insidiano la salute umana.

Da questo excursus sulla situazione sanitaria italiana si possono quindi trarre alcune conclusioni di carattere generale: la popolazione risulta essere sufficientemente anche se non sempre «ben» alimentata; va data nei prossimi anni maggior importanza a tutti i problemi connessi con l'inquinamento sia a livello legislativo che operativo; alcune malattie sono in decremento mentre altre sono in aumento determinando così un quadro in continua evoluzione dal punto di vista epidemiologico; le tossicodipendenze sembrano essere quantitativamente stabili mentre qualitativamente si riscontra una leggera tendenza al decremento per l'alcolismo e il tabagismo; infine particolare attenzione va rivolta al problema AIDS per l'incremento esponenziale che ha avuto la malattia dalla sua comparsa fino ad oggi.

In conclusione è chiaro che non si può concepire un reale progresso nella tutela della salute facendo solo una strategia dell'efficienza, cercando l'ottimizzazione dell'esistente. Occorre anche attuare una strategia dell'efficacia, cercando e attuando i modelli più idonei ad interpretare nel modo più corretto possibile il rapporto benefici/costi.

I dati numerici, esposti nei diversi capitoli della Relazione, offrono in questo senso una base conoscitiva valida. Si può parlare, in sostanza, di una visione del presente con uno sguardo al passato e uno sguardo al futuro: al passato per trarne le dovute esperienze, al futuro per programmarne gli sviluppi, per una vera realizzazione della garanzia costituzionale della tutela della salute come diritto dell'individuo e interesse della collettività.