

Parte III

Sintesi epidemiologiche
e spaccati valutativi

PAGINA BIANCA

**LA SALUTE DEGLI ITALIANI E LA SPESA SANITARIA DIRETTA ED ESTERNA
AL S.S.N. ED AI TICKETS****20.1. L'analisi della spesa sanitaria privata «diretta»**

La spesa sanitaria esterna al Servizio sanitario nazionale ed ai tickets assume una importanza crescente, per effetto della evoluzione del concetto di salute e delle abitudini sanitarie della popolazione

Si assiste ad uno sviluppo sia quantitativo sia qualitativo del bisogno di salute che si intreccia con i più vari aspetti del vivere sociale: la scuola, il lavoro, il periodo di pensionamento, ecc.

Le complesse interrelazioni che così si stabiliscono comportano che l'analisi della spesa esterna al S.S.N., ovvero della spesa privata «diretta», richiederebbe una ampia disaggregazione per operatori (settori istituzionali, imprese e famiglie) che non è però agevole attuare al livello delle odierne disponibilità di dati

Per quanto riguarda gli operatori istituzionali che spendono anche al di fuori del S.S.N. (si pensi alla medicina militare, delle carceri, portuale, doganale, ecc. attribuite a vari Ministeri) l'analisi è sviluppata in altre parti della presente relazione (si veda in particolare il cap. 7)

Per quanto concerne, invece, le imprese bisogna ricordare che sebbene la sanità aziendale sia ormai interamente a carico del S.S.N., negli ultimi tempi si va evidenziando il fenomeno della compartecipazione delle imprese ai fondi di assicurazione collettiva, promossi a livello per lo più aziendale da gruppi di lavoratori o dai sindacati, con scopo di complementarità rispetto al S.S.N.; tra l'altro tale fenomeno meriterebbe una maggiore attenzione, anche fuori dell'ambito sindacale, non tanto per una mera determinazione quantitativa, quanto per i risvolti di politica economica ed i contributi che tale fenomeno può offrire al dibattito sulla previdenza integrativa. Purtroppo una indagine esaustiva delle spese dirette sostenute dalle imprese non è stata ancora approntata, anche se quanto fin qui argomentato suggerirebbe che una sua realizzazione sarebbe quanto mai opportuna.

20.1.1. La spesa delle famiglie

Questa analisi è limitata all'operatore famiglia, che rappresenta il soggetto di maggiore importanza dimensionale in relazione alle spese dirette esterne al Servizio sanitario nazionale; per le famiglie sono disponibili informazioni abbastanza esaurienti, anche se aggregate, desumibili dai dati rilevati dall'Annuario di Contabilità nazionale dell'ISTAT sui consumi finali interni.

Limitando quindi l'analisi ai nuclei familiari, si può analizzare l'andamento temporale delle spese che rimangono a carico diretto delle famiglie; tale aggregato è individuabile nei consumi in senso stretto (definiti come consumi finali sanitari interni delle famiglie al netto delle prestazioni sanitarie del S.S.N., al fine di depurare il dato dai consumi il cui onere rimane a carico dello Stato) riportati nella tav. 20.1.

Osservando i dati in moneta corrente e prescindendo dal dato iniziale - influenzato dal processo riformatore in atto nei primi anni '80 - si può notare un trend crescente piuttosto regolare, fissato intorno ad un incremento annuo del 17%. Tale equilibrio di crescita nel 1987 ha un brusco arresto portandosi a meno dell'8%.

Più interessante è considerare i dati in moneta costante per individuare il trend di crescita reale (ossia depurato dell'influenza delle variazioni di potere d'acquisto della moneta) utilizzando, in via di prima approssimazione, il deflatore implicito dei consumi finali sanitari. Con questa elaborazione, infatti, si evidenzia, sin dal 1983, un deciso aumento dei consumi in termini reali che ancora non sembra attenuarsi, anche se il 1987 (+ 4,5%) sembra avere riportato sotto controllo la situazione, dopo l'impennata del 1986 che ha fatto registrare incrementi reali di circa il 12%.

Evidentemente il bisogno sanitario a carico diretto della famiglia si è enormemente dilatato nell'ultimo quinquennio, e ciò - probabilmente - sia per effetto di un incremento generale del bisogno sanitario, sia anche per la politica di erogazione di servizi del Servizio sanitario nazionale che, come si vedrà, ha fatto un ricorso massiccio allo strumento della compartecipazione dei cittadini alla spesa, di fatto trasferendo quote di spesa indiretta in quote di spesa diretta delle famiglie.

L'interpretazione di tali andamenti è più agevole analizzando i dati nella loro disaggregazione. La voce più rilevante è quella dei «farmaci», seguita dai «servizi medici» e dall' «assistenza in case di cura private» (che si riferisce unicamente a prestazioni non in convenzione), mentre è marginale il peso assoluto del consumo di «apparecchi e materiale terapeutico».

Se si osservano le variazioni percentuali di un anno sul precedente, emerge che gran parte degli incrementi di spesa, in valore assoluto, delle famiglie sono attribuibili ai corrispondenti aumenti nelle voci «farmaci» e «servizi medici» (tav. 20.2).

20.1.2. *L'influenza della normativa statale sulla spesa sanitaria privata*

Gli incrementi di queste categorie sono - sino al 1986 - abbondantemente oltre il tasso di aumento dei prezzi; la spiegazione può trovarsi - come sopra anticipato - nella politica sanitaria degli anni 1985 e 1986, che ha di fatto trasferito alcune quote di spesa dal settore pubblico al settore privato.

Tale politica governativa trova espressione in numerosi atti legislativi fra cui si possono ricordare il nuovo prontuario terapeutico del S.S.N. (legge 730/83) ed il successivo aggiornamento di cui al D.M. 26.4.1985; la legge 733/1984, la legge 31/1986 e la legge 910/1986 che riguardano le esenzioni dai tickets; la legge 41/1986 che tra l'altro aumenta il ticket farmaceutico sia per la quota fissa (1.300 lire per ricetta per i farmaci dell'elenco B e 2.000 per l'elenco C del prontuario terapeutico), sia per la quota proporzionale al prezzo che raggiunge il 25%, quindi ancora successivamente il ticket viene modificato dal D.L. 921/1986 convertito in legge 531/1987 (quest'ultimo provvedimento ha però segno opposto, in quanto sopprime la partecipazione alla spesa sulla diagnostica strumentale e di laboratorio).

A conferma di tale interpretazione, si può notare come la voce «assistenza in case di cura private» cresca approssimativamente in linea con l'inflazione, per quanto riguarda il 1987, mentre si confermano rapidi aumenti di spesa farmaceutica diretta delle famiglie che trovano immediato riscontro negli aumenti di gettito del ticket (tav. 20.3) negli anni 1985 e 1986; il 1987 vede invece una inversione di tendenza (nel senso di un drastico ridimensionamento degli aumenti dovuti ai «farmaci»), mentre continua a tassi elevati la crescita dei «servizi medici».

Per quanto concerne la spesa farmaceutica, sottraendo al ticket la restante spesa delle famiglie possiamo, incidentalmente, ottenere una stima della dimensione del mercato «privato», rappresentato dalla spesa per specialità medicinali acquistate senza ricorrere al S.S.N. (si veda ancora la tav. 20.3).

Indubbiamente oltre ai provvedimenti già ricordati anche altri fattori influiscono su tale tipo di spesa: si ricordi il fenomeno di passaggio all'assistenza indiretta verificatosi negli ultimi anni in alcune regioni; in definitiva, quindi, si può concludere che la voce «farmaci» è fortemente condizionata dal comportamento «pubblico», confermando così che si tratta di un mercato del tutto peculiare.

Come conseguenza di questi diversi tassi di variazione delle voci in cui sono stati disaggregati i consumi sanitari, nel tempo è mutata la composizione del «paniere sanitario» consumato dalle famiglie.

Dalla tav. 20.4 si evince il progressivo aumentare d'importanza della voce «farmaci», a discapito dei «servizi medici», mentre il peso delle altre voci è praticamente immutato nel quinquennio; al solito, il 1987 sembrerebbe un punto di svolta, con i servizi medici che riacquistano maggiore importanza relativa: è necessario aggiungere che tale voce è però quella con minore attendibilità di rilevazione.

Si fa riferimento infatti - tanto per fare un esempio - a visite specialistiche non in convenzione o ai premi pagati alle assicurazioni per polizze di tipo sanitario.

Concludendo questa breve analisi della spesa sanitaria delle famiglie due sono le osservazioni maggiormente degne di nota: in primo luogo nel 1987 sembra invertirsi la tendenza all'aumento dei livelli di compartecipazione alla spesa dei cittadini e di riflesso della spesa diretta sostenuta dalle famiglie che, per un quinquennio, è risultata in rapida crescita; in secondo luogo si evidenzia la stretta interdipendenza di tale spesa con la politica sanitaria pubblica, come era lecito attendersi in un Paese ad altissimo grado di copertura pubblica del bisogno quale l'Italia.

In definitiva quindi si assiste ad una crescita delle spese sanitarie, per effetto dei mutati atteggiamenti sanitari della popolazione, e tale crescita risulta essere piuttosto rapida: in particolare questo dovrebbe far riflettere sulla realtà delle politiche di contenimento della spesa pubblica che tentano di «congelare» il livello di domanda sanitaria su un livello che le famiglie dimostrano di non ritenere sufficiente.

20.1.3. *L'indagine della Commissione Affari Sociali della Camera*

In proposito va segnalata una indagine conoscitiva deliberata il 15 ottobre 1987 dalla Commissione Affari Sociali della Camera finalizzata ad acquisire nuovi elementi di valutazione sul ricorso privato dei cittadini ai servizi sanitari.

Il quadro di riferimento in cui vanno a inserirsi gli elementi raccolti dalla Commissione, che ha concluso l'indagine il 14 luglio 1988, tramite i rapporti preparatori e le audizioni effettuate è costituito dai dati ISTAT sui consumi delle famiglie per servizi sanitari elaborati dall'ISIS per la presente Relazione sullo stato sanitario del Paese sopra riportati.

Si segnalano in questa sede alcuni problemi più rilevanti emersi all'interno delle diverse aree di approfondimento oggetto dell'indagine della Camera.

20.1.4. *Prestazioni mediche libero-professionali*

La contabilità nazionale registra una cifra complessiva di 4.307 miliardi (1987) spesi dalle famiglie per prestazioni a pagamento. Non si conosce la disaggregazione di questa spesa per categorie di prestazioni. Considerando le notizie raccolte nel corso

dell'indagine è probabile che sia sottostimata la spesa per cure odontoiatriche. La mancanza di dati su questo comparto, che pure, secondo indizi numerosi e concordi di varie fonti, sembra essere di grande rilievo, va segnalata come una lacuna.

20.1.5. *I ricoveri in case di cura private*

Secondo i responsabili dell'AIOF, ascoltati dalla Commissione nel corso dell'indagine conoscitiva il 31 maggio 1988, la spesa sostenuta dai privati per la diaria alberghiera di ricovero nel 1987 è stata di 525 miliardi di lire. La cifra è ottenuta moltiplicando le giornate di degenza, pari a 1.755.589, per la diaria alberghiera di un posto letto non convenzionato, pari a circa 300 000 lire giornaliere. Questa cifra comprende i costi per il personale non medico ed esclude invece quelli per l'équipe medica che, tanto nei reparti di medicina come in quelli di chirurgia, presenta la sua parcella direttamente al paziente. Sono pure escluse le spese per accertamenti diagnostici e per farmaci. La cifra indicata dall'AIOF riguarda circa 52.000 posti letto, e non interessa circa 15.000 posti letto delle case di cura associate all'ARIS o non collegate ad associazioni. Per lo stesso anno la spesa dei privati per ricoveri in case di cura esposta in contabilità nazionale è stata di 3.691 miliardi di lire. Rimane così evidenziato come la diaria alberghiera sia una quota modesta della complessiva spesa di ricovero

20.1.6. *Farmaci*

Le notizie raccolte nel corso dell'indagine mettono in evidenza il fenomeno dell'automedicazione, che secondo sondaggi CENSIS riguarderebbe circa il 30 per cento degli italiani; e sottolineano la complessità dei meccanismi sociali relativi al consumo farmaceutico.

20.1.7. *La medicina non convenzionale*

Il capitolo dell'indagine dedicato a questo argomento ha messo in evidenza che nel corso del 1987 l'8,2 per cento dei cittadini italiani ha fatto ricorso a qualche forma di medicina non convenzionale (omeopatia, agopuntura, fitoterapia, vari tipi di massaggio, eccetera). L'86 per cento dei cittadini per contro, secondo un sondaggio CENSIS del 1987, ha dichiarato di ritenere che «esistano nuove forme di cura che sono rifiutate senza motivo dalla medicina ufficiale». Questi dati farebbero ritenere che ci si possa aspettare nei prossimi anni un aumento nel numero degli utenti di medicine non convenzionali, come d'altra parte già sta avvenendo in molti Paesi dell'area occidentale. Questa tendenza va segnalata anche perché non rimarrà senza conseguenze sulla spesa, che già ora, secondo alcune stime da verificare ulteriormente, si aggirerebbe intorno ai 300 miliardi annui.

20.1.8 *La previdenza sanitaria integrativa e le assicurazioni sanitarie private*

Le assicurazioni sanitarie private, che hanno raccolto premi nel 1987 per 460 miliardi di lire, sono un settore modesto sia rispetto alla spesa sanitaria totale, sia nell'insieme del mercato assicurativo, dove tuttavia si rivelano come un settore assai dinamico. Il dinamismo maggiore si è manifestato in occasione dell'avvio della riforma sanitaria, ed è espresso dalla serie storica degli incrementi annui, che dal 14,9 per cento nel 1977 balza nei tre anni successivi al 41,7 per cento, al 62,3 per cento e addirittura al 90,7 per cento, per ridiscendere poi gradualmente e stabilizzarsi negli ultimi anni intorno al 25 per cento.

Per quanto riguarda la previdenza sanitaria integrativa, l'indagine ha messo in evidenza come si tratti di un fenomeno in netto sviluppo. I fondi casse mutue e simili organizzazioni che operano come agenzie di finanziamento della spesa sanitaria privata dei loro aderenti senza perseguire alcun profitto interesserebbero oggi, secondo il rapporto appositamente predisposto per questo punto dall'indagine, circa 2 milioni di cittadini, raccogliendo contributi per una cifra che si può stimare in almeno 600 miliardi annui. Si tratta pertanto di un fatturato superiore a quello delle stesse compagnie di assicurazione.

20.1.9 Particolari problemi relativi alla spesa privata per talune patologie

Per talune patologie particolarmente gravi e costose la spesa sostenuta privatamente incide in modo pesante sul reddito delle famiglie. La Commissione ha ascoltato ad esempio il 1° dicembre 1987 i rappresentanti dell'ANED, Associazione nazionale emodializzati. Fra i molti dati portati a conoscenza della Commissione, è emerso che oltre 150 miliardi annui di spesa strettamente sanitaria rimarrebbero a carico dei 21.600 pazienti sottoposti annualmente a dialisi in Italia.

Tavola 20.1 - Spesa sanitaria diretta delle famiglie (miliardi di lire).

ANNI	Consumo finale in senso stretto delle famiglie			
	Valori a prezzi correnti	Var perc	Valori a prezzi costanti	Var perc
1980	4 667	—	4 667	—
1981	5.958	27,7	5 350	14,6
1982	6 769	13,6	5.256	-1,7
1983	8 126	20,0	5 414	3,0
1984	9.493	16,8	5 726	5,8
1985	11 247	18,5	5.991	4,6
1986	13 181	17,2	6 693	11,7
1987	14 218	7,9	6 994	4,5

Fonte: elaborazione ISIS su dati ISTAT, Annuario di contabilità nazionale (non viene citato l'anno in quanto ancora in fase di pubblicazione)

Tavola 20.2 - Spesa sanitaria diretta delle famiglie (miliardi di lire)

ANNI	Consumi finali in senso stretto delle famiglie										Totale
	Farmaci	Var perc	Apparecchi e mat terapeutico	Var perc	Servizi medici	Var perc	Ass in case di cura private	Var perc	Ass in case di cura private	Var perc	
1980	1 045	—	609	—	1 893	—	1 120	—	1 120	—	4 667
1981	1 388	32,8	833	36,8	2 142	13,2	1 595	42,4	1 595	42,4	5 958
1982	1 662	19,7	1 040	24,8	2 088	-2,5	1 979	24,1	1 979	24,1	6 769
1983	2 054	23,6	1 196	15,0	2 343	12,2	2 533	28,0	2 533	28,0	8 126
1984	2 399	16,8	1 348	12,7	2 780	18,7	2 966	17,1	2 966	17,1	9 493
1985	3 195	33,2	1 505	11,6	3 235	16,4	3 312	11,7	3 312	11,7	11 247
1986	4 131	29,3	1 758	16,8	3 732	15,4	3 560	7,5	3 560	7,5	13 181
1987	4 349	5,3	1 871	6,4	4 307	15,4	3 691	3,7	3 691	3,7	14 218

Fonte: elaborazione ISIS su dati ISTAT, Annuario di contabilità nazionale (non viene citato l'anno in quanto ancora in fase di pubblicazione)

Tavola 20.3 - Spesa farmaceutica diretta delle famiglie (miliardi di lire).

ANNI	Ticket	Var perc	Spesa netta	Var perc	Spesa totale	Var perc
1981	435	—	953	—	1 388	—
1982	368	-15,4	1 294	35,8	1 662	19,7
1983	456	23,9	1 598	23,5	2 054	23,6
1984	731	60,3	1 668	4,4	2 399	16,8
1985	927	26,8	2 268	36,0	3 195	33,2
1986	1 346	45,2	2 785	22,8	4 131	29,3
1987	842	-37,4	3 507	25,9	4 349	5,3

Fonte: elaborazione ISIS su dati ISTAT e Federfarma

Tavola 20.4 - Composizione della spesa sanitaria diretta delle famiglie (valori percentuali).

ANNI	Consumi finali in senso stretto delle famiglie				Totale
	Farmaci	Apparecchi e mat terap	Servizi medici	Assistenza case di cura private	
1980	22,4	13,0	40,6	24,0	100,0
1981	23,3	14,0	36,0	26,8	100,0
1982	24,6	15,4	30,8	29,2	100,0
1983	25,3	14,7	28,8	31,2	100,0
1984	25,3	14,2	29,3	31,2	100,0
1985	28,4	13,4	28,8	29,4	100,0
1986	31,3	13,3	28,3	27,0	100,0
1987	30,6	13,2	30,3	26,0	100,0

Fonte: elaborazione ISIS su dati ISTAT, Annuario di contabilità nazionale (non viene citato l'anno in quanto ancora in fase di pubblicazione)

L'ATTIVITÀ DI TRAPIANTO D'ORGANO

21.1. Linee di tendenza nell'attività di trapianto d'organo

Benché anche nel nostro Paese si vada consolidando una cultura del trapianto d'organo, questo settore della sanità è tuttora insufficiente ai bisogni della popolazione e nettamente meno sviluppato che negli altri Paesi occidentali.

Ne sono conferma i dati disponibili sui trapianti di rene, di cuore e di fegato. Secondo un'indagine condotta dal Nord Italia Transplant (NITp) sull'attività complessiva dei trapianti di organi - relativa sia ai propri centri che a quelli del Centro e Sud Italia - dal 1972 al 1987, sono stati segnalati 1.775 donatori di cui 1.199 utilizzati, che hanno consentito di effettuare 2.813 trapianti di rene, 233 trapianti di cuore, 77 di fegato e 25 di pancreas (tav. 21.1).

I dati del trapianto di fegato si riferiscono a tutti i 6 centri italiani autorizzati, giacché il programma non è multiregionale ma nazionale.

In Italia il trapianto di cuore è organizzato in due poli, uno afferente al NITp ed uno coordinato a Roma per il Centro-Sud. Il numero di trapianti di rene effettuati nel 1987 è di poco aumentato rispetto al 1986, mentre è incrementato in modo considerevole quello dei trapianti di cuore e fegato.

La tendenza è comune agli altri Paesi europei ma, secondo dati provenienti dal Consiglio d'Europa, il divario tra domanda e offerta è nettamente più marcato in Italia (tav. 21.2).

21.1.1. I trapianti di rene

Nell'anno 1987 sono stati eseguiti 426 trapianti di rene. Nello stesso anno il numero di pazienti in dialisi per insufficienza renale cronica è salito a circa 24.000 di cui 8.000 (circa un terzo) candidati al trapianto.

Il numero annuo di pazienti entrati in dialisi per la prima volta è compreso tra 1.200 e 1.500 e la tendenza è costante.

È evidente che, persistendo l'andamento attuale, pur considerando le uscite dalle liste di dialisi per trapianto, decesso o altro, il divario tra richiesta di trapianto e trapianti effettivamente eseguiti andrà progressivamente aumentando.

Analogamente il rapporto numero di trapianti/milioni di abitanti, altro indice comunemente impiegato per valutare quantitativamente l'attività di trapianto di rene, è particolarmente basso nel nostro Paese dove negli ultimi anni si è attestato sul valore 7, mentre è di 32 in Spagna e Scandinavia, 27 nel Regno Unito, 24 in Francia.

Significativa è un'analisi della distribuzione degli interventi nelle varie regioni d'Italia. Si osserva che nelle regioni del Nord si ha un rapporto di 14 trapianti/milione di abitanti/anno, nettamente più elevato della media nazionale di 7. Molto basso è invece lo stesso rapporto nel Centro-Sud della penisola.

La valutazione delle cause di una simile disparità non ha finora portato a conclusioni univoche

Il fenomeno è dovuto più che a retaggi culturali, a insufficiente dotazione in uomini e mezzi delle centrali di rianimazione e alla mancanza di centrali organizzative dinamiche e sovraregionali.

In termini qualitativi, l'attività di trapianto di rene in Italia vanta percentuali di sopravvivenza del paziente, e rispettivamente dell'organo, che si allineano con le migliori casistiche mondiali.

21 1.2. *I trapianti di cuore*

Per quanto riguarda il trapianto di cuore è necessario premettere che questa attività è stata autorizzata nel 1985, contemporaneamente alla istituzione sperimentale di un Coordinamento nazionale.

Nel 1987, nell'ambito di questo programma sono stati eseguiti 133 trapianti di cuore con sensibile incremento rispetto al 1986 (84 trapianti).

La lista di attesa attuale per questo tipo di trapianto si valuta in 500 pazienti.

Anche nel caso di un trapianto di cuore i risultati clinici si allineano con i risultati dei migliori centri stranieri

Particolarmente significativo il dato che mentre la sopravvivenza ad un anno dei pazienti trapiantati è dell'85%, quella dei pazienti in lista e non trapiantati è soltanto del 27%. Ciò significa non soltanto che l'efficacia terapeutica del trapianto è eccellente, ma anche che le indicazioni al trapianto sono corrette e rigorosamente applicate

Nel corso del 1987 hanno operato nel campo del trapianto di cuore otto centri autorizzati di cui cinque al Nord (Bergamo, Milano, Pavia, Padova, Udine) e tre al Centro (tutti e tre a Roma) Di essi quattro, tutti nel Nord d'Italia, hanno raggiunto il numero di 10 interventi (tav. 21.3).

Nella valutazione del decorso dei pazienti portatori di cuore trapiantato si osserva che in più della metà dei casi non si verificano complicanze risolvibili (per lo più di tipo infettivo); nel 2% dei casi si è dovuto fare ricorso a un ritrapianto Il decorso post operatorio si è verificato nel 14% dei casi e in una discreta percentuale di questi una maggiore disponibilità di organi, tale da rendere possibile il ricorso al ritrapianto, avrebbe forse consentito di mettere in discussione l'exitus.

Particolarmente confortanti i dati relativi alla riabilitazione che nelle fasce di età compresa tra i 15 e 40 anni è completa in oltre il 60% dei casi e parziale nei rimanenti casi. Solo nelle fasce di età superiore si osservano casi di mancata riabilitazione, in percentuali comunque inferiori al 5%.

Purtroppo, alla riabilitazione fisica non corrisponde sempre un completo recupero sociale e in particolare lavorativo, per il persistere di pregiudizi.

21 1.3. *I trapianti di fegato*

L'attività di trapianto di fegato è attualmente limitata a sei centri, due a Milano, due a Roma, uno a Bologna ed uno a Genova, gli unici finora autorizzati.

A proposito dei trapianti di fegato sono stati eseguiti nel corso del 1987, nei sei centri autorizzati, 56 trapianti Il numero è sensibilmente aumentato rispetto al 1986 (13 trapianti).

Tuttavia è ancora sensibilmente inferiore al fabbisogno stimato che è pari a circa 500 trapianti/anno

Ciò non sembra potersi spiegare con carenza di donatori se è vero che, sempre nel corso del 1987, 16 fegati offerti per trapianto non hanno trovato riceventi nel nostro Paese. Di essi 3 hanno potuto essere utilizzati all'estero mentre 13 sono andati perduti.

Il fatto si spiega invece considerando che la lista d'attesa è ancora molto ridotta. Ciò non può dipendere dalla mancanza di riceventi potenziali data la elevata incidenza nel nostro Paese di cirrosi in particolare, ma anche di altre patologie epatiche evolventi ad insufficienza funzionale grave. Piuttosto si deve ritenere che gli epatologi e i gastroenterologi siano ancora dubbiosi sul ruolo dell'epatotrapianto nell'armamentario terapeutico.

Si osservi a questo proposito che la percentuale di sopravvivenza a 12 mesi è mediamente compresa tra 50 e 60% e in qualche misura inferiore a quelle descritte negli altri Paesi, mentre la sopravvivenza a un anno dei pazienti entrati in lista ma non trapiantati è di poco inferiore al 50%.

Si configura pertanto una situazione diversa da quella osservata nei trapianti di rene e di cuore e tale da giustificare la cautela.

21.1.4. I trapianti di pancreas

L'attività di trapianto di pancreas è svolta da tre soli centri di cui due operanti a Milano e uno a Genova. Nessuno dei tre centri ha raggiunto il limite di 10 interventi nel 1987. La tendenza prevalente è il trapianto combinato (contemporaneo o sequenziale) di rene e pancreas.

Il numero totale dei trapianti di pancreas eseguiti nel 1987 è di 14.

Il numero esiguo non consente valutazioni statistiche significative sui risultati di questo tipo di intervento sulle cui indicazioni peraltro non vi è ancora univocità di opinioni.

I dati fin qui esposti sull'attività di trapianto di organo in Italia consentono di nutrire ottimismo per la soddisfacente qualità dei risultati clinici.

Tuttavia è preoccupante la scarsa tendenza all'aumento qualitativo, specie per quanto riguarda i trapianti di rene.

L'apparente contraddizione tra la stabilità dei trapianti di rene e l'incremento anche sensibile del trapianto di altri organi si spiega con la sempre più frequente utilizzazione dei donatori come donatori multiorgano.

Al fine di favorire questa tendenza, nel corso del 1987 si è provveduto a rilasciare numerose autorizzazioni al prelievo multiorgano a strutture ospedaliere che ne avessero fatto documentata richiesta. Tuttavia è grave e marcato il divario tra Nord e Centro-Sud del Paese in termini di donazione d'organi. Quello di ridurre tale divario è compito primario da perseguire, insieme a quello di incrementare in assoluto le donazioni nell'intento di offrire eque possibilità di cura a tutta la popolazione.

21.2. Centri autorizzati al trapianto

In Italia, attualmente, i centri autorizzati al trapianto d'organo ammontano complessivamente a 158, di cui rispettivamente (tav. 21.4):

- 7 autorizzati al prelievo e trapianto di cuore-polmone;
- 18 autorizzati al prelievo e trapianto di cuore;

- 7 autorizzati al prelievo e trapianto di fegato da cadavere;
- 6 autorizzati al prelievo di pancreas da cadavere;
- 6 autorizzati al prelievo e trapianto di pancreas da cadavere;
- 22 autorizzati al prelievo e trapianto di rene;
- 12 autorizzati al prelievo di cornea da cadavere a scopo terapeutico;
- 80 autorizzati al prelievo e trapianto di cornea da cadavere a scopo terapeutico.

Le maggiori concentrazioni di centri si trovano: a Roma, dove attualmente ne esistono 19 e a Milano dove ve ne sono 13. Tuttavia una prevalenza di centri si riscontra nell'Italia settentrionale rispetto al resto della Penisola (Bologna, Genova, Torino, Pavia, Bergamo, Piacenza, ecc.), e in particolar modo risultano situati soprattutto nella regione Lombardia. Per quanto riguarda l'Italia meridionale, gran parte dell'attività di trapianto d'organo si concentra a Napoli che possiede 6 centri autorizzati al trapianto. Nell'Italia centrale, invece, tutta l'attività di trapianto gravita a Roma (come già detto) oltre che nella regione Toscana anch'essa provvista di numerosi centri. A proposito dell'Italia insulare è da rilevare l'assenza di centri nella regione Sardegna e l'esistenza di due soli centri autorizzati al trapianto di cornea nella regione Sicilia.

Tavola 21 1 - Attività di trapianto d'organo da cadavere (NITp e non-NITp).

ATTIVITA'	1972-1977	1978-1982	1983-1985	1986	1987	Totale
N donatori						
- segnalati	361	485	546	197	186	1 775
- utilizzati . . .	216	309	414	128	132	1.199
- multiorgano . . .	—	—	22	72	97	191
Totale . . .	577	794	982	397	415	3.165
N organi procurati						
- reni	422	567	778	223	237	2.227
- cuore	—	—	14	66	91	171
- fegato	—	—	11	18	44	73
- pancreas	—	—	7	23	15	45
Totale . . .	422	567	810	330	387	2.516
N. trapianti eseguiti						
- rene	408	592	1 005	382	426	2 813
- cuore	—	—	16	84	133	233
- fegato	—	—	8	13	56	77
- pancreas (*)	—	—	3	8	14	25
Totale . . .	408	592	1.032	487	629	3.148
(*) Esclusi i trapianti di isole						

Fonte NITp - Trapianto di organi da cadavere - Centro trasfusionale e di immunologia dei trapianti, Ospedale Maggiore Policlinico - Milano, 1988

Tavola 21 2 - Situazione del trapianto renale in Europa (1987).

PAESI	Domanda (tx/ml)	Offerta (tx/ml)	Rapporto (d/o)
Italia	48,7	7	6,9
NITp	—	14	3,4
Scandiatransplant			
Norvegia	51	42	1,2
Svezia	55	42	1,3
Danimarca	45	45	1,0
Finlandia	42	30	1,4
Eurotransplant			
Olanda	47	20	2,3
RFG	59	26	2,2
Austria	60	44	1,3
Belgio	64	34	1,8
Swisstransplant	60	34	1,7
Spagna	58,7	—	—
Catalogna	—	42	1,4
Francetransplant	42	30	1,4
UK Transplant			
Inghilterra	46	24	1,9
Galles	50	29	1,7
Scozia	48	25	1,9
Irlanda del Nord	41	44	0,9
Eire	21	23	0,9
Portogallo	50	20	2,5

Fonte: Conseil d'Europe - *La transplantation de organes*, Strasbourg, 1987

Tavola 21 3 - Numero di trapianti di cuore.

CITTA	Ospedale	1987
Bergamo	Ospedali Riuniti	32
Milano	Ospedale Niguarda	13
Pavia	Policlinico S. Matteo	41
Padova	Ospedale Policlinico	30
Udine	Ospedale Civile	4
Roma	Policlinico Umberto I	3
Roma	Ospedale S. Camillo.	5
Roma	Ospedale Bambino Gesù	5
	Totale	133

Fonte Ministero della Sanità - Direzione Generale degli Ospedali, Divisione V.

Tavola 21 4 - Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e/o trapianto.

N ord	CITTA	Spedale o Istituto universitario	Data D.M.	Scad. D.M.	G U	N	Autorizzazione provvisoria	Note
<i>Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e/o trapianto di fegato da cadavere</i>								
1)	Milano	Ospedale Maggiore	19 11 1982	18 11 1987		29	9 11 1987	
2)	Roma	Gemelli	13 11 1985	12 11 1990		276		
3)	Genova	Università Ist Clin Chirurgica	13 11 1985	12 11 1990		278		
4)	Bologna	Sant'Orsola	13 11 1985	11 11 1990		278		
5)	Milano	Niguarda	13 11 1985	12 11 1990		278		
6)	Padova	USL 21	11 12 1985	10 11 1990		301		Solo prelievo
7)	Roma	Ist Il Pat Chr Università	17 9 1981	16 9 1986		266		
<i>Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e trapianto di cuore</i>								
1)	Milano	Niguarda Cardiochir	11 11 1985	10 11 1990		269		
2)	Bergamo	Ospedali Riuniti	11 11 1985	10 11 1990				
3)	Pavia	San Matteo	11 11 1985	10 11 1990				
4)	Padova	Università	11 11 1985	10 11 1990				
5)	Udine	USL 7	11 11 1985	10 11 1990				
6)	Roma	Umberto I	6 12 1985	5 12 1990		290		
7)	Roma	Bambino Gesù	6 12 1985	5 12 1990		290		
8)	Roma	San Camillo	6 12 1985	5 12 1990		290		
9)	Napoli	Univ I Fac. Medicina e Chirurgia	14 1 1988	13 1 1993		20		

Segue: Tavola 21 4 - Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e/o trapianto

N ord	CITTA	Ospedale o Istituto universitario	Data DM	Scad DM	G.U.	N	Autorizzazione provvisoria	Note
<i>Centri autorizzati alle operazioni di prelievo di cuore</i>								
1)	Treviso	USL 10	3 1 1986	24 1 1990		66		
2)	Legnano	USL 70 Osp Civile	3 1 1986	17 5 1988		66		
3)	Vicenza	USL 8	3 1 1 1986	8 11 1986		45		
4)	Foggia	Ospedali Riuniti	11 7 1986	14 7 1987		180		
5)	Alessandria	USL 70 Osp Civile	22 9 1986	17 1 1988		233		
6)	Torino	USL 1-23 Ospedale Martini	22 9 1986	14 7 1987		234		
7)	Novara	USL 51 Ospedale Maggiore della Carità	22 9 1986	14 7 1987		234		
8)	Popoli	USL 12 SS Trinità	16 10 1986	14 7 1987		270		
9)	Genova	Univ. Istit Anatomia Chirurgica, Clin Chir «R» S Martino	6 3 1986	12 11 1990				
<i>Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e trapianto di rene</i>								
1)	Roma	II Clin Chirur Univ	15 4 1978	14 4 1983	18 4 1978	107	30 4 1983	
2)	Napoli	II Fac Chirur Univ	14 9 1978	13 9 1983	19 9 1978	262	0 1 1984	
3)	Roma	IV Pat Chirur Univ	18 12 1982	17 12 1987	3 1 1983	1		
4)	Genova	Osp Civile S Martino	23 7 1981	22 7 1986	12 8 1981	220	14 4 1986	
5)	Pisa	Osp Riuniti S Chiara	17 9 1981	16 9 1986	28 9 1981	266	6 9 1986	
6)	Milano	S Raffaele	11 5 1983	10 5 1988	27 5 1983	144		
7)	Bari	Clin Chir Università	20 6 1984	19 6 1989	14 7 1984	193		Solo trapianto

Segue: Tavola 21 4 - Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e/o trapianto.

N ord	CITTA	Ospedale o Istituto universitario	Data DM	Scad DM	GU	N	Autorizzazione provvisoria	Note
<i>Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e trapianto di rene</i>								
8)	Roma	Ist Clin Chir Univ Cattolica	25 1 1985	24 1 1990	9 2 1985	35		
9)	Treviso	S Maria dei Battuti USL 10	25 1 1985	14 1 1990	20 2 1985	44		
10)	Verona	USL 25 Ist Osp Borgo Trento	25 1 1985	14 1 1990	27 2 1985	50		
11)	Milano	Niguarda Cà Granda	26 10 1985	25 10 1990	7 11 1985	262		
12)	Bologna	Sant'Orsola	24 9 1986	23 9 1991	9 10 1986	235		
13)	Parma	USL 4	12 12 1986	11 12 1991	31 12 1986	302		
14)	Napoli	Ist Pat Chirurgica I Facoltà	3 1 1987	2 1 1992	27 1 1987	22		
15)	Padova	USL 21	24 4 1987	23 4 1992	15 5 1987	111		
16)	Vicenza	USL 8	3 4 1987	2 4 1992	16 5 1987	112		
17)	Brescia	Ospedale Civile	8 9 1987	7 9 1992	29 9 1987	227		
18)	Torino	Ospedale Maggiore S Giovanni Battista	8 9 1987	7 9 1992	30 9 1987	228		
19)	Roma	S Eugenio II Univ	10 9 1987	9 9 1992	25 9 1987	224		
20)	Milano	Ospedale Maggiore	17 11 1987	16 11 1992	28 11 1987	279		
21)	Perugia	USL 3	23 1 1988	22 1 1993	3 2 1988	27		
22)	Bergamo	Ospedali Riuniti	28 4 1988	27 4 1993	16 5 1988	113		
<i>Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e trapianto di pancreas da cadavere</i>								
1)	Milano	Ospedale Maggiore	18 12 1982	17 12 1987		2		
2)	Milano	San Raffaele	11 5 1983	10 5 1988		144		
3)	Roma	Univ Cattolica Gemelli	8 9 1984	7 9 1989		264		

Segue: Tavola 21 4 - Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e/o trapianto

N ord	CITTA	Ospedale o Istituto universitario	Data D.M.	Scad. D.M.	G.U.	N	Autorizzazione provvisoria	Note
<i>Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e trapianto di pancreas da cadavere</i>								
4)	Bologna	Sant'Orsola	11.12.1985	10.12.1990		301		
5)	Genova	Clin. Università	18.5.1983	17.5.1988		159		
6)	Roma	Ist. Il Patologia Chir. Università	15.7.1982	14.7.1987		209		
<i>Centri autorizzati alle operazioni di prelievo di pancreas da cadavere</i>								
1)	Perugia	IR Silvestrini	16.1.1987	15.1.1992		22		
2)	Vicenza	USL 8	3.4.1987	2.4.1992		96		
3)	Padova	USL 21	11.12.1985	10.12.1990		301		
4)	Lecce	USL 1 Vito Fazzi	12.6.1987	11.6.1992		152		
5)	Campobasso	USL 5	21.1.1988	20.1.1988	26.2.1988	47		
6)	Napoli	Cardarelli	7.5.1988	6.5.1993	21.5.1988	118		
<i>Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e trapianto di cuore-polmone</i>								
1)	Padova.	Università	2.5.1988	1.5.1993	6.6.1988	131		
2)	Bergamo	Ospedali Riuniti	2.5.1988	1.5.1993	6.6.1988	131		
3)	Pavia	San Matteo	2.5.1988	1.5.1993	6.6.1988	131		
4)	Milano	Niguarda Cà Granda	2.5.1988	1.5.1993	6.6.1988	131		
5)	Roma	San Camillo	2.5.1988	1.5.1993	7.6.1988	132		
6)	Roma	Bambino Gesù	2.5.1988	1.5.1993	7.6.1988	132		
7)	Roma . . .	Policlinico Umberto I	2.5.1988	1.5.1993	7.6.1988	132		

Segue: Tavola 21.4 - Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e/o trapianto.

N. ord.	CITTA	Ospedale o Istituto universitario	Data D.M.	Scad. D.M.	GU	N.	Autorizzazione provvisoria	Note
<i>Centri autorizzati alle operazioni di prelievo di cornea da cadavere a scopo terapeutico</i>								
1)	Viareggio	USL 3 Versilia	26 1 1986	25 1 1991		35		
2)	Foggia	Ospedali Riuniti	15 7 1982	14 7 1987		210		
3)	Torino	Ospedale Martini	24 7 1982	23 7 1987		219		
4)	Saronno	Ospedale Generale	5 3 1984	4 3 1989		79		
5)	P. S. Pietro	Casa di Cura P. S. Pietro	5 4 1984	4 4 1989		111		
6)	Roma	USL RM 17 S. Spirito	8 8 1985	7 8 1990		200		
7)	Lecce	USL 1 Vito Fazzi	12 6 1987	11 6 1992		147		
8)	Asti	USL 68	12 8 1987	11 8 1992		198		
9)	Monza	Nuovo S. Gerardo	10 9 1987	9 9 1992		224		
10)	Brescia	Ospedali Riuniti	1 6 1978	30 5 1983			22.6.1984	
11)	Lecco	USL 16	23 2 1988	22 2 1993	10 3 1988	58		
12)	Crema	USL 53	23 2 1988	22 2 1993	9 3 1988	57		
<i>Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e trapianto di cornea da cadavere a scopo terapeutico</i>								
1)	Siena	Osp. S. Maria della Scala	5 4 1988	4 4 1993	18 4 1988	90		
2)	Firenze	USL 10/D S. Maria Nuova	14 9 1978	13 9 1983			19 12 1983	
3)	Livorno.	Spedali Riuniti	30 5 1980	29 5 1985		169	4 10 1985	

Segue. Tavola 21.4 - Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e/o trapianto

N ord	CITTA	Ospedale o Istituto universitario	Data D.M.	Scad D.M.	GU	N	Autorizzazione provvisoria	Note
<i>Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e trapianto di cornea da cadavere a scopo terapeutico</i>								
4)	Perugia	Ospedali Riuniti S. Maria Miseric	30.5.1980	29.5.1985		169	Rinnovato	
5)	Ancona	Osp. Civ. Umberto I	30.10.1980	29.10.1985		315	31.10.1985	
6)	Empoli	S. Giuseppe	30.10.1980	20.10.1985		315	14.4.1986	
7)	Bollate	Osp. Caduti Bollatesi	4.5.1981	3.5.1986		140	7.3.1987	
8)	Sondrio	Ospedale Civile	31.8.1981	30.7.1986		220	9.11.1987	
9)	Cremona.	Istituti Ospitalieri	23.2.1988	22.2.1993	9.3.1988	57		
10)	Lodi	Ospedale Maggiore	31.7.1981	30.7.1986		220	24.7.1987	
11)	Milano	Ospedale Maggiore	17.9.1981	16.9.1986		226	7.11.1987	
12)	Bergamo	Ospedali Riuniti	9.12.1981	8.12.1986		353	9.11.1987	
13)	Trento	Ospedale Civile	9.12.1981	8.12.1986		354		
14)	Feltre	S. Maria del Prato	9.12.1981	8.12.1986		354	Non rinnovato	
15)	Pescia	Ente Ospedaliero Val di Nievole	29.7.1982	28.7.1987		215	4.8.1987	
16)	Imperia	Ospedale Civile	15.7.1982	14.7.1987		219	15.7.1987	
17)	Teramo	Osp. e Ist. Riuniti	15.7.1982	14.7.1987		219		
18)	Verona	Ist. Osp. Borgo Trento	18.12.1982	17.12.1987		1	17.12.1987	
19)	Varese	Ospedale E.S. Macchi	4.5.1983	3.5.1988		134		
20)	Parma	Ospedali Riuniti	11.5.1983	10.5.1988		150		
21)	Cagliari	Ospedali Riuniti	11.5.1983	10.5.1988		151		
22)	Legnano	Ospedale Civile	18.5.1983	17.5.1988		153		
23)	Firenze	Ospedale Oftalmico	18.5.1983	17.5.1988		153		
24)	Montalcone	Ospedale Civile	26.9.1983	25.9.1988		277		
25)	Rho.	Ente Ospedaliero	29.9.1983	28.9.1988		289		
26)	Vigevano	Ospedale Civile	1.10.1983	30.9.1988		289		
27)	Milano	Luigi Sacco	25.10.1983	24.10.1988		313		Solo trapianto
28)	Milano	Luigi Sacco	19.11.1987	18.11.1992	19.1.1988	14		Solo prelievo

Segue Tavola 21 4 - Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e/o trapianto

N ord	CITTA	Ospedale o Istituto universitario	Data D.M	Scad. D.M	GU	N	Autorizzazione provvisoria	Note
<i>Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e trapianto di cornea da cadavere a scopo terapeutico</i>								
29)	Benevento	Osp. Civ. G. Rummo	23 1 1984	22 1 1989		45		
30)	Napoli	Univ. Clin. Oculistica	20 6 1984	19 6 1989		193		
31)	Roma	USL RM 9 S. Giovanni	8 9 1984	7 9 1989		265		
32)	Alessandria	USL 70 SS. Antonio e B.	17 9 1984	16 9 1989		268		
33)	Mantova	Istituti Osp. Carlo Poma	12 1 1985	11 2 1990		45		
34)	Mestre	Umberto I	25 1 1985	24 1 1990		46		
35)	S. Donà di Piave	Presidio Ospedaliero	25 1 1985	24 1 1990		47		
36)	Milano	Niguarda Cà Granda	15 4 1985	14 4 1990		100		
37)	Vicenza	USL 8	16 4 1985	15 4 1990		107		
38)	Savigliano	Ospedale Maggiore	28 9 1984	27 9 1989	11 10 1984	281		
39)	Napoli	Osp. dei Pellegrini	3 5 1985	2 5 1990		115		
40)	Forlì	G. B. Morgagni	19 7 1985	18 7 1990		185		
41)	Latina	USL LT 3 S. M. Goretti	13 8 1985	12 8 1990		204		
42)	Pisa	Santa Chiara	10 9 1985	9 9 1990		221		
43)	Casale Monferrato	USL 76	16 9 1985	15 9 1990		231		
44)	Milano	S. Raffaele	2 10 1985	1 10 1990		285		
45)	Bolzano	Ospedale Civile	28 11 1985	27 11 1990		296		
46)	Rovigo	S. Maria della Misericordia	11 12 1985	10 12 1990		299		
47)	Treviso	USL 10	11 12 1985	10 12 1990		302		
48)	Bassano del Grappa	USL 5	11 12 1985	10 12 1990		302		
49)	Padova	USL 21	24 1 1986	23 1 1991		34		Solo trapianto

Segue Tavola 21.4 - Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e/o trapianto.

N ord	CITTA	Ospedale o Istituto universitario	Data D.M	Scad. D.M	G.U	N	Autorizzazione provvisoria	Note
<i>Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e trapianto di cornea da cadavere a scopo terapeutico</i>								
50)	Avezzano	USL 19	17 3 1986	16 3 1991		78		
51)	Lucca	Presidio Ospedaliero	11 4 1986	10 4 1991		98		
52)	Rimini	Osp. degli Infermi	24 7 1986	23 7 1991		192		
53)	Perugia	S. Maria della Misericordia	3 1 1987	2 1 1992		20		
54)	Pavia	S. Matteo	20 1 1987	19 1 1992		34		
55)	Chieti	Clinica Oculistica Università	7 2 1987	6 2 1992		46		
56)	Milano	Fatebenefratelli e Oftalmico	11 2 1987	10 2 1992		46		
57)	Roma	Università Cattolica	25 2 1987	24 2 1992	13 7 1987	60		
58)	Novara	USL 51 Osp. Maggiore	5 3 1987	4 3 1992		65		
59)	Messina	Università	4 4 1987	3 4 1992		95		
60)	Catania	Università	13 7 1987	12 7 1982	5 8 1987	181		
61)	Modena	USL 16	21 7 1987	20 7 1992	5 8 1987	181		
62)	Bologna	USL 28 Sant'Orsola I Clinica Oculistica	23 7 1987	22 7 1992	5 8 1987	181		
63)	Bologna	USL 28 Sant'Orsola II Clinica Oculistica	23 7 1987	22 7 1992	6 8 1987	182		
64)	Roma	Università I Clinica Oculistica	16 7 1987	15 7 1992		184		
65)	Torino	USL 1-23 Ospedale Oftalmico	12 8 1987	11 8 1992		197		
66)	Bari	USL 9	8 8 1987	7 8 1992		202		
67)	Monza	Vecchio S. Gerardo	10 9 1987	9 9 1992		224		

Segue: Tavola 21 4 - Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e/o trapianto

N ord	CITTA	Ospedale o Istituto universitario	Data D.M	Scad. D.M	G.U.	N	Autorizzazione provvisoria	Note
<i>Centri autorizzati alle operazioni di prelievo e trapianto di cornea da cadavere a scopo terapeutico</i>								
68)	Triggiano	USL BA 13 F Fallacara	16 11 1987	15 11 1992	28 11 1987	279		
69)	Belluno	USL 3	5 11 1987	4 11 1992	20 11 1987	280		
70)	Chioggia	USL 32	5 11 1987	4 11 1992	20 11 1987	280		
71)	Ravenna	USL 35 S Maria delle Croci	5 11 1987	4 11 1992	20 11 1987	280		
72)	Foligno	S. Giovanni Battista dell'Univ	20 11 1987	19 11 1992	7 12 1987	286		
3)	Roma	Università II Clinica Oculistica	16 7 1987	15 7 1992	8 8 1987	184		
74)	Roma	Ospedale Oftalmico	13 7 1987	12 7 1992	5 8 1987	181		
75)	Trieste	Università Clin. Ocul	16 1 1988	15 1 1993	30 1 1988	24		
76)	Gorizia	USL 2 Osp. Vittorio Emanuele III	16 1 1988	15 1 1993	30 1 1988	24		
77)	Palermo	Università degli Studi	1 2 1988	31 1 1993	18 2 1988	40		
78)	Napoli	Ist. di Clinica Oculistica Univ. Il Fac	15 2 1982	14 7 1987			Autor. prov.	
79)	Brescia	Spedali Civili	5 4 1988	4 4 1988	18 4 1988	90		
80)	Livorno	USL 13	28 4 1988	27 4 1993	16 5 1988	113		

Fonte: Ministero della Sanità - Direzione Generale degli Ospedali, Divisione V

L'OFFERTA E LA DOMANDA DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E FORMAZIONE

22.1. Premessa

Il problema della formazione, più in generale nell'ambito della pubblica amministrazione, più specificamente nella sanità, sta assumendo una rilevanza strategica ed entrando in una «fase» cruciale anche in riferimento al futuro di tutta la organizzazione del S.S.N.

Almeno tre elementi comprovano tale affermazione: i dibattiti sempre più intensi che da un lato tendono a richiedere per la «formazione» un'attenzione ancora troppo scarsa e dall'altro evidenziano come sia stato un grosso errore, all'atto dell'approvazione della 833/78, non avere contestualmente avviato alla revisione dei processi formativi dei soggetti operanti nel S.S.N., se non per alcune figure ed al solo livello regionale (infermieri) e che, comunque, non hanno interessato né figure di laureati (es.: medici) né figure emergenti; i progetti di legge presentati in Parlamento che interessano sia le professioni sanitarie non mediche, sia le scuole di specializzazione in medicina sia la «Scuola superiore di organizzazione sanitaria» (di cui si tratterà più oltre); lo sviluppo del mercato della formazione che si è concretizzato nel sorgere ed ampliarsi di numerose (fin troppe) agenzie formative private le quali offrono (in termini incessanti, quanto formalmente allettanti) progetti formativi specifici per la sanità e che hanno ormai posto il problema - pur nella accettazione del pluralismo - di una esigenza di «valutazione» dei prodotti offerti.

Tutti questi «sintomi» fanno ritenere che per evitare sprechi o improprie utilizzazioni di tale fattore, la formazione deve prima di ogni altra cosa essere assunta, come risorsa reale, oggi in sanità (dove gli ambiti di autonomia sono ampi), nel quadro più generale della gestione e del governo del personale. Solo, infatti, la valorizzazione della presenza professionalmente qualificata dei soggetti potrà far superare l'impasse odierna della organizzazione sanitaria, che in gran parte si sostanzia nel superamento dell'agire «burocratico». In tale ottica particolare rilievo assume pure l'esigenza di una riconsiderazione, in termini formativi, anche del sistema di relazioni tra amministrativi e tecnici.

22.2. I livelli del problema

Ciò premesso va immediatamente precisato che il problema qui introdotto investe tre livelli almeno della formazione:

- formazione di base,
- formazione all'ingresso;
- *formazione sul lavoro (o aggiornamento professionale obbligatorio o meno).*

Tutti e tre i livelli hanno esigenza di interventi; si danno alcuni accenni solamente, però, relativamente ai primi due, focalizzando poi prevalentemente sull'ultimo livello, quello dell'aggiornamento professionale, che rappresenta il «focus» di questa analisi.

22.2.1. *Formazione di base*

Per quanto concerne la formazione di base, laddove le competenze normative sono pressoché esclusivamente di carattere statale (fatta eccezione per alcune figure non laureate ed alcune non ancora ben definite istituzionalmente), solo recentemente si è proceduto alla revisione del piano di studi della Facoltà di medicina, nonché alla regolarizzazione del diploma di assistente sociale (D.P.R. n. 14 del 15.1.1987 sul valore abilitante del diploma di assistente sociale in attuazione dell'art. 9 D.P.R. 162/82 e D.M.P.I. del 30.4.1985 sull'ordinamento delle scuole universitarie dirette a fini speciali per assistenti sociali).

Altre figure non sanitarie, e - forse - il medesimo nuovo curriculum del medico, attendono determinazioni ed interventi più coerenti. L'educatore, sulla cui figura le regioni hanno avviato interessanti sperimentazioni, ne è solo un esempio. Le stesse scuole di specializzazione in medicina (si veda la proposta di legge n. 231 presentata al Senato il 21.7.1987, primo presentatore sen. Bompiani su «Formazione dei medici specialisti e disposizioni transitorie...») e quella di riordinamento delle scuole di formazione delle professioni sanitarie non mediche (vedi la proposta di legge n. 230, presentata alla Camera il 2.7.1987, presentatore l'on. Piro su «Proposta di riforma delle scuole di formazione delle professioni sanitarie non mediche») sono oggetto di attenzione non irrilevante.

22.2.2. *Formazione all'ingresso*

Circa la formazione all'ingresso, per la quale si avverte l'esigenza di orientamenti specifici (più cogenti per alcune figure professionali), se ne fa solo cenno.

Infatti, a parte l'esigenza ed a parte poche esperienze (a volte anche «occasionali»), si tratta di un ambito ancora tutto da definire.

È rilevante, in proposito, pervenire a alcune guidelines qualificanti sufficientemente generali in base alle quali prevedere corsi brevi per i «nuovi assunti» e per figure professionali. Le medesime potrebbero essere anche «integrate» da una parte di contesto e di «condizioni» proprie alla organizzazione specifica in cui è previsto l'inserimento.

22.2.3. *Formazione professionale*

Si passa così al «focus» principale di questa analisi, rappresentato dall'aggiornamento professionale (formazione sul lavoro) che, come è noto, «gode» di fondi non irrilevanti gestiti a livello di USL. Dall'altra parte gli stessi contratti del personale del S.S.N. danno estremo rilievo al problema della formazione.

Del resto la stessa normativa a livello nazionale è molto ricca e motivata al riguardo; se ne dà di seguito una sola elencazione, in quanto è superfluo approfondire un ambito che si ritiene ben conosciuto.

L. 833/78:	art. 2 - comma 8 art. 47 - comma 6 art. 53 - comma h	(obiettivi del S.S.N.) (relativo al personale) (finalità del P.S.N.)
D.P.R. 761/79	art. 45 art. 46	(attività didattica - aggiornamento facoltativo - comandi speciali) (aggiornamento obbligatorio)
D.P.R. 348/83	art. 19	(contratto di lavoro 1983-1987)

L. 93/83	art. 21	(della legge sul pubblico Impiego)
L. 595/85	art. 2 - punto 3 art. 8 - punto 4	(definisce le azioni programmate) (inserisce le attività di formazione fra le azioni programmate).
D.P.R. 270/87	art. 26 art. 83	(contratto di lavoro 1987) sul personale non medico sul personale medico e veterinario
D.P.R. 289/87	art. 32	medici convenz. medicina generale
D.P.R. 290/87	art. 31	medici pediatri convenzionati
D.P.R. 291/87	art. 20	medici convenz. med. specialist ambulatoriale
D.P.R. 292/87	art. 19	medici di guardia medica

Anche da parte delle regioni, e sempre dal punto di vista formale ed «ufficiale», non è mancata questa stessa attenzione che si è espressa, in specie, attraverso gli strumenti programmatori. I Piani sanitari regionali non mancano, così, di fare riferimento al ruolo della formazione ed alla esigenza di una sua «programmazione». Solo a titolo di esempio si ricordano qui, per estrema sintesi, le proposizioni di alcune regioni con la specifica del «ruolo» assunto nel medesimo dal «capitolo formazione». Così ad esempio la funzione formazione è esplicitata nei piani regionali in forme e con modalità diverse:

- Piano socio-sanitario della regione Piemonte 1982-84 (L.R. n. 7 del 10.3.1982) e Piano socio-sanitario della regione Piemonte 1985-87 (L.R. n. 59 del 3.5.1985): nel primo piano la «Formazione del personale» risulta quale azione prioritaria riportata in specifico nell'allegato n. 6, mentre nel secondo piano viene indicata la politica nei confronti del personale come un obiettivo qualificante da perseguire.

- Piano socio-sanitario della regione Umbria 1985-87 (L.R. n. 11 del 21.2.1985). Detto piano individua nella «Formazione continua e nell'aggiornamento professionale del personale» un progetto esplicitato assai ampiamente nei suoi aspetti nella terza sezione (I progetti) e nella quarta sezione (Le risorse)

- Piano socio-sanitario della regione Marche per il triennio 1982-85 (L.R. n. 37 del 5.11.1982). In tale normativa si ritrova nella terza parte un capitolo sulla «Politica e formazione del personale», in cui vengono esplicitati anche gli obiettivi per il triennio.

- Piano sanitario 1984-86 e piano dei servizi sociali 1984-86 della regione Toscana (L.R. n. 70 del 6.12.1984). La formazione del personale è ritenuta una azione di piano cui viene dedicato un apposito allegato molto analitico e qualificante dal punto di vista delle scelte da avviarsi

- Piano socio-sanitario della regione Valle d'Aosta 1983-85 (L.R. n. 66 del 23.6.1983). Un capitolo «ad hoc» è dedicato alla formazione del personale, con la specifica anche dei criteri di calcolo per i fabbisogni.

- La regione Emilia-Romagna nella sua proposta per il «Il Piano sanitario regionale» dedica un allegato specifico alla «Qualificazione dei processi gestionali e decisionali» ed un secondo a «L'azione programmatica della formazione del 2° piano sanitario regionale»; oltre a ciò riferimenti specifici sono fatti in progetti-obiettivo

- Il Piano socio-sanitario della regione Veneto per il triennio 1984-86 (L.R. n. 13 del 2.4.1984) dedica nel 2° capitolo, fra le modalità per la ristrutturazione del servizio, un paragrafo specifico a «La formazione del personale, la ricerca finalizzata, l'educazione sanitaria»

- Il Piano sanitario della regione Sardegna 1983-85 (L.R. n. 10 del 30.4.1985) prevede in più parti la menzione del ruolo della formazione. Nella quarta parte, opportunamente inserito fra «gli strumenti» necessari al raggiungimento degli obiettivi di piano, è individuato uno specifico capitolo sulla formazione. In questo caso, come del resto per altre regioni qui menzionate, il problema è affrontato anche laddove si definiscono i rapporti regione-università.

- Anche il Piano sanitario provinciale 1983-85 relativo alla provincia autonoma di Bolzano (L.P. n. 1 del 5.1.1984) dedica rilevante attenzione al problema, oltre ad uno specifico paragrafo in cui sono individuate le iniziative prioritarie in specie in ambito medico.

A fronte di queste «normative» e di tali orientamenti progettuali, non si può però affermare che, al momento, le realizzazioni concrete rispondano coerentemente a quanto ci si era proposti.

In questi anni (dall'approvazione della 833) si è in realtà fatta molta formazione e per quasi tutti i profili professionali presenti; ma, come le prime rilevazioni dimostrano, si è trattato di iniziative, certamente rispondenti alle esigenze formative più urgenti, ma il più delle volte spontanee e poco programmate, integralmente gestite a livello locale ovvero integralmente delegate ad Enti privati esterni. Questo è in realtà un effetto dell'autonomia di cui godono le USL in questo ambito; una autonomia che intendono preservare e che però accanto ad aspetti positivi (il raccordo stretto fra bisogni e processi formativi, la garanzia del coinvolgimento dei destinatari) presenta anche aspetti meno positivi che, in un quadro di programmazione, devono per lo meno essere attenuati (improvvisazione, non sufficiente considerazione delle differenti tecniche utilizzabili, assenza di valutazione dei risultati, in alcuni casi delega totale ad enti di formazione nei quali è prevalente un effetto di «immagine» in una logica esclusiva di mercato, ecc.).

È allora necessario che in tale settore si possa passare ad una seconda fase più «orientata» e governata. Passare ad una fase più governata, pur nella salvaguardia dei livelli di autonomia, significa non delega né sola proliferazione della formazione ma soprattutto gestione responsabile della medesima. In tal senso, innanzitutto, è importante che regioni ed USL, per quanto a ciascuno spetta, assumano le rispettive funzioni. Così le regioni (in alcuni casi si è già rilevato, come diremo in seguito) devono assumere sempre più un ruolo di programmazione, di coordinamento, di sperimentazione e di supporto sia tecnico sia informativo.

Così, ancora, a livello locale, deve essere sempre più chiaramente esplicitato il processo che l'attivazione di una iniziativa formativa implica, nei suoi necessari passaggi (analisi dei bisogni - definizione degli obiettivi - costruzione del progetto formativo con la scelta della metodologia, delle tecniche e dei docenti - attuazione del progetto - valutazione dell'iniziativa e dei suoi effetti), e nelle necessarie «presenze» di esperti di formazione.

Ciò comporta non poche irrilevanti implicazioni a livello istituzionale e organizzativo.

Si pone, innanzitutto, l'esigenza di un minimo di strutturazione a livello regionale e locale, quale referente funzionale, che in regione non può essere «confuso» nell'ampio settore della formazione professionale e che a livello di USL non può essere lasciato alla sensibilità e al volontarismo, pur positivo, di qualche operatore. Secondariamente si pone l'urgenza di realizzare, in ogni regione, una mappa delle agenzie formative così come un sistema informativo sulle iniziative formative che si attuano, in sanità, sistema informativo utilizzabile anche dal livello locale.

22.3. Alcune esperienze di formazione a livello nazionale e locale

Quanto è stato fino ad ora affermato intende delineare alcune linee direttrici sulla formazione in sanità ed è fondato non tanto sulle analisi che oggi possono cogliersi in tale campo, quanto piuttosto su alcune esperienze «paradigmatiche» che si propongono oggi con rilevante interesse e che chiedono «consolidamento» e «generalizzazione» sia a livello regionale sia a livello locale.

Appare innanzitutto significativo ricordare qui l'iniziativa a livello nazionale sia dell'Istituto Superiore di Sanità sia del Formez, non tanto nei contenuti specifici dei corsi organizzati da tali Enti quanto piuttosto nel metodo e nei fini più generali che li ispiravano.

Entrambi, infatti non hanno mai inteso sostituirsi al livello decentrato, ma attivare iniziative finalizzate ad avviare un processo che, successivamente, si ritiene possa svilupparsi autonomamente.

Così l'Istituto Superiore di Sanità ha mirato a creare una rete di «formatori» in grado di riproporre poi a livello locale i corsi cui avevano assistito, in specie incentrati su temi epidemiologici e informativi. Il Formez, così come i suoi fini istituzionali prevedono, si è preoccupato di concordare con alcune regioni del Sud l'effettuazione di attività formative (soprattutto per la dirigenza, come vedremo di seguito), con l'obiettivo di vedere in seguito riproposte analoghe iniziative in forma autonoma (pur se «supportate» tecnicamente sempre dal Formez quando richiesto).

Ma l'attività più interessante, come era lecito attendersi, si è registrata a livello regionale e locale, che di seguito viene esemplificata iniziando dalle esperienze regionali più rilevanti, senza per questo voler essere in nessun caso esaustivi (anche se una apposita richiesta del Consiglio Sanitario Nazionale a tutte le regioni che chiedeva documentazione in proposito ha avuto scarso riscontro). I riferimenti devono, dunque, intendersi come esemplificativi e non esclusivi.

Il livello regionale, di recente, pare essersi reso conto che il fenomeno va governato.

A tal fine, differenti sono stati i provvedimenti e le iniziative poste in atto; in via generale si può affermare che da un lato sono stati attivati (o si stanno sperimentando) strumenti informativi sulla formazione (schede di rilevazione dell'attività formativa delle USL e delle agenzie formative), dall'altro alcune regioni hanno emanato vere e proprie «direttive» al riguardo, secondo quanto previsto nel «Piano» (specificando: procedure, scelte prioritarie, referenti locali, ecc.) Inoltre, a partire da una mancata attenzione organizzata e specifica per i processi formativi nella pubblica amministrazione, presso gli Assessorati alla formazione professionale si sono venute creando strutture «ad hoc» finalizzate alla formazione in sanità, sia nell'ambito del Dipartimento regionale della sicurezza sociale, sia nell'ambito di un «Servizio formazione del pubblico impiego» (articolato al livello del pubblico impiego ed al livello della sanità) e creato appositamente dall'Assessorato alla formazione professionale. L'obiettivo è, sempre, quello di avviare una reale programmazione formativa e di supportare il livello locale nella sua propria iniziativa autonoma ma «orientata» e governata. Significativo è al riguardo il collegamento che talune regioni realizzano con le strutture e gli esperti universitari per coinvolgerli in tale processo in un rapporto paritario e collaborativo.

A livello di USL il modello ottimale che si va delineando è la individuazione di un referente per la formazione (in alcuni casi denominato «tecnico» della formazione) non a tempo pieno.

Nelle situazioni migliori, detto referente (che proviene quindi da un servizio ove continua ad operare) è affiancato da un «delegato-operatore» di ogni servizio (pure questi non a tempo pieno). Tutti assieme formano una sorta di équipe che affianca l'ufficio di direzione nel recepimento dei bisogni formativi, nella loro programmazione e coordinamento complessivo.

Ovviamente tale équipe, e per essa il coordinatore- referente, rappresentano un anello di una rete «regionale» che interagisce verso l'alto (regione) e verso il basso (ufficio di direzione e servizi) per l'attuazione di un processo formativo specifico e complessivo coerentemente definito.

In sintesi, quindi, possono individuarsi le seguenti «azioni» poste in atto:

- a livello regionale: - Piano sanitario;
 - direttive;
 - struttura «ad hoc»;
 - S I sulla formazione.
- a livello locale: - referente (tecnico) della formazione,
 - équipe della formazione (con rappresentanze dei vari servizi)

22.4. La formazione della dirigenza

Se quanto è stato fino ad ora esplicitato riguarda principalmente l'aspetto metodologico delle regioni, in termini «ideali tipici», è utile ora incentrare l'attenzione sul problema della formazione della dirigenza (= apicali) che è, per molti aspetti, fondamentale.

Infatti, è stato già detto che la formazione, in questi anni, ha coinvolto pressoché tutti gli operatori e tutte le figure seppur in differenti forme. Tuttavia, da ultimo, l'attenzione locale - ma in specie delle regioni - si è incentrata su alcuni progetti formativi in qualche modo «strategici» (contabilità di bilancio, sistema informativo, operatori di distretto, ecc.); fra questi quello sulla dirigenza amministrativa e sanitaria (capi servizio e coordinatori) sta sempre più diffondendosi e consolidandosi.

Il «nodo» della dirigenza appare sempre più «centrale» per la gestione corretta della sanità e di tutti i processi di innovazione che per essa si possono implementare. In realtà detto tema avrebbe preteso una trattazione a se stante, ma il livello conoscitivo odierno è ancora molto scarso.

Poco sappiamo chi siano i nostri dirigenti della sanità (scolarizzazione, età, precedenti lavorativi, formazione professionale, ecc.); è ben chiara tuttavia ormai l'urgenza non solo di «conoscerli», ma anche di «farli conoscere» e di (ri)qualificare la loro professionalità, quale garanzia per avviare processi decisionali innovativi insieme efficaci ed efficienti.

Delle iniziative formative avviate in questi ultimi anni, e riservate al livello apicale della sanità, è già stata fatta una sorta di analisi mirata dal Formez; si stagliano, su tutti, i momenti formativi attuati dalla regione Toscana (per capi servizio sanitari, capi servizio amministrativi e per responsabili di servizio sociale), dal Formez stesso, dalla regione Emilia-Romagna (per «tecnici» della formazione); più in specifico possiamo qui ricordare l'azione de:

- Il Formez, soprattutto in collaborazione con alcune regioni del Sud, ha avviato numerose iniziative in tal senso in Sicilia e, ultimamente, con la regione Basilicata (Corso di formazione manageriale per quadri sanitari ed amministrativi USL) con il patrocinio del Ministero della Sanità;

- la regione Toscana, che, con l'ausilio di una équipe scientifica, ha realizzato un Corso per i dirigenti, e capi servizio sanitari delle USL, per i dirigenti e capi servizio amministrativi e per i responsabili del servizio sociale di USL;

- la regione Emilia-Romagna che ha realizzato tre giornate di studio sulla formazione della dirigenza e degli amministratori di USL quale esplicitazione e momento di confronto sulla sua politica di promozione e coordinamento in tale settore, com-

pletata da un periodo di formazione per la definizione di «tecnici della formazione» in campo sanitario (per USL e per provincia). A ciò si devono aggiungere le iniziative promosse dall'Assessorato alla Sanità in ordine, fra l'altro, alla individuazione analitica dei centri di costo ed alla omogeneizzazione delle procedure.

Le presenti indicazioni rappresentano ovviamente un esempio paradigmatico fra le non poche iniziative attuate in tale direzione, e che più chiaramente evidenziano le scelte progettuali più sopra esplicitate

22.5. Le proposte parlamentari

Del resto detta rilevanza è stata definitivamente legittimata dalla proposta di legge presentata in Parlamento sulla «Istituzione di una scuola superiore di organizzazione sanitaria»; detta scuola dovrebbe rappresentare il «passaggio» necessario per chiunque venga chiamato ad assumere una funzione «apicale». La stessa proposta specifica che non pochi documenti «informano della urgente necessità di promuovere una politica di formazione specifica per gli operatori della dirigenza delle strutture della USL». La tradizionale formazione nel settore amministrativo e quella igienica nel settore sanitario si dimostrano inadeguate, entrambe per difetto rispetto ai compiti ed alle responsabilità che la dirigenza del S.S.N. deve assumere. Per la dirigenza amministrativa si richiede un livello di preparazione che comprenda sempre più la conoscenza di tecniche decisionali; di tecniche organizzative, anche in chiave di valutazione di produttività dei servizi; di analisi costi-benefici; di tecniche di sistemi di bilancio in un quadro di utilizzazione di impianto e di funzionamento dei sistemi di informatica, statistici ed epidemiologici ai fini di gestione e non meramente documentali.

Per quanto concerne la dirigenza sanitaria la proposta si rifà all'O.M.S. che, fin dal 1972, aveva indicato le conoscenze ed abilità professionali, fra le quali emergevano le tecniche proprie alle relazioni interne ed esterne e le conoscenze organizzative.

In altre parole la «professione di manager» in ambito sanitario dovrebbe essere considerata come una professione relativamente nuova, che richiede quindi al dirigente una formazione di tipo nuovo a prescindere dal background di ciascuno»

Alle conoscenze di natura tecnico-professionale il dirigente dovrà aggiungere quelle relative alla conduzione di un gruppo ed alla formulazione di decisioni in condizioni di incertezza. Occorre altresì «una continua pratica, un atteggiamento favorevole alla più ampia apertura verso gli altri, una capacità di sintesi, una disposizione a rischiare, che vanno verificati nella vita di ogni giorno»

La formazione così individuata, ed è questo un rilievo molto importante della proposta, dovrà essere sia di base sia continua.

Nella prospettiva della formazione continua si fa anche l'ipotesi di un periodo annuale di almeno 40 ore; ci si concentra, però, poi sulla formazione di base che appare al momento - anche ai proponenti - molto carente e che aveva già attratto l'attenzione del Parlamento fin da quando era stato proposto il «Piano sanitario nazionale per il triennio 1980-82» (nell'ambito del programma di azione destinata alla formazione del personale va emanato un programma speciale di natura prioritaria per l'aggiornamento e la riqualificazione straordinaria di tipo manageriale dei quadri dirigenti delle USL e dei maggiori presidi sanitari)

Nella proposta stessa è così contenuta la sintesi della indagine svolta dal CRESA sulle istituzioni formative che operano in sanità (1984). L'indagine, peraltro, che individuava 4 centri universitari, 3 centri pubblici, 8 centri privati operanti esclusivamente in sanità e 6 centri privati operanti anche in sanità (21 in totale) non si riporta in quanto appare largamente incompleta (la sola regione Emilia-Romagna, ad esempio, in un proprio censimento ne aveva individuati 29 operanti sul proprio territorio) e per difetto

Al pari di questi dati anche quelli relativi al numero (568) ed al contenuto dei corsi appaiono non significativi e rappresentativi della realtà nazionale complessiva.

Tutto ciò, anche se non necessariamente rappresentativo dell'universo, fa considerare ai proponenti la proposta di legge l'urgenza «di promuovere una riflessione approfondita ed aperta sull'argomento e pervenire - con l'apporto fattivo di tutte le parti politiche - alle opportune soluzioni legislative» In tal contesto la proposta, in sintesi, avanza la necessità di:

- richiedere, oltre ai titoli normalmente previsti, anche il diploma della «Scuola superiore di organizzazione sanitaria» per assumere qualifiche dirigenziali nel S.S.N.;
- istituire la «Scuola superiore di organizzazione sanitaria» presso il Ministero della Sanità, concepita però come «agenzia» e quindi capace di organizzarsi anche in sedi periferiche e di utilizzare con flessibilità le competenze didattiche necessarie;
- definire gli organi direttivi, il comitato direttivo (in cui dovrebbero essere rappresentate anche le regioni) e la figura del direttore di detta Scuola;
- prevedere due indirizzi: quello amministrativo e quello sanitario, prevedendo altresì che parti delle discipline siano «comuni»;
- definire l'elenco degli idonei alle qualifiche di dirigenti amministrativi del S.S.N.

Completano la proposta le norme transitorie che prevedono due anni di tempo per l'entrata «a regime» della Scuola e dei corsi relativi.

Ci si è soffermati più a lungo su questa proposta anche se la stessa presenta nella sua strutturazione e nella sua individuazione carenze e punti sui quali il chiarimento ed il dibattito dovranno incentrarsi approfonditamente.

Questa analisi si è soffermata principalmente agli aspetti «paradigmatici» dell'esigenza di una qualificazione specifica per dirigenti del S.S.N., piuttosto che su quelli attuativi, sui quali il confronto potrà indurre anche ad opportuni «aggiustamenti» (articolazione della Scuola sul territorio, rapporto con le regioni in specie laddove le regioni si sono già mosse in tal senso; discipline da prevedere, ecc.). Si è inteso cioè in tal modo riconoscere la peculiarità della formazione per il personale operante nel S.S.N. che dovrà dar luogo:

- 1) ad una «riconsiderazione» della formazione di base laddove necessaria;
- 2) alla previsione di una formazione all'ingresso (individuando in tale area anche la formazione «necessaria» per accedere al ruolo della dirigenza),
- 3) all'attivazione di un vero e proprio processo formativo per tutti i soggetti operanti nel S.S.N. (per professionalità e per aree lavorative), autonomamente attuato ma coordinato e supportato dal livello regionale (formazione sul lavoro e/o aggiornamento professionale), con tutte le implicazioni conseguenti sia sul versante della domanda sia sul versante dell'offerta;
- 4) alla valutazione del problema del «sistema di relazioni» fra amministratori e tecnici anche sul versante formativo, problema particolarmente avvertito in alcune regioni, e che pone con forza il ruolo attivo e primario delle regioni in detto progetto;
- 5) ad una attenzione specifica allo sviluppo regionale e locale già avviato proprio in ambito formativo e relativamente al S.S.N.

EPIDEMIOLOGIA DEL DIABETE MELLITO IN ITALIA**23.1. Linee di tendenza**

Il diabete mellito è fra le malattie cronico-degenerative più frequenti nel nostro Paese; l'impatto sociale che esso determina è di notevole entità se si considerano parametri quali il costo e la durata della terapia per singolo paziente, la necessità di frequentissimi contatti con la struttura sanitaria, i costi indiretti dovuti alla perdita di ore lavorative, la frequente comparsa di complicanze d'organo che aggravano i costi di assistenza e peggiorano la performance individuale fino alla vera e propria invalidità (retinopatia, neuropatia, nefropatia diabetiche), e il pesante tributo che la malattia paga alla mortalità generale in Italia.

Prima della riforma sanitaria, alcune informazioni sulla prevalenza del diabete erano disponibili presso le principali agenzie mutualistiche di assistenza alle malattie (INAM, INADEL, ENPAS). Tali dati erano però poco generalizzabili, sia perché riferiti a popolazioni di tipo lavorativo (e quindi non rappresentative della popolazione generale, né per distribuzione delle età, né per caratteristiche di salute dei singoli soggetti), e sia perché non facevano nessuna distinzione tra le due principali forme di diabete mellito (insulino-dipendente, IDDM, o giovanile, o di tipo I; non-insulino-dipendente, NIDDM, o dell'età adulta, o di tipo II). Neanche i dati ISTAT, riguardanti la mortalità per diabete, possono essere considerati rappresentativi della situazione reale nel nostro Paese; infatti oggi la letalità del coma diabetico è divenuta molto bassa, e molto spesso la causa di morte è rappresentata da complicanze croniche a sviluppo lento (insufficienza renale, infarto miocardico, accidenti cerebrovascolari) che sul certificato di morte vengono registrate come tali, senza nessuna segnalazione del diabete come causa determinante.

23.2. L'analisi dei dati

I dati attualmente esistenti provengono quasi tutti da studi epidemiologici condotti su campioni numericamente ristretti, per iniziativa di singoli gruppi di ricerca

Pur se in genere si tratta di progetti ben disegnati e rigorosamente condotti, i dati da loro raccolti sono difficilmente cumulabili in un unico pool, in quanto la diagnosi di diabete è stata spesso ottenuta utilizzando metodi differenti (glicemia a digiuno, glicosuria, glicemia dopo un pasto, glicemia dopo carico orale di glucosio, glicemia casuale nel corso della giornata). Altri tentativi sono stati condotti con metodica differente, quale la valutazione statistica dell'uso di antidiabetici orali o di insulina, oppure l'intervista diretta di individui randomizzati dalla popolazione generale (ISTAT, Indagine campionaria sullo stato di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari; 1980, 1983, 1986). Anche questi modelli di indagine si prestano a molte critiche, i primi perché non considerano la grande quota di diabetici in trattamento esclusivamente dietetico, il secondo perché ignora l'esistenza dei diabetici inconsapevoli (che dovrebbero essere, secondo alcune stime, addirittura il doppio di quelli diagnosticati). La conoscenza

dei fattori associati alla malattia, alcuni dei quali con funzione di fattori concausali, lascia credere che il diabete stia seguendo un trend nettamente crescente, nel nostro Paese come in tutto l'occidente industrializzato. La prevalenza del diabete è più alta nelle classi di età più anziane, è in relazione diretta con il grado di sovrappeso corporeo e con l'uso di particolari sostanze ad attività farmacologica. Il progressivo invecchiamento della popolazione, la grandissima diffusione di sovrappeso e franca obesità, il frequente uso di farmaci potenzialmente diabetogeni, quali cortisonici e diuretici tiazidici, confortano il dato della succitata indagine campionaria ISTAT: alla domanda «è diabetico?» risposero affermativamente il 2,85% degli intervistati alla prima indagine, il 3,31% alla successiva, e il 2,92% all'ultima, del 1986-87 (risultato, però, ancora non definitivo in quanto a tutt'oggi sono stati analizzati i dati relativi solamente ad un terzo del campione).

I risultati delle indagini epidemiologiche sopra citate, forse a causa delle diverse metodologie impiegate, presentano delle differenze molto marcate (prevalenza di diabete clinico, dall'1,03 all'11,20%: tav. 23.1), dalle quali è di difficile estrapolazione il numero reale dei soggetti diabetici in Italia. Uno studio condotto da Checcacci e Coll. nella Repubblica di San Marino, dove ogni paziente fa capo al Centro Antidiabetico dell'ospedale, ha rilevato una prevalenza della malattia di 1,37%; la diagnosi veniva però fatta per glicemia a digiuno maggiore o uguale a 120 mg/dl. (e non 140, come raccomandato dal National Diabetes Data Group). Il follow-up della popolazione, durato dieci anni (1969-1978), ha dimostrato un'incidenza annua dell'1,7%, con un andamento decrescente che andava dall'oltre il 2% dei primi anni del periodo osservazionale allo 0,91% del 1978 (tav. 23.2). Questo decremento veniva attribuito ad un trend spontaneo della malattia o all'effetto della diagnosi precoce del diabete subclinico, facilitata dallo screening continuo della popolazione condotto dal servizio sanitario locale. Un altro studio, condotto in accordo ad un disegno sperimentale molto rigoroso, è quello di Muntoni e Coll., i quali, in Sardegna, hanno rilevato una prevalenza di diabete mellito del 4,27% tra gli uomini e del 3,25% tra le donne. Dato interessante è quello dell'alta percentuale (maggiore fra gli uomini) di soggetti diabetici precedentemente non diagnosticati (tav. 23.3).

23.3. I centri antidiabetici

I centri antidiabetici (CAD) della Associazione Italiana dei Cavalieri di Malta rappresentano ormai una struttura di lunga tradizione e grande efficienza nell'assistenza al malato diabetico, per lo meno nella regione Lazio.

Istituiti fin dal 1955, si prendono cura di quasi 35 000 diabetici ogni anno, di cui 20 000 solo nel Lazio. Sono 15 centri, 7 dei quali situati a Roma, e gli altri 8 distribuiti uno ciascuno a: Latina, Civitavecchia, Viterbo, Milano, Venezia, Napoli, Bari, Andria. La collocazione al Centro-Sud è segno di una finalità integrativa all'assistenza pubblica.

In ogni centro operano, oltre al diabetologo, i diversi specialisti in grado di affrontare le molteplici complicanze del diabete. Sebbene i CAD dei Cavalieri di Malta abbiano raccolto una mole imponente di dati sui loro assistiti, tali informazioni sono di difficile utilizzazione ai fini epidemiologici e di programmazione sanitaria in quanto è praticamente impossibile attribuirvi un denominatore preciso e stabilire il bacino di utenza.

Si riportano, comunque, in tavola 23.4 alcuni dei dati salienti dell'attività dei CAD nel biennio 1986-1987.

Dai dati dell'Istituto Superiore di Sanità risulta che circa un milione e mezzo di cittadini ricorrono alle diverse strutture di assistenza specialistica, perché diabetici. Tale numerosità equivale ad una prevalenza di circa il 2,5% nella popolazione generale. Se si

considerano anche i diabetici seguiti semplicemente dai propri medici curanti o da altri presidi diversi dai centri antidiabetici, ed i diabetici non diagnosticati, la prevalenza reale dovrebbe salire a circa il 5%, similmente a quanto rilevato in altri Paesi europei

Anche per quanto riguarda le complicanze della malattia diabetica valgono le stesse valutazioni fatte per la malattia di base. Poche sono le informazioni epidemiologiche di sicuro valore statistico, la macroangiopatia è causa della alta frequenza di coronaropatia, che nei diabetici è circa il doppio di quella dei non diabetici. Tra i fattori di rischio vi sono il cattivo controllo metabolico, l'iperinsulinismo (endogeno o iatrogeno), ma anche la coesistenza di altri fattori di rischio cardiovascolare, che spesso affliggono il soggetto diabetico (quali le dislipoproteinemie, il sovrappeso corporeo, l'ipertensione arteriosa)

La microangiopatia, che si identifica principalmente con la retinopatia, è la più importante causa di cecità al di sotto dei 70 anni. Il più sicuro fattore di rischio per questa condizione è la durata della malattia di base. La nefropatia è la principale causa di morte nel diabete di tipo I

La neuropatia, complicanza che meno delle altre compromette la speranza di vita, è di difficile definizione diagnostica e rilevazione epidemiologica.

23.4. La legge 115 del 1987

Considerata la rilevanza sociale che la patologia diabetica riveste in campo di sanità pubblica e considerando l'atteggiamento dei cittadini nei confronti della salute e della sanità, non più di richiesta di superamento dello stato di malattia ma esigenza di salute al miglior grado possibile, e sentita la necessità di coordinare le iniziative di ricerca terapeutica e epidemiologica, sono state dettate da parte del Governo, con la legge 16 marzo 1987, n. 115, le «Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito».

La legge in oggetto prevede l'emanazione, da parte del Ministro della Sanità, di due atti di indirizzo e coordinamento e di due decreti ministeriali.

Al fine di migliorare le modalità di diagnosi e cura, ogni cittadino affetto da diabete mellito dovrà essere fornito di tessera personale attestante l'esistenza della malattia ed avrà diritto, su prescrizione medica, alla fornitura gratuita dei presidi diagnostici e terapeutici

La legge prevede inoltre la pianificazione e la eventuale istituzione di servizi diabetologici, di corsi per la formazione professionale per il personale e la promozione di iniziative di educazione sanitaria rivolte ai diabetici e alla popolazione generale.

Per quanto riguarda l'onere finanziario l'art. 10 della suddetta legge prescrive sul cap. 6856 del bilancio di previsione del Ministero del Tesoro, per l'anno finanziario 1987, l'accantonamento specifico di lire 6.400 milioni per il 1987 e lire 8.000 milioni per ciascuno degli anni 1988 e 1989

Il Ministero della Sanità, allo scopo di raccogliere i dati necessari per poter programmare gli interventi in questo specifico campo, aveva già istituito con D.M. 28.3.1985 un gruppo di lavoro per rilevazioni epidemiologiche sul diabete

Detto gruppo, che ha iniziato i suoi lavori nell'anno successivo, ha programmato due indagini: un censimento di tipo quantitativo-qualitativo e di efficienza delle strutture esistenti sul territorio ed una indagine epidemiologica campionaria su 13 Unità sanitarie locali, 5 del Nord, 4 del Centro e 4 del Sud, per la valutazione della prevalenza della malattia stessa

Il rilevamento delle strutture diabetologiche, coordinato dalla Direzione dei Servizi di Medicina Sociale, Ministero della Sanità, è partito il 27/6/1987 ed ha avuto al marzo 1988 risposte da 406 Unità sanitarie su 673 totali (tav. 23.5)

Il rilevamento di natura epidemiologica è coordinato dalla Direzione dei Servizi di Medicina Sociale del Ministero della Sanità e realizzato dall'Istituto San Raffaele di Milano

È stata inoltre effettuata una rilevazione riferita all'anno 1986 sui consumi di insulina, in U.I., per ciascuna regione italiana: il consumo è stato rapportato alla popolazione stimata al dicembre 1986 ed i dati ottenuti fanno constatare una notevole differenza dei consumi tra le varie regioni (tav. 23.6); non altrettanto variabili appaiono invece i dati relativi ai consumi di ipoglicemizzanti orali (tav. 23.7)

Una attenta rilevazione statistica della dimensione del problema diabete avrà delle sicure ricadute positive in termini di assistenza ai diabetici. Non bisogna però disattendere l'informazione che da più parti viene segnalata con sempre maggiore evidenza scientifica, e cioè l'alto grado di prevenibilità del diabete. Pur essendo un disturbo a forte componente genetica, infatti, molti individui ereditariamente predisposti a divenirne affetti in realtà non sviluppano la malattia. Si calcola che addirittura il 95% dei casi di diabete in età pediatrica potrebbe essere prevenuto, se si conoscessero tutti gli agenti ambientali coinvolti e se ne riducesse la loro prevalenza. Sicuramente l'intervento di medicina preventiva su uno di questi agenti, l'eccesso alimentare accompagnato ad obesità, comporterebbe una sensibile riduzione dell'incidenza del diabete.

Tavola 23.1 - Prevalenza del diabete in alcune indagini condotte su popolazione italiana.

AUTORI (anno)	REGIONI	Prevalenza del diabete
Pozza et al (1974)	Lombardia	2,29%
Robba (1974)	Lombardia	5,89%
Pompei et al. (1982)	Liguria	4,84%
Morsiani et al (1985)	Emilia	1,03%
Savagnone et al (1985)	Sicilia	11,20%
Verrillo et al (1985)	Campania	7,0%
Muntoni (1986)	Sardegna	3,71%

Fonte Consiglio Sanitario Nazionale

Tavola 23.2 - Nuovi casi di diabete conclamato tra il 1969 ed il 1978 nella Repubblica di San Marino.

ANNI	Maschi		Femmine		Totale	
	n	%	n	%	n	%
1969	17	1,92	23	2,71	40	2,31
1970	14	1,54	11	1,27	25	1,41
1971	28	2,99	13	1,45	41	2,24
1972	22	2,31	29	3,16	51	2,73
1973	19	1,96	16	1,70	35	1,83
1974	16	1,61	16	1,65	32	1,63
1975	19	1,88	17	1,72	36	1,80
1976	11	1,07	12	1,19	23	1,13
1977	16	1,54	10	0,98	26	1,26
1978	9	0,85	10	0,96	19	0,91
Totale . . .	171	1,75	157	1,65	328	1,70

Fonte Checcacci, Teneoni, Conti, Rolli, Simetovic, *Clinical diabetes in the Republic of San Marino: incidence and prediction of the disease in the population, 1987*

Tavola 233 - Dati standardizzati per età (range 20-59 anni) prendendo come popolazione di riferimento quella italiana al censimento del 1981.

	Esaminati	Diabete	Dieta sola	Ipoticemizzanti orali	Insulina	Diabete non diagnosticato
Uomini	1 929	4,27%	12%	38%	10%	39%
Donne	2 040	3,25%	10%	56%	6%	28%

Fonte estrapolata da S. Muntoni e coll., *Medicographia*, 9 (Suppl. 1), 23-26, 1987

Tavola 234 - Dati relativi all'assistenza offerta dai Cadetti dei Cavalieri di Malta nel biennio 1986-1987

	1986	1987
Nuovi accessi totali	5 118	5 562
Diabetici assistiti	32 447	34 492
Visite effettuate	176 645	188 492
Esami ECG	10 655	15 719
Visite oculistiche	12 886	15 317
Visite neurologiche	119	681
Esami di laboratorio	665 216	816 475

Fonte Cadetti dei Cavalieri di Malta, 1988

Tavola 23.5 - Indagine epidemiologica nazionale sul diabete - Censimento delle strutture diabetologiche esistenti nelle regioni

REGIONI	Schede spedire	Schede di rif	Strutture pubbliche	Strutture private convenz	Eseguono esami lab	Eseguono specialist	Non eseguono esami lab	Non eseguono es special	Paz seguiti negli ult 2 anni	Non esist strutture diabet
Piemonte	54	38	28	1	26	28	3	1	55 746	9
Valle d'Aosta	1	1	1	—	1	1	—	—	870	—
Lombardia	99	82	62	5	62	64	5	3	152 715	15
P A Bolzano	4	4	4	—	4	4	—	—	5 273	—
P A Trento	11	9	9	—	7	7	—	—	6 610	2
Veneto	36	31	26	—	22	26	4	—	79 534	5
Friuli-Venezia Giulia	12	11	10	—	9	9	1	1	35 884	1
Liguria	20	13	10	—	9	10	1	—	11 288	3
Emilia-Romagna	41	28	25	1	26	26	—	—	82 817	2
Toscana	40	19	18	—	18	18	—	—	32 786	1
Umbria	12	5	4	—	4	4	—	—	5 863	1
Marche	24	11	9	—	9	9	—	—	17 129	2
Lazio	59	30	14	2	15	14	1	2	63 047	14
Abruzzo	15	12	9	—	9	8	—	1	13 339	3
Molise	7	6	4	—	4	3	—	1	4 058	2
Campania	61	23	10	7	16	16	1	1	23 450	6
Puglia	55	27	8	—	8	8	—	1	16 742	19
Basilicata	7	7	3	—	3	3	—	—	11 235	4
Calabria	31	10	9	—	9	8	—	1	21 414	1
Sicilia	62	31	19	—	18	18	1	1	36 466	12
Sardegna	22	8	7	—	7	6	—	1	18 261	1
Totale . . .	673	406	285	18	286	290	17	13	694.527	103

Fonte Ministero della Sanità - Direzione Generale Servizi Medicina Sociale

Tavola 23.6 - Consumi di insulina (in U.I) per regione - Anno 1986.

REGIONI	Consumi di insulina (in U.I)	Popolazione stimata dicembre 1986	Rapporto consumi/popolazione
Valle d'Aosta	612 400	113 855	5,422
Piemonte	221 824 000	4 389 430	50,535
Lombardia	485 240 000	8 876 787	54,663
P.A. Bolzano	6 100 000	435 377	14,010
P.A. Trento	31 722 000	444 860	71,307
Veneto	199 781 400	4 372 869	45,686
Friuli-Venezia Giulia	66 197 000	1 214 557	54,502
Liguria	102 044 600	1 758 961	58,014
Emilia-Romagna	193 081 000	3.931 014	49,117
Toscana	221 902 000	3 571 538	62,130
Umbria	69 691 000	817 852	85,212
Marche	70 042 000	1 426 965	49,084
Lazio	315 470 800	5 116 125	61,662
Abruzzo	60 889 000	1 254 129	48,550
Molise	31 458 000	334 195	94,130
Campania	373 341 000	5 690 431	65,608
Puglia	218 074 000	4 026 151	54,164
Basilicata	36 174 000	620 260	58,320
Calabria	54 564 000	2 139 301	25,505
Sicilia	386 869 000	5 112 073	75,677
Sardegna	131 878 600	1 643 789	80,228
Totale . . .	3.276.959.600	57.290.519	55,406 ± 20,957

Fonte Ministero della Sanità - Direzione Generale Servizi Medicina Sociale

Tavola 23.7 - Consumi di ipoglicemizzanti orali (n. di compresse) per regione - Anno 1986 (*).

REGIONI	Consumi di ipoglicemizzanti orali (n. compresse)	Popolazione stimata dicembre 1986	Rapporto consumi/popolazione
Valle d'Aosta	502 340	1 138 55	4,412
Piemonte	36 847 440	4 389 430	8,394
Lombardia	74 793 790	8 876 787	8,425
P.A. Bolzano	2 610 220	435 377	5,995
P.A. Trento	3 139 460	444.860	7,057
Veneto	41 063 660	4 372.869	9,390
Friuli-Venezia Giulia	9 697 210	1 214 557	7,984
Liguria	16 678 750	1 758 961	9,482
Emilia-Romagna	32 842.790	3 931 014	8,354
Toscana	34 372 090	3 571 538	9,623
Umbria	9 759 520	817 852	11,933
Marche	13 347 100	1 426 965	9,353
Lazio	48 718 260	5 116 125	9,522
Abruzzo	14 137 040	1 254 129	11,272
Molise	1 815 430	334.195	5,432
Campania	49 562 470	5 690 431	8,709
Puglia	39 063 060	4.026.151	9,702
Basilicata	5 252 090	620 260	8,467
Calabria	15 143 140	2.139.301	7,078
Sicilia	56 996 080	5 112 073	11,149
Sardegna	11 582 860	1.643.789	7,046
Totale . . .	517.661.590	57.290.519	8,513 ±1,847

(*) Dati parziali 18 aziende farmaceutiche su 25

Fonte Ministero della Sanità - Direzione Generale Servizi Medicina Sociale

PAGINA BIANCA

Parte IV
Appendici

PAGINA BIANCA

LA NORMATIVA NAZIONALE E REGIONALE

La produzione normativa statale è stata caratterizzata nell'anno 1987 da un evento «traumatico». l'interruzione della IX legislatura e il conseguente avvio della X. Sicuramente questo ha pesantemente condizionato l'iter di alcuni importanti disegni di legge, che sono andati «in archivio» con le elezioni anticipate, su temi quali la sperimentazione clinica su prodotti farmaceutici, l'organizzazione delle strutture ospedaliere, i provvedimenti sui laboratori di analisi cliniche e altri disciplinanti le professioni sanitarie o parasanitarie, in discussione al Senato, mentre tra quelli all'esame dell'Assemblea di Montecitorio si ricordano i provvedimenti relativi alla vivisezione degli animali, una serie di misure per gli handicappati, alcune proposte di legge sui primari ospedalieri, altri relativi all'inquinamento delle acque.

Nel contempo però sono stati approvati una serie di decreti legge, di cui alcuni poi convertiti in legge che ovviamente non sono riusciti a caratterizzare con il respiro di un disegno ampio e globale la legislazione sanitaria per il 1987, sui grossi temi quali l'assetto istituzionale delle USL e le modifiche da apportare alla legge 833.

Di converso quasi la totalità delle leggi sono state di conversione di decreti legge tra cui si segnalano le più importanti quali la legge n. 531 del 29.12.1987 di conversione del decreto legge n. 433 del 30.10.1987, reiterato cinque volte, recante «disposizioni urgenti in materia sanitaria». Dal decreto legge, in sede di conversione, sono stati stralciati alcuni commi dell'art. 3 riguardanti il Prontuario Terapeutico e i compiti della Commissione Unica per il farmaco che sono stati poi approvati con la successiva legge finanziaria del 1988.

È diventato legge (n. 434 del 26.10.1987) anche il decreto n. 355 del 29.8.1987, concernente il finanziamento integrativo della spesa per i rinnovi contrattuali del pubblico impiego, del Fondo sanitario nazionale, del fondo comune regionale e del fondo ordinario della finanza locale; analogamente il decreto legge del 19.9.1987 recante misure necessarie per il ripiano dei bilanci delle Unità sanitarie locali è stato convertito nella legge n. 456 del 29.10.1987. Sono stati così ripianati i bilanci delle USL e di altri enti che erogano assistenza sanitaria per gli anni 1985 e 1986 dopo un lungo iter parlamentare, nonché i debiti degli ex enti ospedalieri.

Altri numerosi provvedimenti legislativi sono stati emanati negli ultimi anni in materia di prevenzione sui luoghi di lavoro.

Tra questi meritano menzione:

- l'ordinanza ministeriale del 21 febbraio 1985 con la quale il Ministero della Sanità ha attuato il censimento nazionale delle industrie che svolgono attività a grande rischio ricadenti nel campo di applicazione della direttiva CEE 82/501 del 24 giugno 1982. Il censimento è stato effettuato sulla base di un questionario inviato alle singole aziende, i cui risultati sono stati vagliati dai servizi tecnici dell'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro. Tra le norme contenute nell'ordinanza va menzionato l'obbligo per il fabbricante che svolge una attività industriale ad alto rischio di provvedere, in via generale, all'individuazione dei rischi di incidenti rilevanti più

frequenti, all'adozione di misure di sicurezza e di protezione ed all'informazione ed all'addestramento delle maestranze;

- il decreto del Ministero della Sanità del 23 dicembre 1985 che, al fine di provvedere alla predisposizione di piani di emergenza esterna ed alle adeguate informazioni al pubblico, ha istituito una Commissione di Coordinamento Interministeriale, il cui primo atto è stata la redazione di un documento intitolato «Guida tecnica per l'analisi e le valutazioni relative alla sicurezza delle attività industriali a rischio di incidenti rilevanti»;

- il D.P.R. 927/81 che ha recepito nell'ordinamento interno la direttiva 79/831/CEE del 18 settembre 1979 in materia di classificazione, etichettatura, imballaggio delle sostanze pericolose. Con l'approvazione del D.P.R. 927/81 si è statuito l'obbligo di notificare al Ministero della Sanità le nuove sostanze chimiche immesse per la prima volta sul mercato a partire dal 18 settembre 1981. Il provvedimento mira inoltre a promuovere la conoscenza delle caratteristiche delle sostanze chimiche pericolose prima che queste vengano immesse sul mercato. La notifica può contenere indicazioni sul quantitativo prescelto immesso sul mercato e sulle potenziali conseguenze dell'uso della sostanza sull'ambiente e sull'uomo; solo successivamente ad una pronuncia favorevole del Ministero della Sanità si può procedere all'immissione sul mercato della sostanza come tale o sotto forma di preparato. Tale sistema ha reso il meccanismo di notifica contemporaneo in tutti i Paesi membri della Comunità Europea, i quali, sulla base della direttiva 79/831/CEE, possono cautelarsi controllando se il procedimento di immissione sul mercato è avvenuto conformemente alla disposizione citata;

- i decreti del Ministero della Sanità 20 ottobre 1986 (registrato alla Corte dei Conti il 29 febbraio 1987) e 21 dicembre 1987 che hanno provveduto a rinnovare la Commissione consultiva prevista dall'articolo 10 del D.P.R. 927/81,

- il decreto 2 marzo 1987 emanato dal Ministro della Sanità che ha provveduto ad approvare l'elenco delle industrie insalubri di cui all'articolo 216 del Testo Unico delle leggi sanitarie, in sostituzione del precedente elenco di cui al D.M. del 1981;

- il decreto 21 luglio 1987 del Ministero della Sanità che prevede il riconoscimento ufficiale della scuola da istituirsi a Genova-Sestri per iniziativa dell'Istituto «Amerigo Vespucci» al fine di preparare gli aspiranti al conseguimento del certificato di idoneità all'impiego dei gas tossici;

- il decreto 21 dicembre 1987 che ha disposto la revisione delle Patenti di Abilitazione per l'impiego dei gas in questione

In questo quadro la legislazione regionale si è mossa con difficoltà in assenza di linee di respiro più ampie nel quadro legislativo statale. La produzione normativa è stata per lo più caratterizzata da leggi di modifica o integrazione a precedenti provvedimenti e di attuazione nei servizi. Poche le leggi nel settore della programmazione, che continua ad essere condizionato dalla mancanza di un quadro di riferimento certo in tutti i suoi aspetti, mentre più numerose sono state le leggi nei settori dell'assistenza ospedaliera, della prevenzione, dell'assistenza sanitaria in genere.

Programmazione

Nel settore hanno dettato norme per la predisposizione di Piani sanitari regionali le regioni Abruzzo (L.R. n. 45) e Campania (L.R. n. 36), mentre la provincia autonoma di Bolzano ha esteso il periodo di validità del piano sanitario provinciale (L.P. n. 3 e 16).

Organizzazione e gestione USL

Sono stati emanati ancora provvedimenti di modifica all'ordinamento delle USL dalle regioni Abruzzo (L.R. n. 11), Lazio (L.R. n. 5), Sicilia (L.R. nn. 32 e 33), Sardegna (L.R. n. 11), Trentino-Alto Adige (L.R. n. 7); mentre più numerose sono le leggi relative alla gestione delle USL. È particolare la legge della regione Basilicata (L.R. n. 11) per l'applicazione di sanzioni pecuniarie in materia sanitaria; mentre gli altri provvedimenti hanno avuto per la maggior parte riguardo alla disciplina del funzionamento degli organi di controllo (Emilia-Romagna, L.R. n. 15), alla disciplina dei compensi ed indennità: così il Friuli-Venezia Giulia (L.R. nn. 1, 24 e 26), Umbria (L.R. n. 4), Liguria (L.R. n. 6). Si sono occupate della disciplina della contabilità l'Emilia Romagna (L.R. n. 42), la Sardegna (L.R. n. 56 e 59) e del riparto della quota regionale del fondo sanitario la Liguria (L.R. n. 27).

Assistenza ospedaliera ed extraospedaliera

Ha emanato numerosi provvedimenti nel settore la regione Abruzzo (L.R. nn. 8, 15, 37, 42 e 60) in relazione ai servizi di dialisi domiciliare, alla istituzione dei presidi multizonali di igiene e prevenzione, alla erogazione di provvidenze per la distribuzione del sangue umano.

La regione Basilicata ha dettato norme in favore dei talassemici e dializzati (L.R. n. 5), così pure la Liguria (L.R. n. 28) nonché sui laboratori di analisi cliniche (L.R. n. 12).

In relazione alla disciplina delle case di cura private hanno emanato provvedimenti le regioni Lazio (L.R. n. 64) e Piemonte (L.R. n. 5), che ha anche disciplinato l'impiego di nuove metodiche terapeutiche e diagnostiche nell'ambito ospedaliero (L.R. n. 3), mentre la regione Lombardia ha approvato una legge per la tutela della partoriente e del bambino in ospedale (L.R. n. 16).

La regione Marche ha disciplinato l'erogazione di provvidenze in favore dei soggetti in trattamento radioterapico (L.R. n. 30), nonché per i soggetti affetti da uricemia cronica (L.R. n. 20), e ha inoltre organizzato i centri di diabetologia e malattie del ricambio (L.R. n. 38).

La regione Sicilia ha istituito il «Club Mediterraneo delle ustioni» (L.R. n. 23), mentre il Piemonte si è occupato dei requisiti dei laboratori di analisi ai sensi del D.P.C.M. 10 febbraio 1984 (L.R. n. 55) e dei problemi relativi alla raccolta, utilizzo e conservazione del sangue umano (L.R. n. 67).

Poche le leggi di rilievo negli altri settori: per l'assistenza agli anziani sono da rilevare le leggi della Liguria (L.R. n. 19), Valle d'Aosta (L.R. n. 3), Veneto (L.R. n. 26), per il personale le iniziative in materia di formazione della provincia autonoma di Trento (L.P. n. 24).

Significativa la legge della regione Campania di istituzione, in ciascuna Unità sanitaria locale, del servizio per la tutela della salute mentale. Mentre la regione Puglia ha disciplinato interventi socio-assistenziali collegati all'assistenza psichiatrica (L.R. n. 26). Numerosi sono stati gli interventi regionali per il finanziamento di associazioni e per l'erogazione di contributi a soggetti handicappati (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Molise, Piemonte, Toscana, Valle d'Aosta).

Una sola regione ha emanato una legge relativa a misure di prevenzione della diffusione della sindrome di immunodeficienza acquisita da soggetti a rischio (Calabria, L.R. n. 18).

Analogamente la sola regione Umbria ha approvato con legge la Carta degli utenti dei servizi delle USL (L.R. n. 27), mentre la regione Marche ha disciplinato norme per il libero accesso alle informazioni ambientali.

Nel settore del volontariato solo tre regioni hanno approvato provvedimenti organici: l'Abruzzo (L.R. n. 32), l'Umbria (L.R. n. 9) e il Veneto, che ha disciplinato con due provvedimenti (L.R. nn. 20 e 41) interventi a favore della cooperazione con finalità socio-assistenziali.

Vi è poi da rilevare la persistente alta «mortalità» dei provvedimenti legislativi regionali che hanno condizionato le già presenti difficoltà del quadro normativo nazionale dando a tutta la produzione regionale un andamento discontinuo.

Nel 1987 su 1.021 leggi approvate dalle regioni ordinarie ed esaminate dal Governo ne sono state rinviate 291 (28,50%), mentre per le regioni a statuto speciale su 242 leggi inviate al Governo ne venivano rinviate 62 (25,60%)

Per il settore socio-sanitario su 123 leggi approvate dalle regioni ordinarie ne venivano rinviate 33 (26,83%), mentre per quelle a statuto speciale su 53 leggi il Governo ne rinvia 7 (13,25%)

LEGGI, DECRETI-LEGGE E D.P.R

Decreto-legge 28 febbraio 1987 n. 53: Disposizioni urgenti in materia sanitaria (G.U. n. 50 del 2 marzo 1987)

Decreto-legge 5 marzo 1987 n. 62: Misure urgenti per la partecipazione dei medici e dei veterinari alla programmazione sanitaria ed alla gestione dei servizi sanitari e per la disciplina delle incompatibilità in materia di accesso ai rapporti convenzionali con le unità sanitarie locali per l'espletamento di attività sanitarie (G.U. n. 53 del 5 marzo 1987)

Decreto-legge 14 marzo 1987 n. 86: Misure urgenti per la lotta contro l'afte epizootica ed altre malattie epizootiche degli animali (G.U. n. 63 del 17 marzo 1987).

Decreto-legge 21 marzo 1987 n. 97: Misure necessarie per il ripiano dei bilanci delle unità sanitarie locali e di altri enti che erogano assistenza sanitaria per gli anni 1985 e 1986 e per il ripianamento dei debiti degli ex enti pubblici (G.U. n. 67 del 21 marzo 1987)

Legge 16 marzo 1987 n. 115: Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito (G.U. n. 71 del 26 marzo 1987).

Decreto-legge 29 aprile 1987 n. 163: Finanziamento integrativo della spesa per i rinnovi contrattuali del pubblico impiego, del Fondo sanitario nazionale, del fondo comune regionale e del fondo ordinario per la finanza locale, nonché autorizzazione alla corresponsione di anticipazioni al personale (G.U. n. 99 del 30 aprile 1987).

Decreto-legge 29 aprile 1987 n. 166: Disposizioni urgenti in materia sanitaria (G.U. n. 100 del 2 maggio 1987)

Decreto-legge 19 maggio 1987 n. 193: Misure necessarie per il ripiano dei bilanci delle unità sanitarie locali e di altri enti che erogano assistenza sanitaria per gli anni 1985 e 1986 e per il ripianamento dei debiti degli ex enti ospedalieri (G.U. n. 115 del 20 maggio 1987).

Decreto-legge 23 maggio 1987 n. 205: Misure urgenti per la lotta contro l'afte epizootica ed altre malattie epizootiche degli animali (G.U. n. 120 del 26 maggio 1987).

Decreto del Presidente della Repubblica 13 maggio 1987 n. 228: Rinnovazione degli articoli 46, 63 e 64 del decreto del Presidente della Repubblica 25 giugno 1983 n. 348 (G.U. n. 135 del 12 giugno 1987).

Decreto del Presidente della Repubblica 29 maggio 1987 n. 270: Norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo sindacale, per il triennio 1985-1987, relativa al comparto del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale (supplemento ordinario n. 2 alla G.U. n. 160 dell'11 luglio 1987).

Comunicato relativo al decreto del Presidente della Repubblica 20 maggio 1987 n. 270, recante «Norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo sindacale, per il triennio 1985-1987, relativa al comparto del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale» (supplemento ordinario n. 2 alla G.U. n. 160 dell'11 luglio 1987).

Decreto-legge 30 giugno 1987 n. 251: Finanziamento integrativo della spesa per i rinnovi contrattuali del pubblico impiego, del Fondo sanitario nazionale, del fondo comune regionale e del fondo ordinario per la finanza locale, nonché autorizzazione alla corresponsione di anticipazioni al personale (G.U. n. 150 del 30 giugno 1987)

Decreto-legge 30 giugno 1987 n. 257: Disposizioni urgenti in materia sanitaria (G.U. n. 152 del 2 luglio 1987).

Decreto-legge 20 luglio 1987 n. 286: Misure necessarie per il ripiano dei bilanci delle unità sanitarie locali e di altri enti che erogano assistenza sanitaria per gli anni 1985 e 1986 e per il ripianamento dei debiti degli ex enti ospedalieri (G.U. n. 167 del 20 luglio 1987).

Decreto del Presidente della Repubblica 8 giugno 1987 n. 290. Accordo collettivo/nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri, di libera scelta, ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (supplemento ordinario n. 1 alla G.U. n. 168 del 21 luglio 1987)

Decreto del Presidente della Repubblica 8 giugno 1987 n. 291: Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (supplemento ordinario n. 2 alla G.U. n. 168 del 21 luglio 1987).

Decreto del Presidente della Repubblica 8 giugno 1987 n. 292: Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti libero-professionali con i medici addetti ai servizi di guardia medica, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (supplemento ordinario n. 2 alla G.U. n. 168 del 21 luglio 1987).

Decreto-legge 27 luglio 1987 n. 303: Misure urgenti per la lotta contro l'afte epizootica ed altre malattie epizootiche degli animali (G.U. n. 174 del 28 luglio 1987)

Decreto-legge 28 agosto 1987 n. 355. Finanziamento integrativo della spesa per i rinnovi contrattuali del pubblico impiego, del fondo comune regionale e del fondo ordinario per la finanza locale, nonché autorizzazione alla corresponsione di anticipazioni al personale (G.U. n. 201 del 29 agosto 1987)

Decreto-legge 31 agosto 1987 n. 360: Disposizioni urgenti in materia sanitaria (G.U. n. 203 del 1° settembre 1987).

Decreto-legge 19 settembre 1987 n. 382: Misure necessarie per il ripiano dei bilanci delle unità sanitarie locali e di altri enti che erogano assistenza sanitaria per gli anni 1985 e 1986 nonché per il ripianamento dei debiti degli ex enti ospedalieri (G.U. n. 219 del 19 settembre 1987).

Decreto-legge 30 ottobre 1987 n. 443: Disposizioni urgenti in materia sanitaria (G.U. n. 255 del 31 ottobre 1987)

Legge 26 ottobre 1987 n. 434: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 28 agosto 1987, n. 355, recante finanziamento integrativo della spesa per i rinnovi contrattuali del pubblico impiego, del Fondo sanitario nazionale, del fondo comune regionale e del fondo ordinario per la finanza locale, nonché autorizzazione alla corresponsione di anticipazioni al personale (G.U. n. 252 del 28 ottobre 1987).

Decreto del Presidente della Repubblica 17 settembre 1987 n. 457: Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i biologi ambulatoriali, ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (supplemento ordinario alla G.U. n. 261 del 7 novembre 1987)

Testo del decreto-legge 28 agosto 1987, n. 355, coordinato con la legge di conversione 26 ottobre 1987, n. 434 recante: «Finanziamento integrativo della spesa per i rinnovi contrattuali del pubblico impiego, del Fondo sanitario nazionale, del fondo comune regionale e del fondo ordinario per la finanza locale, nonché autorizzazione alla corresponsione di anticipazioni al personale» (G.U. 263 del 10 novembre 1987).

Legge 29 ottobre 1987 n. 456: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 settembre 1987, n. 382, recante misure necessarie per il ripiano dei bilanci delle unità sanitarie locali e di altri enti che erogano assistenza sanitaria per gli anni 1985 e 1986, nonché per il ripianamento dei debiti degli ex enti ospedalieri (G U n. 260 del 6 novembre 1987)

Testo del decreto-legge 19 settembre 1987, n. 382, coordinato con la legge di conversione 29 ottobre 1987, n. 456, recante: «Misure necessarie per il ripiano dei bilanci delle unità sanitarie locali e di altri enti che erogano assistenza sanitaria per gli anni 1985 e 1986 nonché per il ripianamento dei debiti degli ex enti ospedalieri» (G U n. 275 del 24 novembre 1987).

Decreto-legge 29 dicembre 1987 n. 534: Proroga dei termini previsti da disposizioni legislative ed interventi di carattere assistenziale ed economico (G.U. n. 304 del 31 dicembre 1987).

Decreto-legge 30 dicembre 1987 n. 536: Fiscalizzazione degli oneri sociali, proroga degli sgravi contributivi nel Mezzogiorno, interventi per settori in crisi e norme in materia di organizzazione dell'INPS (G U. n. 304 del 31 dicembre 1987).

Decreto del Presidente della Repubblica 17 settembre 1987 n. 504: Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici addetti alle attività della medicina dei servizi, sottoscritto ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (supplemento ordinario alla G.U. n. 289 dell'11 dicembre 1987).

Legge 29 dicembre 1987 n. 531: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 ottobre 1987, n. 443, recante disposizioni urgenti in materia sanitaria (G.U. n. 303 del 30 dicembre 1987)

DECRETI MINISTERIALI E CIRCOLARI, ORDINANZE, DELIBERE

Ordinanza ministeriale 24 gennaio 1987: Modificazioni ed integrazioni all'ordinanza ministeriale 25 settembre 1986 recante disposizioni contingibili ed urgenti in materia di profilassi dell'afta epizootica G.U. 19/87

Decreto ministeriale 21 gennaio 1987: Norme tecniche per l'esecuzione di visite mediche periodiche ai lavoratori esposti al rischio di asbestosi G U 35/87

Decreto ministeriale 24 gennaio 1987 n. 91: Aggiornamento degli elenchi allegati alla legge 11 ottobre 1986, n. 713, sulla produzione e la vendita dei cosmetici, anche in attuazione delle direttive della commissione delle Comunità europee n. 85/391/CEE, n. 86/179/CEE e n. 86/199/CEE (supplemento ordinario) G U. 65/87

Ordinanza ministeriale 7 febbraio 1987: Profilassi vaccinale contro la peste suina classica G.U. 35/87

Circolare 2 febbraio 1987: Legge 11 ottobre 1986, n. 713: Norme per l'attuazione delle direttive della Comunità economica europea sulla produzione e la vendita dei cosmetici (Circolare n. 1) G.U. 44/87

Circolare 13 febbraio 1987: Decreto ministeriale 28 novembre 1986: Modifiche al decreto ministeriale 5 luglio 1975 riportante l'elenco delle malattie infettive diffuse sottoposte a denuncia obbligatoria (Circolare n. 5) G.U. 48/87

Circolare 3 febbraio 1987: Direttive agli organi regionali per l'esecuzione di controlli sulla radioattività ambientale (Circolare n.2) G.U. 53/87

Comunicato relativo alla circolare del Ministero della Sanità n. 2 del 3 febbraio 1987 recante: «Direttive agli organi regionali per l'esecuzione di controlli sulla radioattività ambientale» G.U. 116/87

Decreto ministeriale 11 febbraio 1987: Elenco dei Paesi e delle rispettive zone marine da cui è consentita l'importazione di molluschi eduli lamellibranchi depurabili, con l'indicazione delle relative specie G.U. 68/87

Decreto ministeriale 2 marzo 1987: Elenco delle industrie insalubri di cui all'art. 216 del testo unico delle leggi sanitarie G.U. 74/87

Decreto ministeriale 7 marzo 1987: Sospensione dell'applicazione dell'art. 1 del decreto ministeriale 14 settembre 1985 concernente modificazioni al nuovo schema tipo di convenzione fra le unità sanitarie locali e gli istituti che gestiscono idonei centri destinati all'erogazione delle prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali dipendenti da qualunque causa G.U. 65/87

Ordinanza ministeriale 12 marzo 1987: Modificazioni all'ordinanza ministeriale 16 luglio 1986 relativa alla profilassi vaccinale obbligatoria contro l'afta epizootica G.U. 65/87

Circolare 17 marzo 1987: Istituzione del «Quaderno di campagna» presso le aziende agricole (Circolare n.12) G.U. 70/87

Decreto ministeriale 20 marzo 1987: Modificazione al decreto ministeriale 25 novembre 1986 relativo alla determinazione delle quantità di sostanze stupefacenti e psicotrope che possono essere fabbricate e messe in vendita in Italia e all'estero nell'anno 1987 G.U. 78/87

Deliberazione CIPE 12 febbraio 1987: Ripartizione di somme del Fondo sanitario nazionale - parte corrente e parte in conto capitale 1987 G.U. 80/87

Decreto ministeriale 14 febbraio 1987: Finanziamento per il primo trimestre 1987 delle spese di parte corrente del Fondo sanitario nazionale G.U. 81/87

Decreto ministeriale 3 marzo 1987 n. 133: Assoggettamento alla disciplina dei presidi medico-chirurgici dei kit per la rilevazione di anticorpi anti HIV G.U. 80/87

Ordinanza ministeriale 3 aprile 1987 n. 134: Modificazioni ed integrazioni all'ordinanza ministeriale 125 settembre 1986 recante disposizioni contingibili ed urgenti in materia di profilassi dell'afta epizootica G.U. 80/87

Ordinanza ministeriale 3 aprile 1987 n. 135: Divieto cautelativo nel territorio nazionale dell'impiego di presidi sanitari contenenti i principi attivi atrazina e molinate G.U. 80/87

Decreto ministeriale 7 marzo 1987 n. 140: Vaccinazione obbligatoria antrabbica dei cani ed altri animali domestici G.U. 87/87

Decreto ministeriale 12 marzo 1987 n. 147: Produzione, acquisto, distribuzione ed impiego dei vaccini per la profilassi immunizzante obbligatoria degli animali G.U. 90/87

Decreto ministeriale 6 aprile 1987: Impegno della somma complessiva di lire 57,5 miliardi a favore delle regioni interessate per il completamento delle strutture ospedaliere e per le esigenze degli istituti zooprofilattici sperimentali, ai sensi della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Fondo sanitario nazionale - residui 1986 G.U. 116/87

- Decreto ministeriale 4 maggio 1987: Regime di vendita al pubblico dei farmaci contenenti buprenorfina G.U. 104/87
- Decreto ministeriale 4 maggio 1987: Finanziamento dell'Istituto superiore di sanità e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico G.U. 139/87
- Decreto ministeriale 13 maggio 1987: Elenco delle amministrazioni pubbliche e degli istituti privati di riconosciuto valore scientifico ammessi alla utilizzazione del sistema Medlars, per l'anno 1987 G.U. 125/87
- Circolare 13 maggio 1987: Etichettatura dei prodotti cosmetici (Circolare n.22) G.U. 126/87
- Ordinanza ministeriale 30 maggio 1987 n. 217. Divieto cautelativo nel territorio nazionale dell'impiego di presidi sanitari contenenti il principio attivo bentazone G.U. 127/87
- Circolare 20 maggio 1987: Applicazione delle disposizioni di cui alla legge 22 dicembre 1986, n. 910 (legge finanziaria 1987) e al decreto-legge 29 aprile 1987, n. 166, in materia di partecipazione alla spesa da parte degli assistiti e di esenzione dalla partecipazione stessa (n. 100/scps/0.10/3641) G.U. 128/87
- Decreto ministeriale 26 maggio 1987. Divieto di preparazione di prodotti galenici contenenti sostanze anoressizzanti in associazione con altri principi farmacologicamente attivi G.U. 131/87
- Decreto ministeriale 27 maggio 1987: Modificazione all'art. 1 del decreto ministeriale 15 novembre 1985, concernente le caratteristiche delle tessere di riconoscimento rilasciate al personale in servizio presso il Ministero della Sanità ovvero adibito all'esercizio di speciali funzioni di polizia giudiziaria G.U. 131/87
- Decreto ministeriale 26 maggio 1987: Disposizioni per il coordinamento dell'attività sanitaria e amministrativa ai fini della erogazione delle prestazioni idrotermali e di quelle economiche accessorie agli assicurati dell'INPS e dell'INAIL G.U. 136/87
- Decreto ministeriale 6 aprile 1987: Primo aggiornamento della IX edizione della Farmacopea ufficiale della Repubblica italiana (supplemento ordinario) G.U. 139/87
- Comunicato relativo al decreto del Presidente della Repubblica 13 maggio 1987, n. 228, concernente la rinnovazione degli artt. 46, 63 e 64 del decreto del Presidente della Repubblica 25 giugno 1983, n. 348 G.U. 144/87
- Elenco alfabetico semestrale delle confezioni delle specialità medicinali ad uso umano di cui è autorizzato il commercio aggiornato alla data del 30 giugno 1987 (art. 2 del decreto ministeriale 31 dicembre 1984, pubblicato nel supplemento straordinario n. 2 alla «Gazzetta Ufficiale» n. 357 del 31 dicembre) (supplemento straordinario) G.U. 150/87
- Decreto ministeriale 27 maggio 1987. Modificazione al prontuario terapeutico del servizio sanitario nazionale G.U. 158/87
- Comunicato relativo all'ordinanza del Ministero della Sanità del 18 gennaio 1984, concernente modificazione all'ordinanza ministeriale 12 settembre 1983 relativa alle condizioni zoosanitarie per l'importazione in Italia di carni fresche da alcuni Paesi terzi G.U. 159/87
- Ordinanza ministeriale 27 giugno 1987 n. 288: Disposizioni in materia di polizia veterinaria e interventi di profilassi dell'afte epizootica G.U. 167/87
- Decreto ministeriale 14 luglio 1987: Produzione, detenzione e commercializzazione dei preparati per lavare destinati all'esportazione G.U. 169/87

Decreto ministeriale 27 maggio 1987 n. 322: Disciplina delle visite mediche domiciliari di controllo del personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile G.U. 179/87

Decreto ministeriale 9 luglio 1987 n. 328: Criteri di massima in ordine all'idoneità dei locali e delle attrezzature delle officine di produzione dei cosmetici G.U. 180/87

Decreto ministeriale 20 luglio 1987 n. 345: Modificazioni al decreto ministeriale 12 marzo 1987, n. 147, recante norme sulla produzione, acquisto, distribuzione ed impiego dei vaccini per la profilassi immunizzante obbligatoria degli animali G.U. 196/87

Decreto ministeriale 28 agosto 1987: Aggiornamento, per il 1987, del nomenclatore-tariffario delle protesi dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali dipendenti da qualunque causa G.U. 206/87

Decreto ministeriale 31 luglio 1987: Modificazione al prontuario terapeutico del Servizio sanitario nazionale G.U. 215/87

Decreto ministeriale 25 luglio 1987: Attuazione della normativa recata dal capo II del decreto-legge 20 luglio 1987, n. 286, concernente ripianamento dei debiti degli ex enti ospedalieri G.U. 222/87

Decreto ministeriale 12 agosto 1987, n. 396: Aggiornamento del decreto ministeriale 31 marzo 1965, concernente la disciplina degli additivi chimici consentiti nella preparazione e per la conservazione delle sostanze alimentari G.U. 229/87

Decreto ministeriale 7 agosto 1987, n. 395: Aggiornamento del decreto ministeriale 21 marzo 1973, concernente la disciplina igienica degli imballaggi, recipienti, utensili destinati a venire in contatto con le sostanze alimentari e con sostanze d'uso personale G.U. 226/87

Ordinanza ministeriale 2 ottobre 1987, n. 416: Modificazione all'ordinanza ministeriale 22 luglio 1987, n. 313, concernente la profilassi vaccinale obbligatoria contro l'afta epizootica negli allevamenti suini G.U. 237/87

Decreto ministeriale 24 settembre 1987 n. 420: Inserimento nell'allegato 1 al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, al ruolo sanitario, della tabella A-bis concernente il profilo professionale odontoiatri e l'individuazione delle relative posizioni funzionali G.U. 239/87

Decreto ministeriale 24 settembre 1987 n. 481: Determinazione delle attribuzioni degli odontoiatri addetti ai presidi e servizi delle unità sanitarie locali G.U. 278/87

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 ottobre 1987: Approvazione degli schemi di convenzione che disciplinano, ai sensi dell'art. 41, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i rapporti intercorrenti tra le unità sanitarie locali e lo SMOM e per esso l'ACISMOM e gli altri enti ed istituzioni pubbliche militensi G.U. 261/87

Ordinanza ministeriale 30 ottobre 1987 n. 462: Proroga del termine di decorrenza dell'istituzione del «quaderno di campagna» G.U. 262/87

Ordinanza ministeriale 5 novembre 1987 n. 465: Disposizioni in materia di polizia veterinaria e interventi di profilassi dell'afta epizootica G.U. 264/87

Decreto ministeriale 30 ottobre 1987: Modificazione al prontuario terapeutico del Servizio sanitario nazionale G.U. 268/87

Decreto ministeriale 5 novembre 1987: Autorizzazione al centro per la trasfusione del sangue del presidio ospedaliero dell'unità sanitaria locale n. 12 - area pisana, a praticare la plasmateresi G.U. 271/87

Decreto ministeriale 16 novembre 1987: Sospensione dell'autorizzazione alla produzione, al commercio e alla vendita dei presidi sanitari a base del principio attivo denominato Ciexatin G.U. 274/87

Decreto ministeriale 16 novembre 1987: Revoca dell'autorizzazione alla produzione o importazione, al commercio e alla vendita dei presidi sanitari a base del principio attivo denominato Dinoseb, suoi sali e acetato G.U. 274/87

Deliberazione CIP 2 dicembre 1987: Approvazione del programma nazionale di ricerca per le tecnologie in cardiologia G.U. 299/87

Decreto ministeriale 23 dicembre 1987: Oggetti specifici delle ricerche afferenti al Programma nazionale di ricerca nel settore delle tecnologie in cardiologia finalizzato allo sviluppo di tecnologie fortemente innovative e strategiche suscettibili di traduzione industriale nel medio periodo G.U. 304/87

Decreto ministeriale 19 novembre 1987. Modificazione al prontuario terapeutico del Servizio sanitario nazionale G.U. 280/87

Decreto ministeriale 18 novembre 1987 n. 503: Esecuzione dell'art. 110 del decreto del Presidente della Repubblica 20 maggio 1987, n. 270, relativo alla determinazione delle funzioni e delle mansioni dei medici ex condotti G.U. 288/87

Decreto ministeriale 24 novembre 1987 n. 530: Aggiornamento degli elenchi allegati alla legge 11 ottobre 1986, n. 713, sulla produzione e la vendita dei cosmetici, anche in attuazione della direttiva della commissione delle Comunità europee n. 87/137/CEE (supplemento ordinario) G.U. 303/87

Decreto ministeriale 3 novembre 1987: Integrazione del prontuario terapeutico del Servizio sanitario nazionale (supplemento straordinario) G.U. 303/87

Decreto ministeriale 25 novembre 1987: Determinazione della quantità di sostanze stupefacenti e psicotrope che possono essere fabbricate e messe in vendita in Italia e all'estero nell'anno 1988 G.U. 289/87

LEGGI REGIONALI IN MATERIA SANITARIA

1. Ambiti territoriali e organizzativi USL - Convenzioni con strutture sanitarie private

ABRUZZO legge n. 11 del 19.3.87 - G.U. n. 34 del 5.9.87

Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 31.10.86 n. 60. «Norme sull'associazione intercomunale e sull'ordinamento delle Unità locali socio-sanitarie».

ABRUZZO legge n. 28 del 9.6.87 - G.U. n. 35 del 12.9.87

Norme transitorie per l'applicazione della legge regionale 9.8.84 n. 58 recante riconoscimento in presidio pubblico dell'Istituto medico psico-pedagogico denominato «Piccola Opera Caritas di L'Aquila».

BASILICATA legge n. 12 dell'11.5.87 - G.U. n. 37 del 10.9.88

Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 30.4.80 n. 25 recante norme concernenti i laboratori di analisi cliniche

CAMPANIA legge n. 21 del 3.4.87 - G.U. n. 23 del 13.6.87

Modifiche alla legge regionale 22.12.86 n. 41. Interventi per favorire il funzionamento degli organi e delle strutture delle associazioni che perseguono la tutela e la promozione dei cittadini mutilati, invalidi ed handicappati

FRIULI-VENEZIA GIULIA legge n. 44 del 14.12.87 - G.U. n. 7 del 13.2.88
Interventi per favorire la realizzazione e riqualificazione di strutture socio assistenziali.

FRIULI-VENEZIA GIULIA legge n. 9 del 30.3.87 - G.U. n. 21 del 30.5.87
Norme per l'amministrazione delle II.PP.AA.BB., già concentrate o amministrate dai soppressi EE.CC.AA.

LAZIO legge n. 64 del 31.12.87 - G.U. n. 16 del 16.4.88
Norme per l'autorizzazione, la vigilanza e le convenzioni con le case di cura private.

LAZIO legge n. 5 del 7.1.87 - G.U. n. 28 del 18.7.87
Norme sulle associazioni intercomunali e sull'organizzazione, gestione e funzionamento delle USL

LIGURIA legge n. 36 del 24.11.87 - G.U. n. 11 del 12.3.88
Disposizioni per l'unificazione delle procedure concorsuali nelle Unità sanitarie locali

LIGURIA legge n. 9 del 27.4.87 - G.U. n. 33 del 29.8.87
Norme per lo svincolo dei beni appartenenti al patrimonio dei comuni con vincolo di destinazione alle Unità sanitarie locali.

MOLISE legge n. 3 del 22.1.87 - G.U. n. 14 del 4.4.87
Modifiche ed integrazioni alla legge regionale 7.12.1979 n. 35. Costituzione e funzionamento delle strutture associative e intercomunali per la gestione dei servizi relativi all'assistenza sanitaria, sociale e scolastica

PIEMONTE legge n. 31 del 4.6.87 - G.U. n. 36 del 19.9.87
Modifica della L.R. 23.1.87 n. 7 «Norme vigenti concernenti la proroga dei termini previsti dagli artt. 36 della L.R. 23.8.85 n.20 e 8 della L.R. 11.2.85 n. 9, il regime transitorio per la riconversione delle II.PP.AA.BB., infermerie e le nuove numerazioni delle USL di Torino».

PIEMONTE legge n. 7 del 23.1.87 - G.U. n. 16 del 18.4.87
Norme urgenti concernenti proroga termini previsti dagli artt. 36 della L.R. 23.8.85 n. 20 ed 8 della L.R. 11.2.85 n. 9, il regime transitorio per la riconversione delle II.PP.AA.BB., infermerie e nuova numerazione delle unità socio-sanitarie locali subcomunali di Torino.

PIEMONTE legge n. 5 del 14.1.87 - G.U. n. 16 del 18.4.87
Disciplina delle case di cura private.

PROV. AUT. BOLZANO legge n. 21 del 17.8.87 - G.U. n. 44 del 14.11.87
Istituzione del servizio di pronto soccorso con elioambulanza.

SARDEGNA legge n. 168 del 13.11.86 - G.U. n. 13 del 28.3.87
Regolamento per l'attuazione della legge regionale 27.6.49 n. 1 concernente. «Costituzione di un fondo permanente regionale per la lotta contro le malattie sociali».

SICILIA legge n. 32 del 27.5.87 - G.U. n. 32 del 22.8.87
Nuove norme in materia di personale e di organizzazione dei servizi delle Unità sanitarie locali

SICILIA legge n. 33 del 27.5.87 - G.U. n. 32 del 22.8.87

Modifiche alla legge regionale 27.5.87 n. 32 concernente «Nuove norme in materia di personale e di organizzazione dei servizi delle Unità sanitarie locali»

UMBRIA legge n. 4 del 21.1.87 - G.U. n. 11 del 14.3.87

Interpretazione autentica del primo comma dell'art. 22 della legge regionale 19 dicembre 1979 n. 65 (Indennità carica membri comitati di gestione delle UU.SS.LL.)

VALLE D'AOSTA legge n. 41 del 20.5.87 - G.U. n. 36 del 19.9.87

Integrazione alla legge regionale 4.8.81 n.46 recante «associazioni di volontariato nel settore socio-sanitario».

VENETO legge n. 20 del 19.03.87 - G.U. n. 19 del 16.5.87

Interventi a favore della cooperazione con finalità socio-assistenziali

VENETO legge n. 41 del 4.8.87 - G.U. n. 45 del 7.8.87

Rettifica di termine della L.R. 19.3.87 n.20 «Interventi a favore della cooperazione con finalità socio-assistenziali».

2. Assetto istituzionale del S.S.N.

ABRUZZO legge n. 32 del 16.6.87 - G.U. n. 41 del 1987

Riconoscimento e coordinamento del volontariato.

CALABRIA legge n. 5 del 26.1.87 - G.U. n. 14 del 4.4.87

Riordino e programmazione delle funzioni socio-assistenziali.

LAZIO legge n. 28 del 21.3.87 - G.U. n. 28 del 18.7.87

Costituzione di una Commissione di indagine sullo stato e sulle prospettive degli interventi nel settore dell'assistenza nella regione Lazio.

MARCHE legge n. 38 del 9.12.87 - G.U. n. 7 del 13.2.88

Organizzazione e disciplina dei centri di diabetologia e malattie del ricambio.

PIEMONTE legge n. 55 del 5.11.87 - G.U. n. 5 del 30.1.88

Requisiti minimi dei laboratori di analisi di cui al D.P.C.M. 10 febbraio 1984.

PIEMONTE legge n. 67 del 28.12.87 - G.U. n. 13 del 26.3.88

Istituzione della Commissione regionale per i problemi della raccolta, conservazione e utilizzo del sangue umano.

PIEMONTE legge n. 3 del 9.1.87 - G.U. n. 16 del 18.4.87

Disciplina relativa all'impiego di nuove metodiche terapeutiche e diagnostiche nell'ambito ospedaliero.

PIEMONTE legge n. 46 del 7.9.87 - G.U. n. 45 del 21.11.87

Modifica alla L.R. 24.7.84 n. 30 (Istituzione del consiglio regionale di sanità e assistenza) e successive modificazioni

SARDEGNA legge n. 11 dell'1.4.87 - G.U. n. 28 del 18.7.87

Modifica alla legge regionale 27.8.86 n. 55 concernente «Norme di attuazione della legge 15.1.86 n.4. Disposizioni transitorie nell'attesa della riforma istituzionale delle USL».

SICILIA legge n. 17 del 13.5.87 - G.U. n. 27 dell'11.7.87

Modifica alla legge regionale 22 aprile 1986 n. 20

TRENTINO-ALTO ADIGE legge n. 7 del 12.6.87 - G.U. n. 35 del 12.9.87

Proroga del termine di cui alla legge regionale 14.8.86 n. 5 concernente «Disposizioni transitorie in attesa della riforma delle Unità sanitarie locali».

UMBRIA legge n. 9 del 23.1.87 - G.U. n. 12 del 21.3.87

Volontariato Disciplina dei rapporti con la regione e gli enti locali.

UMBRIA legge n. 27 del 20.5.87 - G.U. n. 27 dell'11.8.87

Carta dei diritti degli utenti dei servizi delle Unità locali per i servizi sanitari e socio-assistenziali dell'Umbria

3. Assistenza psichiatrica

CAMPANIA legge n. 10 del 26.1.87 - G.U. n. 14 del 4.4.87

Modifica delle leggi regionali 3.1.83 n. 1 e 24.1.86 n. 2 relativa alla istituzione in ciascuna unità sanitaria locale del servizio per la tutela della salute mentale.

SARDEGNA legge n. 44 del 22.10.87 - G.U. n. 4 del 22.1.88

Assistenza economico-sociale e di mantenimento in favore degli infermi di mente e dei minorati psichici residenti in Sardegna

4 Farmaci - Farmacie - Farmacisti

LAZIO legge n. 42 del 17.7.87 - G.U. n. 2 del 9.1.88

Modifica della legge 6.6.80 n. 52 concernente «Esercizio delle funzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica e vigilanza sulle farmacie ai sensi dell'art. 32 della legge 23.12.78 n. 833».

PUGLIA legge n. 21 del 14.7.87 - G.U. n. 41 del 24.10.87

Legge regionale 10.12.86 n. 37 «Pagamento mediante anticipazione delle competenze dovute ai farmacisti convenzionati per l'anticipazione farmaceutica erogata nei mesi di novembre-dicembre 85» - Integrazione.

SICILIA legge n. 8 del 17.2.87 - G.U. n. 16 del 18.4.87

Indennità di residenza a favore dei farmacisti rurali e modifica dell'art. 20 della legge regionale 3.5.79 n. 73.

5. Finanziamento-controllo USL e altri organi S.S.N. - Piani sanitari

ABRUZZO legge n. 45 del 27.8.87 - G.U. n. 5 del 30.1.88

Il piano sanitario regionale e la revisione dei rapporti convenzionali tra le UU.SS.LL. e le case di cura private per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

ABRUZZO legge n. 58 del 16.9.87 - G.U. n. 5 del 30.1.88

Rideterminazione contributo al consiglio regionale e alle sezioni provinciali abruzzesi dell'Unione Italiana ciechi ed alle sezioni provinciali abruzzesi dell'Ente Nazionale per la Protezione e l'Assistenza ai Sordomuti, previsto dalla L.R. 29/87.

ABRUZZO legge n. 34 del 26.6.87 - G.U. n. 41 del 24.10.87

Rideterminazione per l'anno 1987 del contributo alle sedi provinciali abruzzesi dell'Associazione mutilati e invalidi civili, previsto dalla L.R. 9 dicembre 1982 n. 88.

ABRUZZO legge n. 59 del 16.9.87 - G.U. n. 5 del 30.1.88

Modifiche ed integrazioni alla L.R. 9179 n.4 recante «assegnazione di fondi ai comuni per l'acquisto di apparecchi optacon per i non vedenti».

ABRUZZO legge n. 15 del 29.4.87 - G.U. n. 34 del 9.5.87

Ripianamento delle passività pregresse del centro regionale di immunoematologia e tipizzazione tissutale di l'Aquila.

CAMPANIA legge n. 36 del 25.8.87 - G.U. n. 45 del 21.11.87

Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario regionale.

CAMPANIA legge n. 12 del 28.2.87 - G.U. n. 20 del 23.5.87

Concessione di contributo alle sezioni provinciali dell'Unione Italiana Ciechi. Modifica alla L.R. 2 agosto 1982 n. 34.

EMILIA-ROMAGNA legge n. 15 del 13.4.87 - G.U. n. 29 del 25.7.87

Sostituzione dell'articolo 19 della legge regionale 27 febbraio 1974 n.9 «Norme per il funzionamento dell'organo regionale di controllo sugli atti degli enti locali»

EMILIA-ROMAGNA legge n. 42 del 21.12.87 - G.U. n. 11 del 12.3.88

Modificazioni alla L.R. 29 marzo 1980, n. 22, recante norme per l'utilizzazione e la gestione del patrimonio e la disciplina della contabilità nell'unità sanitaria locale

FRIULI-VENEZIA GIULIA legge n. 40 del 30.11.87 - G.U. n. 7 del 13.2.88

Svolgimento di funzioni socio-assistenziali da parte delle Comunità montane.

FRIULI-VENEZIA GIULIA legge n. 1 dell'8.1.87 - G.U. n. 11 del 14.3.87

Norme integrative ed applicative della legge 23 dicembre 1985, n. 816, recante le nuove misure delle indennità attribuibili agli amministratori locali.

FRIULI-VENEZIA GIULIA legge n. 26 del 29.8.87 - G.U. n. 43 del 7.11.87

Modificazioni alla L.R. n. 1 dell'8.1.87, relativa indennità carica e presenza attribuibili al presidente, al vicepresidente e componenti Comitato gestione UU.SS.LL., nonché modifica alla L.R. 5.4.85 n. 17 relativa esercizio controllo e vigilanza sulle UU.SS.LL.

LIGURIA legge n. 27 del 14.8.87 - G.U. n. 35 del 2.9.87

Norme per il riparto della quota regionale del Fondo sanitario nazionale 1987.

LIGURIA legge n. 19 del 29.6.87 - G.U. n. 38 del 3.10.87

Riapertura dei termini di cui alla legge regionale 8.5.84 n. 28 per liquidazione contributi concernenti costruzione, ampliamento, ristrutturazione, restauro conservativo ed acquisto edifici da adibire a residenze protette e centri sociali per anziani.

PIEMONTE legge n. 24 del 9.4.87 - G.U. n. 36 del 19.9.87

Modifiche alla legge regionale 24.3.86 n. 14 «Finanziamenti dei presidi socio-assistenziali a carattere residenziale».

PROV. AUT. BOLZANO legge n. 16 del 31.7.87 - G.U. n. 44 del 14.11.87

Estensione del periodo di validità del piano sanitario provinciale 1983-85 ed integrazione della legge provinciale n. 3 del 21.1.87, nonché erogazione di anticipazioni alle Unità sanitarie locali.

PROV. AUT. BOLZANO legge n. 3 del 21.1.87 - G.U. n. 15 dell'11.4.87
Modifiche ed integrazioni alle leggi provinciali 5.1.84 n. 1 e 25.5.82 n. 20, ed estensione del periodo di validità del piano sanitario provinciale 1983-85

PUGLIA legge n. 26 del 7.9.87 - G.U. n. 49 del 19.12.87
Assegnazioni finanziarie alle UU.SS.LL. per interventi socio-assistenziali collegati all'assistenza psichiatrica.

SARDEGNA legge n. 56 del 18.12.87 - G.U. n. 12 del 19.3.88
Convalidazione del decreto del Presidente della Giunta regionale 31.12.86 n.209 relativo al prelievo somma L. 600.000.000 dal fondo riserva spese impreviste cap. 03010 a favore cap. 12089 stato previsione spesa assessore sanità. Ricoveri fuori regione

SARDEGNA legge n. 51 del 18.12.87 - G.U. n. 12 del 19.3.88
Disposizioni integrative in materia di trattamento economico di missione ai componenti dei collegi dei revisori delle UU.SS.LL.

SARDEGNA legge n. 9 del 31.3.87 - G.U. n. 28 del 18.7.87
Modifiche alla legge regionale 20.6.50 n.15, concernente «Erogazione di contributi per migliorare l'assistenza sanitaria, ospedaliera e ambulatoriale» già modificata con la legge regionale 18.5.51 n.8.

SARDEGNA legge n. 59 del 22.12.87 - G.U. n. 12 del 19.3.88
Modifica all'art. 22 della L.R. 8.7.81 n. 19 concernente «Norme di contabilità e di amministrazione del patrimonio sanitario delle Unità Sanitarie locali» ed altri interventi di carattere finanziario a favore delle stesse

TOSCANA legge n. 56 del 16.11.87 - G.U. n. 13 del 26.3.88
C.R.E. Centro di riferimento emoderivati Conto consuntivo esercizio finanziario 1985.

UMBRIA legge n. 11 del 23.1.87 - G.U. n. 12 del 21.3.87
Modificazioni ed integrazioni alla L.R. 20.12.84 n. 48 concernente: «Contributi per lo sviluppo del termalismo».

UMBRIA legge n. 17 del 17.3.87 - G.U. n. 17 del 2.5.87
Spesa sanitaria consolidata a carico della regione Umbria a norma dell'art. 69, 1° comma, lettera b) della legge 23 dicembre 1978 n. 833 relativamente agli anni dal 1981 al 1984 Definizione rapporti finanziari con lo Stato.

VALLE D'AOSTA legge n. 3 del 10.1.87 - G.U. n. 19 del 16.5.87
Interventi finanziari della regione per il funzionamento di case di riposo gestite da istituzioni private e da enti morali.

VALLE D'AOSTA legge n. 4 del 15.1.87 - G.U. n. 19 del 16.5.87
Finanziamento di opere per le strutture ospedaliere delle USL.

VALLE D'AOSTA legge n. 11 del 19.2.87 - G.U. n. 23 del 13.6.87
Finanziamento delle spese per la realizzazione di un centro occupazionale agricolo per portatori di handicaps

VALLE D'AOSTA legge n. 19 del 18.3.87 - G.U. n. 24 del 20.6.87
Finanziamento delle spese per l'assistenza a favore di soggetti handicappati fisici, psichici e sensoriali.

VALLE D'AOSTA legge n. 84 del 30.10.87 - G.U. n. 7 del 13.2.88

Finanziamento di opere per le strutture ospedaliere e ambulatoriali dell'USL della Valle d'Aosta

VALLE D'AOSTA legge n. 40 del 20.5.87 - G.U. n. 36 del 19.9.87

Aumento dell'autorizzazione di spesa per gli anni 87 e 88 prevista dalla L.R. 19.4.85 n. 14 concernente la concessione di contributi a favore di associazioni di categoria e di volontariato operanti in Valle d'Aosta nella sanità, assistenza sociale e servizi sociali

6. Funzioni medico-legali

EMILIA-ROMAGNA legge n. 43 del 21.12.87 - G.U. n. 11 del 12.3.88

Norme per il funzionamento delle Comm. san. in materia di accertamento stati invalidità civile, condizioni visive, sordomutismo e del Collegio medico per l'accertamento compatibilità stato psico-fisico dell'invalido rispetto alle mansioni lavorative.

MOLISE legge n. 11 del 12.08.87 - G.U. n. 42 del 31.10.87

Modifiche alla L.R. 16.6.83 n. 15 «Disciplina degli accertamenti e delle certificazioni medico-legali relativi agli stati di invalidità civile, alle condizioni visive ed al sordomutismo»

VALLE D'AOSTA legge n. 39 del 29.5.87 - G.U. n. 36 del 19.9.87

Aumento dei compensi ai componenti delle commissioni sanit. previste al cap. II del titolo II della legge reg. 25.10.82 n. 70 «Esercizio delle funzioni in materia di igiene e san. pub., di medicina legale, di vigilanza farmacie ed assistenza farmaceutica».

7. Igiene pubblica - Vigilanza sanitaria - Difesa dell'ambiente

ABRUZZO legge n. 17 del 29.4.87 - G.U. n. 34 del 5.9.87

Proroga alla legge regionale 14 novembre 1986 n. 65 (frantoi)

ABRUZZO legge n. 46 del 27.8.87 - G.U. n. 5 del 30.1.88

Modifica alla L.R. 28 dicembre 1983 n. 78 recante «Norme per la istituzione e il funzionamento del comitato regionale contro l'inquinamento atmosferico e acustico per la regione Abruzzo»

BASILICATA legge n. 11 del 22.4.87 - G.U. n. 37 del 10.9.88

Norme per l'applicazione delle sanzioni pecuniarie in materia sanitaria.

FRIULI-VENEZIA GIULIA legge n. 30 del 7.9.87 - G.U. n. 44 del 14.11.87

Norme regionali relative allo smaltimento dei rifiuti.

LAZIO legge n. 60 del 12.12.87 - G.U. n. 14 del 2.4.88

Deroghe temporali per l'adeguamento degli scarichi provenienti da fognature pubbliche alle prescrizioni delle leggi vigenti

MARCHE legge n. 19 del 21.4.87 - G.U. n. 28 del 18.7.87

Norme per il libero accesso all'informazione ambientale.

PIEMONTE legge n. 25 del 9.4.87 - G.U. n. 36 del 19.9.87

Organizzazione della vigilanza nel settore igienico sanitario e veterinario per specifiche indagini in materia di igiene e sanità pubblica veterinaria nonché igiene e sicurezza del lavoro.

SARDEGNA legge n. 41 del 14.9.87 - G.U. n. 2 del 9.1.88

Interventi diretti a favorire il riciclaggio e il riutilizzo di rifiuti soggetti a valorizzazione specifica.

SARDEGNA legge n. 40 del 14.9.87 - G.U. n. 2 del 9.1.88

Norme integrative del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1982 n. 915.

UMBRIA legge n. 48 dell'11.11.87 - G.U. n. 5 del 30.1.88

Norme per la ricerca, la coltivazione e l'utilizzo delle acque minerali e termali.

UMBRIA legge n. 44 del 24.8.87 - G.U. n. 46 del 28.11.87

Piano regionale per la organizzazione dei servizi di smaltimento dei rifiuti in attuazione del D.P.R. 10.9.82 n. 915

VALLE D'AOSTA legge n. 94 del 26.11.87 - G.U. n. 12 del 19.3.88

Istituzione di una rete combinata di controllo dei livelli della radioattività ambientale, dell'inquinamento atmosferico e della raccolta di dati climatologici

8. Personale USL

FRIULI-VENEZIA GIULIA legge n. 24 del 28.8.87 - G.U. n. 43 del 7.11.87

Disciplina dei compensi ai componenti le Commissioni esaminatrici dei concorsi pubblici per l'assunzione del personale delle UU.SS.LL.

LIGURIA legge n. 6 del 27.3.87 - G.U. n. 33 del 29.8.87

Compensi ai componenti le commissioni e le sottocommissioni esaminatrici dei concorsi e delle selezioni per l'assunzione del personale delle Unità sanitarie locali.

LOMBARDIA legge n. 12 del 2.4.87 - G.U. n. 21 del 21.5.87

Disposizioni in materia di organici e di assunzione diretta del personale del servizio sanitario regionale e rideterminazione della misura di compensi e di indennità previsti dalla legge regionale 24.3.75 n. 36.

PROV. AUT. BOLZANO legge n. 26 del 17.8.87 - G.U. n. 38 del 25.8.87

Applicazione delle norme relative alla parificazione della lingua italiana e tedesca per il personale veterinario a rapporto convenzionale con le USL della provincia.

SICILIA legge n. 34 del 27.5.87 - G.U. n. 32 del 28.8.87

Nuove norme in materia di personale delle Unità sanitarie locali.

VALLE D'AOSTA legge n. 74 del 12.8.87 - G.U. n. 49 del 19.2.87

Ulteriore modificazione della pianta organica del Servizio affari generali, assistenza e servizi sociali dell'Assessorato alla sanità ed assistenza sociale

VALLE D'AOSTA legge n. 8 del 29.1.87 - G.U. n. 19 del 16.5.87

Rideterminazione dei posti della pianta organica del personale dei servizi a favore delle persone anziane e inabili

VENETO legge n. 29 del 4.6.87 - G.U. n. 33 del 29.8.87

Norme sulle procedure concorsuali e interventi in materia di personale.

9. Prestazioni diagnostico-curative

ABRUZZO legge n. 60 del 16.9.87 - G.U. n. 5 del 30.1.88

Rifinanziamento delle LL.RR. 21.4.77 n. 19, 14.11.78 n. 69, 9.9.83 n. 60 recanti «Provvidenze a favore dei nefropatici e per il potenziamento dei servizi di dialisi domiciliare».

ABRUZZO legge n. 8 del 18.2.87 - G.U. n. 34 del 5.9.87

Modifiche della legge regionale 20.6.80 n. 58 recante «Provvidenze per la distribuzione del sangue umano».

ABRUZZO legge n. 42 del 22.7.87 - G.U. n. 42 del 31.10.87

Provvidenze a favore dei nefropatici e per il potenziamento dei servizi di dialisi domiciliare.

BASILICATA legge n. 5 del 24.2.87 - G.U. n. 37 del 10.9.88

Modifica ed integrazione alla L.R. n. 27 del 20.2.82 in favore dei talassemici e dializzati.

LIGURIA legge n. 28 del 27.8.87 - G.U. n. 10 del 5.3.88

Provvidenze a favore dei nefropatici in trattamento di emodialisi. Modifiche ed integrazioni alla L.R. 22.12.76 n. 12.

LIGURIA legge n. 38 del 14.12.87 - G.U. n. 15 del 9.4.88

Misure straordinarie ed urgenti per garantire nella regione Liguria la continuità delle prestazioni di assistenza sanitaria nell'anno 1987.

LOMBARDIA legge n. 36 del 14.12.87 - G.U. n. 12 del 19.3.88

Aggiornamento dei contributi previsti dall'art. 8 della L.R. 2.5.1974 n. 23 concernente «Costituzione del servizio regionale di immunologia tissutale e regolamentazione dell'esercizio della dialisi domiciliare».

LOMBARDIA legge n. 21 del 10.8.87 - G.U. n. 8 del 20.2.88

Interventi straordinari e urgenti in materia sanitaria in conseguenza degli eventi calamitosi verificatisi nel luglio 1987 in Valtellina.

MARCHE legge n. 20 del 22.4.87 - G.U. n. 28 del 18.7.87

Modifica della legge regionale 27.6.84 n. 15, riguardante ulteriori provvedimenti a favore dei soggetti affetti da uremia cronica

MARCHE legge n. 30 del 18.6.87 - G.U. n. 36 del 19.9.87

Provvidenze in favore dei soggetti in trattamento radioterapico.

PIEMONTE legge n. 54 del 28.11.87 - G.U. n. 5 del 30.1.88

Proroga trattamento domiciliare ex art. 12 della L.R. 18.4.85 n. 39: «Norme per la sperimentazione della nutrizione parenterale a domicilio».

SICILIA legge n. 23 del 27.5.87 - G.U. n. 32 del 22.8.87

Provvedimenti in favore del «Club Mediterraneo delle ustioni».

VENETO legge n. 26 del 4.6.87 - G.U. n. 33 del 29.8.87

Provvidenze straordinarie a favore delle persone anziane.

10. Prevenzione

ABRUZZO legge n. 54 del 9.9.87 - G.U. n. 5 del 30.1.88

Prevenzione degli handicaps: preconcezionale, prenatale e neonatale.

ABRUZZO legge n. 37 dell'1.7.87 - G.U. n. 41 del 24.10.87

Istituzione, organizzazione e funzionamento dei presidi multizonali di igiene e prevenzione.

CALABRIA legge n. 18 del 25.5.87 - G.U. n. 38 del 3.10.87

Misure di prevenzione della diffusione della sindrome da immunodeficienza acquisita di soggetti a rischio.

CAMPANIA legge n. 27 del 4.5.87 - G.U. n. 15 del 18.7.87

Modifica all'art. 24 comma terzo della legge regionale 15.3.84 n. 11 recante «Norme per la prevenzione, cura e riabilitazione degli handicaps e per l'inserimento nella vita sociale».

LOMBARDIA legge n. 16 del 24.4.87 - G.U. n. 36 del 19.9.87

La tutela della partoriente e la tutela del bambino in ospedale.

11. Professioni sanitarie - Formazione del personale del S.S.N.

ABRUZZO legge n. 56 del 19.9.87 - G.U. n. 5 del 30.1.88

Norme transitorie di riqualificazione degli organici delle USL socio-sanitarie.

CAMPANIA legge n. 15 del 28.2.87 - G.U. n. 20 del 23.5.87

Formazione dei centralinisti ciechi ai sensi della L.R. 29.3.85 n. 113.

LAZIO legge n. 17 del 16.2.87 - G.U. n. 28 del 18.7.87

Modifica alla legge regionale 12.9.86 n. 42 concernente «Disciplina per la formazione degli assistenti domiciliari dei servizi tutelari»

LAZIO legge n. 25 del 16.3.87 - G.U. n. 28 del 18.7.87

Norme di applicazione del D.P.R. n. 761 del 20.12.79 e del D.P.R. n. 821 del 7.9.84 per il personale dei profili professionali dei biologi, chimici, fisici, psicologi e farmacisti.

LAZIO legge n. 26 del 14.3.87 - G.U. n. 28 del 18.7.87

Modifiche alla L.R. approvata nella seduta del 22.12.86 concernente: «Norme di applicazione del D.P.R. 761/79 e del D.P.R. 821/84 per il personale dei profili professionali dei biologi, chimici, fisici, psicologi e farmacisti»

PROV. AUT. TRENTO legge n. 24 del 3.9.87 - G.U. n. 41 del 15.9.87

Programmazione delle iniziative in materia di formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale addetto ai servizi socio-sanitari per il periodo 1987-88.

SICILIA legge n. 21 del 13.5.87 - G.U. n. 28 del 18.7.87

Nuove norme concernenti l'ammissione ai corsi per la formazione professionale del personale sanitario non medico.

VALLE D'AOSTA legge n. 10 del 19.2.87 - G.U. n. 23 del 13.6.87

Norme per la formazione, la riqualificazione e l'aggiornamento degli operatori dei servizi sociali e assistenziali. Modificazioni della pianta organica e dello stato giuridico del personale regionale.

12. Riabilitazione

LAZIO legge n. 8 del 14.1.87 - G.U. n. 28 del 18.7.87

Interventi regionali in favore dei cittadini ciechi.

PIEMONTE legge n. 41 del 25.8.87 - G.U. n. 45 del 21.11.87

Interventi nei confronti di associazioni ed enti a struttura associativa, finalizzati al sostegno delle attività svolte a favore dei cittadini disabili.

PUGLIA legge n. 16 del 9.6.87 - G.U. n. 37 del 26.9.87

Norme organiche per l'integrazione scolastica degli handicappati.

TOSCANA legge n. 28 del 18.5.87 - G.U. n. 31 dell'8.8.87

Modificazioni dell'art. 3 della legge regionale 2.5.85 n.46 «Norme per l'erogazione delle protesi dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche, sensoriali dipendenti da qualsiasi causa»

VALLE D'AOSTA legge n. 17 del 9.3.87 - G.U. n. 24 del 20.6.87

Aumento della spesa per l'applicazione della legge regionale 15.12.82 n.93 e successive modificazioni ed integrazioni, recante norme in materia di servizi a favore delle persone anziane e inabili.

VALLE D'AOSTA legge n. 16 del 9.3.87 - G.U. n. 24 del 20.6.87

Aumento della spesa per l'applicazione della legge regionale 11.8.81 n. 54 e successive modificazioni ed integrazioni, recante norme per favorire l'inserimento lavorativo di cittadini portatori di handicap

VALLE D'AOSTA legge n. 18 del 9.3.87 - G.U. n. 24 del 20.6.87

Aumento della spesa per l'applicazione della legge regionale 1.6.84 n. 17 concernente gli interventi assistenziali a favore di minori

13. Sanità animale

LAZIO legge n. 43 del 17.7.87 - G.U. n. 3 del 16.1.88

Modifica ed integrazione alla L.R. n. 69 del 6.9.79 concernente: «Modificazioni ed integrazioni della L.R. 12.2.75 n. 28 Interventi per la zootecnia».

LIGURIA legge n. 35 del 18.11.87 - G.U. n. 11 del 12.3.88

Proroga del termine per la prima iscrizione all'anagrafe del cane e ulteriori modifiche alla L.R. 18 aprile 1985 n. 22 e successive modificazioni

LOMBARDIA legge n. 30 dell'8.9.87 - G.U. n. 8 del 20.2.88

Prevenzione del randagismo. Tutela degli animali e della salute pubblica.

TOSCANA legge n. 4 del 19.1.87 - G.U. n. 14 del 9.5.87

Istituzione dell'anagrafe del cane e norme particolari per la prevenzione del randagismo.

UMBRIA legge n. 35 del 30.7.87 - G.U. n. 38 del 3.10.87

Modificazioni della L.R. 25.11.86 n. 43 «Norme per ridurre e controllare il fenomeno del randagismo».

VALLE D'AOSTA legge n. 53 del 7.7.87 - G.U. n. 38 del 3.10.87

Istituzione dell'anagrafe dei cani e norme per la loro tutela.

VENETO legge n. 18 del 5.3.87 - G.U. n. 18 del 25.8.87

Modifiche e integrazioni alla legge regionale 28.1.85 n.12: «Norme per la profilassi permanente della rabbia».

VENETO legge n. 48 del 9.3.87 - G.U. n. 42 del 31.10.87

Interventi per la tutela degli animali d'affezione

14. Servizio informativo sanitario

PUGLIA legge n. 23 del 17.7.87 - G.U. n. 139 del 28.7.87

Integrazione all'art.4 (comitato tecnico scientifico) della L.R. 5.4.85 n. 14 concernente «Istituzione dell'osservatorio epidemiologico regionale».

PAGINA BIANCA

LE RELAZIONI SULLO STATO SANITARIO REGIONALE

1. Premessa

La normativa del Servizio sanitario nazionale prevede (art. 8, legge 833/1978) che il Consiglio Sanitario Nazionale presenti annualmente la «Relazione sullo stato sanitario del Paese» e, all'art. 49, che ciascuna regione predisponga ogni anno una relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari sulla scorta di analogo documento delle singole USL.

La normativa regionale da parte sua conferma, o nelle leggi di organizzazione o in quelle di pianificazione, l'elaborazione di tali Rapporti.

Il quadro dello stato sanitario della popolazione di ciascuna regione si viene delineando nei suoi diversi aspetti in modo graduale e correlativamente alla crescita del sistema informativo.

Sono dodici le regioni che hanno predisposto dal 1980 a tutt'oggi le relazioni, alcune in maniera continuativa, altre in maniera episodica in genere collegata alla elaborazione del piano sanitario regionale.

2. Le relazioni pubblicate nel 1987

Le regioni che hanno pubblicato nel corso del 1987 le «Relazioni» sono cinque: Friuli-Venezia Giulia, relativamente all'anno 1986; Veneto, relativamente all'anno 1985; Marche, relativamente al 1986; Basilicata, relativamente all'anno 1986; Umbria, relativamente al 1984-85-86.

I Rapporti sono quasi tutti documenti specifici, predisposti proprio al fine delle Relazioni (Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Umbria, Marche); uno è costituito da un elaborato preliminare al piano sanitario regionale (Basilicata).

I contenuti delle Relazioni sono diversi per qualità e quantità di informazioni, per la numerosità dei settori considerati e per la struttura organica.

Struttura analoga presentano quelle del Veneto e del Friuli-Venezia Giulia.

La predisposizione dei documenti è opera in due casi dall'Assessorato (Umbria e Marche) mentre negli altri tre è il risultato della collaborazione tra Assessorati e Istituti di consulenza.

Il prospetto in calce riporta la situazione a partire dal 1980.

2.1 *Relazione sullo stato sanitario della regione Friuli-Venezia Giulia*

Scheda di sintesi

- Titolo: Relazione sanitaria
- Anno di riferimento: 1986

- Editore regione Friuli-Venezia Giulia
- Luogo ed anno di pubblicazione: Trieste, 1988
- Pagine: n. 494
- Tavole: n. 54 fuori testo
- Elaborazione. regione Friuli-Venezia Giulia con la collaborazione della Direzione regionale dell'igiene e della sanità, dell'Ufficio studi e programmazione della USL n. 7 «Udinese», della SOGESS
- Finalità, caratteristiche e contenuti: la Relazione 1986 (la undicesima che la regione predispone) rappresenta un ulteriore passo avanti rispetto a quella dell'anno precedente in quanto, essendo aumentato il numero dei piani zonali elaborati dalle USL e dalle relative relazioni di verifica annuali, il nuovo documento consente di presentare abbastanza compiutamente aspetti valutativi che permettono il confronto tra risultati ottenuti ed obiettivi prefissati.

La relazione si compone di tre parti:

- la parte prima - il Servizio sanitario regionale - presenta il quadro di riferimento normativo nazionale e l'andamento del servizio sanitario regionale, di cui, oltre alla funzione di indirizzo e coordinamento, viene esposta un'analisi sintetica degli aspetti più salienti e quindi gli scostamenti del sistema regionale rispetto alla realtà nazionale ed agli indicatori dettati dalla pianificazione regionale,

- la parte seconda è dedicata allo stato di salute della popolazione, dei servizi sanitari ed alle risorse impiegate.

Dopo l'indicazione della quantità e della struttura della popolazione, sono descritti i servizi sanitari riguardo ai problemi sorti nel 1986, ai risultati ottenuti ed al grado di realizzazione del riassetto organizzativo (assistenza medico-generica, pediatrica, guardia medica e turistica, specialistica-ambulatoriale, salute mentale, tossicodipendenze, emodialisi, consultori, ospedaliera, veterinaria).

Relativamente alle risorse, la Relazione esamina la spesa ed il personale.

Della prima, vengono esposti l'ammontare complessivo ed il suo finanziamento, la spesa delle USL nonché i problemi emergenti

Del secondo, sono indicati sia il quadro complessivo sia le realtà locali nonché lo stato della formazione;

- la terza parte contiene infine le schede zonali, quadri sintetici per la definizione degli aspetti peculiari del sistema sanitario relativi alla popolazione, alle strutture, al personale ed alla spesa

2.2. *Relazione sullo stato sanitario della regione Veneto*

Scheda di sintesi:

- Titolo: Relazione sanitaria della regione Veneto
- Anno di riferimento: 1985
- Editore: regione Veneto
- Luogo ed anno di pubblicazione: Venezia, 1987
- Pagine: n. 800
- Tavole e grafici: numerosi

- *Elaborazione*: SOGESS, con la collaborazione del Dipartimento sanità, del Servizio Statistica e del Servizio Elaborazione dati, delle UU.SS.LL. e dell'ISTAT.

- *Finalità, caratteristiche e contenuti*. con la Relazione per il 1985 prosegue l'impegno della regione, iniziato nel 1977, di fornire il quadro del sistema sanitario territoriale.

Il documento assume una particolare importanza in quanto fornisce, oltre che il quadro evolutivo-dinamico della situazione del settore, anche alcuni primi elementi di valutazione sulla attuazione del piano socio-sanitario regionale, utili per misurare, realtà per realtà ed in ambito regionale, quali trasformazioni ed innovazioni ha introdotto e quali razionalizzazioni abbia prodotto

Un esame completo e dettagliato - avverte la regione - si potrà avere con la relazione 1986; intanto si può senz'altro affermare che esso si è rivelato uno strumento di marcata utilità per i processi di riorganizzazione e riqualificazione della sanità.

La Relazione relativa al 1985 è articolata in quattro parti: la relazione dell'Assessorato alla sanità sullo stato di attuazione della riforma e del servizio sanitario regionale; la relazione sullo stato dei servizi e delle risorse; le relazioni monografiche; la situazione nelle singole USL della regione

La relazione assessorile indica il quadro legislativo, l'attuazione del piano sanitario regionale, i problemi e interventi in alcune specifiche aree ed infine la situazione istituzionale e organizzativa delle U.L.S.S.

La seconda parte (*Relazione sullo stato dei servizi e delle risorse*) illustra - dopo alcune schede di sintesi - anzitutto la situazione della popolazione, sia di quella regionale sia di quella delle USL (movimento demografico e struttura per sesso ed età).

Passa, quindi, a descrivere lo «stato sanitario», indicando: la mortalità generale e per cause, con gli anni potenziali di vita perduti, la morbosità (patologia infettiva e patologia ospedaliera); fattori rischio per la salute (abitudine al fumo, consumo di bevande alcoliche, attività fisica); la situazione sanitaria nel settore materno-infantile (natalità e fecondità; mortalità materna; interruzione volontaria della gravidanza); la situazione sanitaria nel settore lavorativo (infortuni e malattie professionali nell'industria, artigianato e agricoltura)

La Relazione tratta, poi, lo stato dei servizi sanitari attraverso sia un quadro regionale sia una analisi territoriale, e precisamente di quelli riguardanti l'assistenza medico-generica, l'assistenza pediatrica di base, la guardia medica e turistica, l'assistenza farmaceutica, l'area materno-infantile, la psichiatria, le tossicodipendenze, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza ospedaliera.

Successivamente il documento affronta lo stato dei servizi di igiene pubblica, ambientale e medicina del lavoro (di cui descrive l'assetto organizzativo, l'organizzazione ed effettuazione degli interventi, il livello di decentramento di alcune attività) ed i presidi multizonali di prevenzione nonché lo stato dei servizi veterinari, e precisamente la situazione organizzativa del settore ed alcuni aspetti dello stato di salute della popolazione animale, ed infine lo stato delle risorse e cioè il personale e la spesa sanitaria.

La parte terza contiene due relazioni monografiche: una concernente i distretti sanitari di base (situazione organizzativo-istituzionale, l'attività, il personale, il patrimonio immobiliare), l'altra riguardante i ricoveri ospedalieri (mobilità interregionale, attuazione delle strutture del Veneto, mobilità infra regionali).

L'ultima parte della Relazione (che costituisce il secondo volume) esamina la situazione di ognuna delle USL della regione riguardo alla popolazione, alle strutture, alle attività ed alla spesa

2.3. *Relazione sullo stato sanitario della regione Marche*

Scheda di sintesi

- Titolo: La sanità nelle Marche
- Anno di riferimento: 1986
- Editore: regione Marche, Servizio sanità (dattiloscritto)
- Luogo e anno di pubblicazione: Ancona, 1987
- Pagine: 264
- Tavole: 94
- Grafici: --
- Elaborazione: regione Marche, Servizio Sanità

- Finalità, contenuti, caratteristiche: la Relazione relativa all'anno 1986 è la quarta che la regione elabora. Il documento, che peraltro non presenta ancora un quadro organico della situazione organizzativo-gestionale delle strutture e dello stato di salute della popolazione, può essere considerato articolato in cinque parti. La prima è relativa allo stato di attuazione del piano socio-sanitario regionale: il 1986 ha visto concludersi l'iter relativo alla presentazione da parte di tutte le USL dei programmi annuali e triennali nonché l'attivazione del 70% dei distretti e del 90% dei poliambulatori e la riconversione/trasformazione di buona parte degli ospedali

In secondo luogo sono esposte le risorse in termini di spesa sanitaria nelle sue disaggregazioni per funzioni e per USL e di personale, compresi la formazione e l'aggiornamento professionale.

La terza parte riporta i dati demografici essenziali ed alcune informazioni epidemiologiche riguardanti la mortalità (in specie neonatale), le malattie infettive, le vaccinazioni, l'AIDS.

Il nucleo centrale è costituito dalla quarta parte rappresentata dalle risorse e dalle attività delle USL: l'assistenza ospedaliera, le case di cura private, l'assistenza sanitaria di base, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza specialistica convenzionata esterna, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza ospedaliera indiretta, l'assistenza in regime di convenzioni internazionali, le cure termali, la riabilitazione convenzionata, i servizi multizonali di prevenzione, l'igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, l'assistenza psichiatrica, le tossicodipendenze, la veterinaria, la radioattività ambientale dopo Chernobyl. Infine l'ultima parte analizza lo stato di elaborazione dei progetti sperimentali assegnati alla regione Marche (teleconsulto ospedaliero, incidenti, vaccinazione morbillo, circoli di controllo qualità) ed alcune forme morbose di particolare rilevanza per la regione: malattie cardiovascolari, neoplasie, patologie renali ed emodialisi, il diabete

2.4 *Relazione sullo stato sanitario della regione Umbria*

Scheda di sintesi

- Titolo: Relazione sullo stato sanitario della regione Umbria
- Anni di riferimento: 1984-85-86
- Editore: regione Umbria - Area operativa servizi socio-sanitari e Osservatorio epidemiologico
- Luogo e anno di pubblicazione: Perugia, 1988

- Pagine: 206
- Tavole e grafici: numerosi
- Elaborazione: O.E.R.U. S.p.A., Roma

- Finalità, contenuti, caratteristiche: la Relazione sullo stato di salute e dei servizi socio-sanitari della regione, aggiornata alla data del 1986, con una osservazione sui due anni precedenti rappresenta il primo documento del genere della regione. Esso esplora i due versanti che insieme contribuiscono a delineare il corso dei processi di attuazione della riforma sanitaria e della sua legge fondamentale, la 833, per quel che concerne l'Umbria, anche se sconta i limiti derivanti dall'afflusso dei dati sui servizi, sulla popolazione, e sulle attività socio- assistenziali.

Inoltre - rileva la regione - per quanto concerne lo stato di salute è necessario ricorrere ad altre fonti e a specifiche ricerche.

Il documento, che si ripromette di tener conto della struttura della Relazione del Consiglio Sanitario Nazionale, è articolato in sette parti

La prima espone la situazione della popolazione, la sua struttura per età e sesso, il movimento demografico derivante dalla natalità, dalla mortalità e dal movimento migratorio

La seconda parte esamina le mortalità sia generiche sia per singole cause mediante indicazione di tassi grezzi e tassi standardizzati; una specifica analisi è riferita alla mortalità infantile

La morbosità - che costituisce la terza parte - viene rappresentata con riferimento alle malattie infettive (quelle prevenibili con la vaccinazione sia obbligatoria sia non obbligatoria, quelle a trasmissione sessuale, ecc) ed ai tumori.

L'ambiente di vita e di lavoro (quarta parte) analizza il fenomeno degli infortuni e malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura, quello degli incidenti stradali e domestici

La quinta parte è rappresentata dallo stato di salute dei «gruppi a rischio»: i bambini per le malformazioni congenite, gli anziani, gli invalidi, i tossicodipendenti.

Un'ampia trattazione (oltre 100 pagine) riguarda l'offerta dei servizi sanitari: la medicina generale, la pediatria, la guardia medica, l'assistenza farmaceutica, i distretti, i consultori familiari, i servizi di citologia vaginale, la I.V.G., la specialistica, la prevenzione, i servizi socio-assistenziali relativi ai minori, agli anziani, agli handicappati e la relativa spesa.

L'ultima parte (la settima) concerne la spesa, sia quella complessiva regionale sia quella delle singole USL.

2.5 *Relazione sullo stato sanitario della regione Basilicata*

Scheda di sintesi

- Titolo: Rapporto sul servizio sanitario della regione Basilicata
- Anno di riferimento: 1986
- Editore: regione Basilicata - Dipartimento Sicurezza sociale
- Luogo ed anno di pubblicazione: Potenza, 1987
- Pagine: 263
- Grafici: --
- Elaborazione: I.S.I.S. S.p.A., Roma

- Finalità, contenuti, caratteristiche: il Rapporto - che fa parte del documento di proposta del piano sanitario regionale - è articolato in otto parti relative rispettivamente al quadro normativo, alla demografia, allo stato di salute, al personale, alla rete ospedaliera e specialistica, alle altre strutture, al finanziamento e spesa

La regione aveva elaborato un primo documento nel 1980 in occasione di un precedente progetto di piano sanitario, in cui, in riferimento alla situazione dell'anno 1979, venivano riportate informazioni relative allo stato di salute, allo stato dei servizi, alla spesa sanitaria, al personale.

L'attuale Rapporto contiene dapprima una descrizione della normativa a livello nazionale in materia di programmazione e di quella regionale relativa alla disciplina dei principali settori della sanità.

La seconda parte, «popolazione e territorio», indica la ripartizione territoriale per USL, il movimento anagrafico nella regione e nelle USL, la popolazione residente secondo sesso ed età.

Segue la terza parte che concerne lo stato sanitario della popolazione: le cause di morte, la mortalità infantile, la I.V.G., le malattie infettive, le condizioni di salute secondo l'indagine ISTAT.

La quarta parte concerne il personale, di cui sono riportati i dati della consistenza teorica (piante organiche) e di quella effettiva (operatori in servizio) nonché i confronti con la situazione nazionale.

La rete ospedaliera è l'oggetto della quinta parte. Le informazioni fornite riguardano l'individuazione e localizzazione dei presidi, sia nel complesso sia per specialità, le attività svolte, la morbilità, i confronti con la situazione nazionale.

Riguardo alla specialistica (sesta parte), è riportata la consistenza delle reti ambulatoriali con le relative specialità e le prestazioni.

La settima parte tratta tutte le altre assistenze: assistenza di base, igiene pubblica ed ambientale, medicina del lavoro, salute mentale, tossicodipendenza, attività consultoriale, medicina scolastica e dello sport, assistenza agli anziani e ai tossicodipendenti, assistenza farmaceutica.

Il finanziamento e la spesa sono l'argomento dell'ultima parte: l'assegnazione dei fondi alle regioni e la ripartizione tra le USL e la spesa nel complesso, per categoria e per USL

Tavola 1 - Situazione delle relazioni sullo stato sanitario regionale.

REGIONI	Anno (a)						
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Piemonte	*	—	* (d)	* (d)	*	—	—
Lombardia	—	—	—	* (g)	—	—	—
Veneto (b)	*	*	*	* (e)	*	*	—
Friuli-Venezia Giulia (c)	*	*	*	*	*	*	*
Liguria	—	—	—	*	—	—	—
Emilia-Romagna	—	* (f)	* (f)	* (f)	—	—	—
Toscana	—	*	*	—	—	—	—
Umbria (i)	—	—	—	—	*	*	*
Marche	—	—	—	*	*	*	*
Basilicata	*	—	—	—	—	—	*
Calabria	—	—	—	*	—	* (g)	—
Sicilia	—	—	—	—	—	* (h)	—

(a) L'anno si riferisce a quello della situazione sanitaria rilevata, e non a quello di elaborazione della relazione,
(b) il primo documento elaborato dalla regione Veneto riguarda l'anno 1977,
(c) il primo documento elaborato dalla regione Friuli-Venezia Giulia riguarda l'anno 1976,
(d) informazioni traibili da «Stato di attuazione del Piano socio-sanitario 1982-1984»,
(e) relazione pubblicata nel 1985,
(f) informazioni traibili da «Relazione generale sull'attuazione del Piano sanitario regionale 1981-1983»,
(g) documento preliminare al Piano sanitario regionale,
(h) documento preliminare al Piano sanitario regionale,
(i) documento unico relativo al triennio 1984-85-86

PAGINA BIANCA

LE INDICAZIONI INTERNAZIONALI

Questo l'elenco dei provvedimenti adottati dalla CEE in materia sanitaria e veterinaria:

Decisione 87/58 del 22.12.1986 che istituisce un'azione complementare della Comunità per l'eradicazione della brucellosi, della tubercolosi e della leucosi dei bovini;

Decisione 87/71 del 7.1.1987 relativa all'istituzione di un Comitato consultivo per le carni suine;

Decisione 87/73 del 7.1.1987, relativa all'istituzione di un Comitato consultivo per il pollame,

Decisione 87/75 del 7.1.1987 relativa all'istituzione di un Comitato consultivo per gli alimenti per animali,

Decisione 87/77 del 7.1.1987 che istituisce una sezione speciale «ravvicinamenti delle legislazioni» del Comitato consultivo per gli alimenti per gli animali;

Decisione della Commissione del 7 gennaio 1987 relativa all'istituzione di un comitato consultivo veterinario (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 45 del 14 febbraio 1987);

Decisione del Consiglio del 19 gennaio 1987 che proroga l'azione prevista dalla decisione 81/859/CEE relativa alla designazione e al funzionamento di un laboratorio di collegamento per la peste suina classica (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 34 del 5 febbraio 1987);

Decisione del Consiglio del 26 gennaio 1987 che accetta, a nome della Comunità, l'accordo europeo per lo scambio delle sostanze terapeutiche di origine umana (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 37 del 7 febbraio 1987);

Raccomandazione del Consiglio del 9 febbraio 1987 relativa alle prove per l'immissione sul mercato delle specialità medicinali (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 73 del 16 marzo 1987);

Decisione della Commissione del 13 febbraio 1987 che modifica la decisione 80/686/CEE relativa all'istituzione di un comitato consultivo in materia di controllo e di riduzione dell'inquinamento marino da idrocarburi (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 57 del 27 febbraio 1987);

Decisione 87/231 del 7.4.1987 recante modifiche delle direttive 64/432 CEE e 72/461 CEE per quanto riguarda talune misure relative alla peste suina;

Decisione del Consiglio del 7 aprile 1987 che modifica la direttiva 80/1095/CEE e 82/18/CEE per quanto concerne la durata ed i mezzi finanziari delle misure di eradicazione della peste suina classica (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 16 dell'11 aprile 1987);

Decisione 87/231 del 7.4.1987 recante modifiche delle direttive 64/432 e 72/461 nelle parti concernenti la peste suina classica;

Decisione del Consiglio del 26.5.1987 concernente l'adesione della Comunità alla farmacopea europea;

Decisione del Consiglio del 14.12.1987 concernente le modalità comunitarie di uno scambio rapido di informazioni in caso di emergenza nucleare;

Direttiva della Commissione del 9 settembre 1987 che modifica per la terza volta l'allegato della direttiva 79/117/CEE del Consiglio, relativa al divieto di immettere in commercio e impiegare prodotti fitosanitari contenenti determinate sostanze attive (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 273 del 26 settembre 1987);

Decisione della Commissione del 18 settembre 1987 recante misure di protezione contro l'afta epizootica in Italia (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 283 del 6 ottobre 1987);

Direttiva del Consiglio del 22 settembre 1987 recante modifica della direttiva 80/217/CEE che stabilisce misure comunitarie di lotta contro la peste suina classica (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 280 del 3 ottobre 1987);

Direttiva del Consiglio del 22 settembre 1987 recante modifica della direttiva 80/1095/CEE che fissa le condizioni per rendere il territorio della Comunità esente dalla peste suina classica (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 280 del 3 ottobre 1987);

Decisione del Consiglio del 22 settembre 1987 che completa e modifica la decisione 80/1096/CEE che instaura un'azione finanziaria della Comunità in vista dell'eradicazione della peste suina classica (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 280 del 3 ottobre 1987);

Direttiva del Consiglio del 22 settembre 1987 recante modifica delle direttive 64/432/CEE e 72/461/CEE per quanto riguarda talune misure relative alla peste suina classica (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 280 del 3 ottobre 1987);

Decisione del Consiglio del 17 novembre 1987 che adotta un programma di coordinamento della ricerca e dello sviluppo della Comunità economica europea nel settore della ricerca medica e sanitaria (1987-1991) (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 334 del 24 novembre 1987);

Decisione della Commissione del 26 novembre 1987 che abroga la decisione 87/495/CEE recante misure di protezione contro l'afta epizootica in Italia (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 341 del 3 dicembre 1987)

Decisione del Consiglio del 14.12.1987 concernente le modalità comunitarie di uno scambio rapido di informazioni in caso di emergenza nucleare

Risoluzione del Consiglio e dei Rappresentanti dei Governi degli Stati membri, riuniti in sede di Consiglio del 22 dicembre 1987 adottata al regolamento n. 3954/87 del Consiglio, del 22 dicembre 1987, che fissa i livelli massimali ammissibili di radioattività per i prodotti alimentari e per gli alimenti per animali in caso di livelli anormali di radioattività a seguito di un incidente nucleare o in qualsiasi altro caso di emergenza radioattiva;

Regolamento n. 3954/87 del Consiglio del 22 dicembre 1987 che fissa i livelli massimi ammissibili di radioattività per i prodotti alimentari e per gli alimenti per animali in caso di livelli anormali di radioattività a seguito di un incidente nucleare o in qualsiasi altro caso di emergenza radioattiva;

Regolamento (CEE) n. 3955/87 del Consiglio del 22 dicembre 1987 relativo alle condizioni d'importazione di prodotti agricoli originari dei Paesi terzi a seguito dell'incidente verificatosi nella centrale nucleare di Chernobyl;

Direttiva 87/20 che modifica la direttiva 81/852 relativa alle norme e ai protocolli analitici, farmaco-tossicologici e clinici in materia di prove effettuate sui medicinali veterinari;

Direttiva 87/22 relativa ai medicinali di alta tecnologia, in particolare quelli derivati dalla biotecnologia,

Direttiva 87/64 che modifica la direttiva 72/461 in materia di scambi di carni fresche di provenienza comunitaria e la 72/462 per quelle provenienti da Paesi terzi;

Direttiva 87/153 che fissa le linee direttrici per la valutazione degli additivi in alimentazione animale;

Direttiva 87/238 che modifica gli allegati della direttiva 74/63 del Consiglio relativa alle sostanze e prodotti indesiderabili nella alimentazione degli animali;

Direttive 87/243 e 87/244 che modificano la direttiva 70/524 relativa agli additivi in alimentazione animale;

Direttiva del 17 11 1987 che modifica gli allegati della direttiva 70/524 CEE del Consiglio relativa agli additivi nell'alimentazione degli animali;

Direttiva 87/234 che modifica l'allegato della direttiva 77/101/CEE del Consiglio relativa alla commercializzazione degli alimenti semplici per gli animali;

Direttiva 87/235 relativa alla commercializzazione degli alimenti composti per gli animali;

Direttiva 87/486 che modifica la direttiva 80/217/CEE che stabilisce misure comunitarie di lotta contro la peste suina classica;

Direttiva 87/487 che modifica la direttiva 60/1095 CEE che fissa le condizioni per rendere il territorio della Comunità esente dalla peste suina classica e mantenerlo tale;

Direttiva 87/489 che modifica le direttive 64/432 e 72/461/CEE per quanto riguarda talune misure relative alla peste suina,

Decisione 87/488/CEE che completa e modifica la decisione 80/1096/CEE che instaura un'azione finanziaria della Comunità in vista dell'eradicazione della peste suina;

Direttiva 87/491 che modifica la direttiva 80/215 relativa a problemi di polizia sanitaria negli scambi intracomunitari di prodotti a base di carne;

Direttiva 87/519 che modifica la direttiva 74/63 CEE relativa alle sostanze ed ai prodotti indesiderabili nella alimentazione degli animali;

Decisione 87/561/CEE relativa alle misure transitorie concernenti il divieto di somministrare alcune sostanze ad effetto ormonale agli animali d'allevamento;

Decisione 87/589/CEE che riconosce alcune parti del territorio della Comunità ufficialmente indenni dalla peste suina;

Direttiva 87/316/CEE che modifica la direttiva 70/524/CEE relativa agli additivi nell'alimentazione degli animali per quanto concerne il carbadox;

Direttiva 87/317 che modifica la direttiva 70/524/CEE relativa agli additivi nell'alimentazione degli animali per quanto concerne l'olaquinox;

Direttiva della Commissione 87/234/CEE che modifica l'allegato della direttiva 77/101/CEE del Consiglio relativa alla commercializzazione degli alimenti semplici per gli animali;

Direttiva della Commissione 87/235/CEE che modifica l'allegato della direttiva 79/373/CEE del Consiglio relativa alla commercializzazione degli alimenti composti per animali,

Direttiva della Commissione 87/238/CEE che modifica gli allegati della direttiva 74/63/CEE del Consiglio relativa alle sostanze ed ai prodotti indesiderabili nell'alimentazione degli animali;

Direttiva della Commissione 87/243/CEE che modifica gli allegati della direttiva 70/524/CEE relativa agli additivi nell'alimentazione degli animali per quanto concerne il carbadox;

Direttiva della Commissione 87/244/CEE che modifica gli allegati della direttiva 70/524/CEE relativa agli additivi nell'alimentazione degli animali per quanto concerne l'olaquinox;

Decisione 87/410/CEE che stabilisce i metodi da impiegare nella ricerca dei residui di sostanze ad azione ormonica e di sostanze ad azione tireostatica;

Direttiva della Commissione 87/552/CEE che modifica gli allegati della direttiva 70/524/CEE relativa agli additivi nell'alimentazione degli animali.

Sin qui i documenti prettamente legislativi. L'attività della CEE nel 1987 è tuttavia anche comprensiva di:

- 4 riunioni del Consiglio dei Ministri dell'Agricoltura,
- 3 riunioni dei Direttori Generali capi Servizi Veterinari,
- 22 Comitati Veterinari Permanenti,
- 26 Comitati alimenti per animali,
- 105 Gruppi esperti, Comitati ad hoc, gruppi legislazione veterinaria, ecc.

Il totale delle riunioni svoltesi a Bruxelles nel corso del 1987 è stato di 160 con la partecipazione di 30 funzionari per un totale di 199 giornate lavorative.

Per quanto riguarda i rapporti con gli organismi internazionali, importanza particolare è da attribuire alla 55ª Sessione Generale dell'Office International des Epizooties, svoltasi a Parigi dal 18 al 22 maggio 1987.

Tra gli argomenti trattati nel corso della Sessione e oggetto di risoluzioni da parte del Comité sono da segnalare:

- l'esposizione degli animali e dei prodotti animali alle radiazioni;
- la sorveglianza e controllo degli scambi commerciali;
- la preparazione e l'impiego di vaccini anti-ftosi contenenti virus esotici;
- l'utilizzazione di sostanze ormonali a scopo increto-ponderale.

La circolazione di prodotti patologici e biologici contenenti virus dell'fta di tipo esotico è stata senza dubbio uno degli argomenti che ha suscitato più interesse. Era sentita da più parti l'esigenza di rivedere le Raccomandazioni di Vienna del 1962 e di Parigi del 1965, che prevedevano un esplicito divieto alla «manipolazione» di virus dell'fta di tipo esotico, in quanto esse conferivano ai soli Paesi in cui era presente la malattia, o ai Paesi direttamente minacciati, la possibilità di preparare e distribuire vaccini contenenti ceppi esotici mentre al laboratorio di Pirbright, che rappresentava il Centro Mondiale di referenza, veniva affidato l'incarico della tipizzazione dei ceppi. Da parte italiana è stato manifestato, comunque, un atteggiamento negativo rispetto alla comune esigenza manifestata dalla maggioranza degli altri Paesi, che poi hanno finito per condividere la nostra posizione.

Nei giorni 5 e 6 maggio 1987 si è poi svolta, a Strasburgo, presso la sede del Consiglio d'Europa, la 19ª riunione del Comitato di Esperti per la protezione degli animali (CAHPA). Detta riunione è servita a mettere a punto la stesura definitiva del

progetto di Raccomandazioni sul trasporto dei cavalli, costituito da due parti, una delle quali ricorda le basi giuridiche e gli obblighi morali dell'uomo al rispetto degli animali ed alla tutela del loro benessere, mentre la seconda tratta concretamente le condizioni generali per il trasporto internazionale dei cavalli

L'Italia ha inoltre firmato, a Strasburgo nel corso del 1987, la Convenzione Europea per la protezione degli animali da compagnia. Detta convenzione è stata ratificata ed al momento si sta provvedendo a recepirla, con apposito disegno di legge, nel nostro ordinamento nazionale

PAGINA BIANCA

LE LINEE DI AZIONE DEI SOGGETTI ISTITUZIONALI E SOCIALI

1. Il Parlamento

L'attività parlamentare nel 1987, pur presentando una continuità del dibattito sui temi sanitari culturalmente e politicamente collegati alla riforma, è però caratterizzata nel corso dell'anno da un evento traumatico coincidente con la crisi di Governo e il passaggio con nuove elezioni alla X legislatura

Con la fine della IX legislatura decadono pertanto una serie di provvedimenti, che, in alcuni casi avevano già raggiunto uno stadio avanzato di dibattito, e per i quali si propone così una forzata battuta di arresto.

Tra i provvedimenti decaduti ricordiamo, alla Camera: riforma della legge n. 180, riforma della legislazione antidroga, riforma della legge sui trapianti, riforma generale e organica delle USL, legge sulle alcoldipendenze, legge sui divieti del fumo in determinati ambienti; al Senato: sperimentazione clinica sui prodotti farmaceutici, disegni di legge sulla gestione delle strutture ospedaliere, provvedimenti sui laboratori di analisi cliniche, nuove professioni parasanitarie. Sono da registrare, inoltre, queste «sospensioni» (occorrerà perciò presentare nuovi provvedimenti): handicappati, vivisezione animali, regolamentazione professione psicologi, proposte di legge sui primari ospedalieri e sulle professioni sanitarie, ecc.

La X legislatura si apre sotto l'incombenza di una crisi generale del settore sanitario e nella prospettiva di dover individuare, con la serenità e l'urgenza che la gravità della situazione richiede, le soluzioni più appropriate.

L'esperienza di questi anni sembra confermare alcuni fatti:

a) una valutazione generalmente critica circa il ruolo svolto dagli organi delle USL, specie per quanto riguarda la capacità di amministrare le risorse;

b) la tendenza ad ampliare i vincoli e i controlli sulla spesa e sulla gestione delle USL;

c) la tendenza a rivendicare un ruolo più incisivo delle regioni.

Per individuare correttamente le strategie più appropriate occorre elevare il livello del dibattito, affrancandosi sia dalla logica riduttiva delle semplici correzioni di un assetto esistente rivelatosi fundamentalmente inadeguato, sia dalla tendenza utopistica di soluzioni troppo fantasiose

Occorre equilibrio nell'individuare le forme istituzionali, organizzative e funzionali, tenuto presente che di qualsiasi soluzione normativa, certamente proponibile «de jure condendo», deve essere verificata la compatibilità formale e sostanziale coi principi fondamentali dell'ordinamento giuridico delineati dalla Costituzione e dalle conseguenti leggi esplicative, nonché la misura del vantaggio sperato, in termini di assistenza, rispetto alla situazione di partenza

Sul fronte parlamentare la X legislatura si apre con una importante novità per quel che riguarda la sanità in Parlamento

Al posto della Commissione Igiene e Sanità della Camera nasce la Commissione Affari sociali che riunisce sotto le sue competenze alcuni settori del lavoro e della sanità, mentre viene istituito il Ministro per gli Affari Speciali, Rosa Russo Jervolino, con competenze quali: handicaps, tossicodipendenze e anziani.

Il programma di governo per quanto concerne la sanità si concentra sostanzialmente su due punti nodali.

Si ritiene essenziale, anzitutto, il P.S.N. inteso come strumento di definizione di limiti, obiettivi e standards e per il quale il Governo ha tutti gli strumenti necessari; in secondo luogo si tratta, abbandonando la logica della globalità delle riforme, di rivedere il sistema nazionale:

a) responsabilizzando anche sul piano economico-amministrativo i centri periferici di spesa;

b) recuperando l'autonomia amministrativa e funzionale dei grandi ospedali;

c) concentrando nelle USL l'organizzazione dei servizi extra ospedalieri, realizzando la separazione delle responsabilità politiche di indirizzo da quelle di gestione e rivedendo le attuali norme concorsuali, recuperando maggiori spazi di responsabilità e partecipazione alla professionalità medica.

È in quest'ottica che il Ministro della Sanità presenta le linee della manovra finanziaria sulla sanità

Tra l'altro è prevista la ristrutturazione della rete ospedaliera per la omogeneizzazione a livello nazionale del tasso di utilizzo dei posti letto.

La manovra prevede in particolare il divieto di assunzioni da parte delle USL a seguito della riduzione dell'orario di lavoro prevista dal nuovo contratto. Ricordiamo alcune dichiarazioni: Amato (PSI), vice Presidente del Consiglio e Ministro del Tesoro sottolinea che la manovra non sarà traumatica ma volta soprattutto al recupero degli sprechi; Benevelli (PCI) afferma che la manovra ha di fatto sancito la sottostima del FSN confermando così la prosecuzione di una politica di subalternità al Tesoro.

Anche i Gruppi politici della Camera esprimono le rispettive valutazioni sulle comunicazioni del Ministro Donat Cattin. Di Lorenzo (PLI): eliminare sprechi e abusi; Rossella Artioli (PSI): i socialisti apprezzano particolarmente la volontà espressa di non riproporre una certa retorica sui servizi; Mariapia Garavaglia (DC): al Ministro va riconosciuto il merito di aver messo in gioco tutte le variabili dimostrando che la riforma può essere rivitalizzata. Nella replica Donat Cattin contesta di aver parlato di tagli alle prestazioni; saranno mantenuti gli standards in atto sulla base delle leggi n. 833/78 e n. 595/85.

Il Ministro della Sanità precisa inoltre alla Commissione Igiene e Sanità del Senato gli orientamenti del Governo per quanto riguarda la riforma delle USL.

La ristrutturazione del servizio nel suo complesso - reca l'indirizzo generale - è fondata sul principio della centralità della regione, nel cui bilancio confluiranno i bilanci di tutti i centri sanitari, che operano all'interno della stessa area.

In questo quadro va all'esame del Parlamento la legge finanziaria 1988 che per la sanità prevede col piano pluriennale la realizzazione di 240 mila posti letto in residenze per anziani e soggetti non autosufficienti e nuove regole per i ricoveri con lo scopo di scoraggiare il ricorso facile alle degenze non necessarie.

Se questo è il quadro politico in cui si è mossa l'attività del Parlamento esaminiamo ora i principali temi sanitari trattati.

AIDS

Il Ministro della Sanità nel corso dell'anno in alcune audizioni alle Commissioni Sanità della Camera e del Senato illustra le linee di intervento per la lotta all'AIDS; in particolare riferisce sull'attività della Commissione per la lotta contro l'AIDS, costituita con D.M. 8 gennaio, per affrontare anzitutto il problema di una eventuale modifica della legislazione in materia di malattie infettive e diffuse secondo criteri che consentano segnalazioni anche sulla sieropositività, ferma restando la salvaguardia dei diritti personali, al di fuori di qualsiasi schedatura.

Nel dibattito parlamentare viene evidenziato che, se ora è necessaria l'azione, la partecipazione deve risultare coordinata; e occorre suscitare la responsabilità della gente. Tra le iniziative sull'AIDS sono presentate alcune risoluzioni sull'AIDS dal PCI, PSI, DC, PRI alla Camera. Le conclusioni del dibattito su un piano generale sono: a) puntare sulla prevenzione («se questa azione mi venisse contestata, dice il Ministro Donat Cattin, dichiarerei lo stato di epidemia»); b) operare con dovuto equilibrio in modo che siano salvaguardate le persone come tali

Nasce un Comitato interministeriale per la lotta al virus HIV nel corso di un incontro tra parlamentari di tutti i Gruppi e componenti della Associazione per la lotta contro l'AIDS (Anlids).

Piano sanitario nazionale e legge 595/85

In merito il Ministro della Sanità riferisce al Parlamento che il Piano sanitario nazionale riguarda in primo luogo gli anziani, i tossicodipendenti e gli handicappati. Lo schema, già elaborato (si rifaceva, nelle sue linee, all'art. 2 della legge n. 595/85), non avendo alcuna copertura finanziaria non ha ricevuto l'approvazione del Consiglio Sanitario Nazionale. Mentre, per i programmi finalizzati, il Ministro della Sanità si propone di presentare entro pochi mesi, sia pure per stadi successivi, i programmi finalizzati indicati nella legge di programmazione sanitaria n. 595/85, art. 8 (in particolare nefrologia e cardiologia).

Ruolo medico

In questo tema il Ministro della Sanità invita il Parlamento a dare sul piano legislativo la precedenza assoluta all'esame del d.d.l. relativo alle incompatibilità professionali presentato al Senato ed a quello relativo al ruolo medico presentato alla Camera. Circa il contratto e le convenzioni, la soppressione graduale dell'associazionismo dovrà diventare una realtà, a parere del Ministro.

Su questo tema, prima della caduta del secondo Governo Craxi, viene approvato un decreto legge unico che istituisce il ruolo medico e stabilisce le incompatibilità di accesso alle convenzioni (ex art. 48 legge 833/78) per il personale dipendente di strutture sanitarie pubbliche e private.

Pubblico impiego

È approvato dall'Assemblea di Palazzo Madama (27 maggio) il decreto legge 29 aprile 1987 per il finanziamento integrativo della spesa relativa ai rinnovi contrattuali del pubblico impiego.

Il provvedimento passa all'esame della Camera ma decade perché non convertito entro il 28 giugno (a causa della chiusura delle Assemblee per la concomitanza della campagna elettorale).

Laboratori di analisi

Dopo una sospensione di sette mesi circa (ultima seduta il 25 giugno 1986), la Commissione Sanità del Senato riprende, in sede referente, l'esame del d.d.l. «Norme per la direzione dei laboratori di analisi cliniche» d'iniziativa dei senatori Garibaldi (PSI) e altri, del senatore Bompiani (DC) e altri. Tra le perplessità sottolineate dal Sottosegretario Nepi (DC) è la norma che attribuisce, in ogni caso, al primario medico la funzione di coordinamento nei laboratori suddivisi in settori. Si configura in tal modo, a parere di Nepi, un istituto nuovo che potrebbe portare ad una rincorsa di rivendicazioni a caratteri normativo ed economico anche in altri settori ospedalieri.

Indennizzo danneggiati dalle vaccinazioni

Il provvedimento, già approvato dal Senato, inizia il previsto iter alla Commissione Sanità della Camera. L'on. Falcier (DC), relatore, si richiama al fine del d.d.l. sancire il principio del risarcimento dei danni a quei soggetti che, sottoposti per legge a vaccinazione obbligatoria o venuti a contatto con soggetti vaccinati, abbiano a subire una menomazione permanente delle capacità psicofisiche. Il risarcimento consiste in una pensione da corrispondere secondo le disposizioni sul trattamento privilegiato dei graduati e militari di truppa delle categorie in congedo.

Diabete mellito

La Commissione Sanità della Camera, con voto unanime, approva il testo unificato di tre p.d.l. (Pastore, PCI e altri, Lussignoli, DC e altri, Muscardini Palli, MSI e altri) concernente norme di indennizzo alle regioni in tema di prevenzione e cura del diabete mellito, per favorire l'inserimento dei diabetici nelle scuole, nelle attività sportive e nel lavoro e norme a tutela del ricovero ospedaliero.

È da ricordare che un altro importante d.d.l. sugli handicappati, sempre all'esame della Commissione, prevede l'istituzione di enti di diabetologia infantile nelle singole regioni.

Disciplina della trasfusione del sangue

È approvato dalla Commissione Sanità della Camera in sede legislativa il testo unificato delle p.d.l. sulla disciplina della trasfusione del sangue e dei servizi di immunologia (on Zaniboni, DC e altri; Seppia, PSI e altri; Lussignoli, DC e altri; Ceci Bonifazi, PCI e altri; Rubino, DC e altri).

Tra gli ordini del giorno approvati uno affronta il problema dei dislivelli tecnologici e strutturali dei servizi trasfusionali. Su proposta del relatore Seppia (PSI) la Commissione delibera il nuovo titolo della legge: «Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano e ai suoi componenti e per la produzione di plasmaderivati».

Riforma psichiatrica

Sul tema della riforma della legge 180 del 1978, la Commissione Sanità definisce il testo unico. L'on. Poggiolini (PRI) mette sotto accusa il modo di legiferare del Parlamento: «tre anni di lavoro in Commissione, per arrivare solo a un testo concordato in Comitato ristretto sono davvero troppi. Ed ora, per di più, rischia di saltare con la fine della legislatura: non è possibile affrontare in questi termini e con questi tempi problematiche importanti per il sistema sanitario nazionale come la riforma dell'assistenza psichiatrica».

«Grazie o no alla legge n. 180, dice il relatore Curci (PSI), di certo è mutato il rapporto culturale con la follia».

Gli onorevoli Mariapia Garavaglia (DC) e Benevelli (PCI) così si esprimono nel dibattito: Benevelli: «abbiamo l'impressione che alla maggioranza interessi di più condurre un attacco ideologico alla 180 che tentare di risolvere i problemi dell'assistenza psichiatrica»; Garavaglia: «la DC pone l'accento sulla necessità di armonizzare l'assistenza psichiatrica con la legge sul S.S.N. che è successiva anche se non si nasconde che se c'è una legge che realmente dipende dal buon esito della riforma, per ciò che si deve riformare della legge istitutiva del S.S.N., questa è proprio la legge di riforma psichiatrica.»

Acqua, smaltimento rifiuti e controllo ambiente

La Commissione Lavori pubblici della Camera licenzia un testo unificato che per alcuni versi - osserva l'on. Rubino (DC) - ignora le disposizioni della riforma sanitaria, in particolare l'art. 20, lettera f della legge n. 833/78 (verifica della compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamenti industriali e di attività produttive in genere con le esigenze di tutela dell'ambiente sotto il profilo igienico-sanitario e di difesa della salute della popolazione e dei lavoratori interessati). Tuttavia, dice ancora Rubino, l'esigenza di pervenire ad un riassetto del territorio propone, comunque, la problematica di un accorpamento di certe competenze

È, in sostanza, la riproposizione di ciò che è avvenuto con il provvedimento sul diabete con il quale sono state modificate alcune linee dell'architettura della legge n. 833/78

Nuovo Ministero Università e Ricerca scientifica

Inizia l'iter al Senato per l'istituzione del Nuovo Ministero della Università e della Ricerca scientifica e tecnologica. Bompiani (DC), Presidente della Commissione pubblica istruzione, sottolinea che la creazione di un solo referente governativo richiederà una maggiore omogeneizzazione e integrazione tra gli operatori della ricerca, ferma restando, tuttavia, la separazione delle carriere con l'Università.

Tutela dei diritti del malato

Cento deputati, appartenenti a forze politiche sia di governo che di opposizione, presentano una p.d.l. per garantire la tutela dei diritti del cittadino malato privilegiando una soluzione «conciliativa» nelle situazioni di contrasto paziente-operatore sanitario, rispetto alla tradizionale contrapposizione cittadino-amministratore.

USL

- D.d.l. debiti ex enti ospedalieri, d.d.l. ripiano debiti USL

Continua alla Camera l'esame sul d.d.l. n. 4157 (Ripiano debiti USL) già approvato dal Senato. Il relatore Falcier (DC) osserva che «alle regioni spetta il compito di spendere responsabilmente, allo Stato di dotarle di stanziamenti adeguati». Su entrambi i provvedimenti si profila comunque un accordo.

- Decreto-legge sui ripiani bilanci USL

L'Assemblea di Montecitorio approva (15 ottobre) la conversione in legge del decreto-legge 19 settembre 1987, n. 382 recante misure necessarie per il ripiano dei bilanci delle USL e di altri enti che erogano assistenza sanitaria per gli anni 1985 e 1986

nonché per il ripianamento dei debiti dei ex enti locali. Voti a favore 297 (compresi quelli della opposizione comunista); contrari 51 (missini e radicali). La conversione è definitiva sette giorni più tardi al Senato.

- Ufficio di direzione

Riprende il dibattito dopo una pausa di alcuni mesi. I parlamentari esprimono convergenti giudizi sulla esigenza di distinguere le competenze tecniche da quelle di indirizzo politico. Saretta (DC), relatore, osserva che la Commissione si trova di fronte a un bivio: una strada conduce verso la definizione del provvedimento nei suoi lineamenti attuali; l'altra è indirizzata verso la meta della introduzione di una disposizione relativa all'ufficio di direzione. Alla base di questa scelta squisitamente politica c'è la necessità di dare forza di immagine e di sostanza alla distinzione dei ruoli nell'ambito della struttura della USL.

Disposizioni urgenti in materia sanitaria - Tickets

All'inizio del 1987 al Senato inizia il dibattito sulla conversione in legge del decreto-legge 921/86 concernente disposizioni urgenti in materia sanitaria, che però decade prima della conversione.

In Commissione il Ministro Donat Cattin esprime l'avviso che molte norme della riforma sanitaria abbiano ormai da tempo mostrato gravi difetti: in particolare il sistema del pagamento a quota capitaria ha cristallizzato la posizione dei medici dando luogo di fatto a limitazioni della libertà di scelta dell'assistito.

Nella riunione del 28 febbraio il Consiglio dei Ministri (il provvedimento sarà reiterato altre volte nel corso dell'anno) approva un decreto-legge concernente provvedimenti urgenti in materia sanitaria che, predisposto sulla base delle disposizioni di cui al decreto-legge n. 921/86 di uguale oggetto, non convertito, tiene conto delle modificazioni e integrazioni apportate dal Senato. Le norme riguardanti il farmaco vengono finalizzate all'attuazione di una disciplina del settore che tiene conto del necessario rinnovo della politica del farmaco alla luce della normativa CEE vigente e degli orientamenti e scelte in materia di piano di settore. In questo senso si inquadra l'istituzione di una Commissione consultiva unica per il farmaco composta da rappresentanti del Ministero della Sanità, dell'ISS, del CNR e da esperti di diverse discipline scientifiche. Le disposizioni riguardanti il ticket farmaceutico restano invariate.

Il 30 ottobre il Consiglio dei Ministri reitera il decreto-legge recante disposizioni urgenti in materia sanitaria.

Tra le modifiche apportate, oltre alla scomparsa dell'articolo sulle incompatibilità la cui disciplina è stata trasferita nel d.d.l. che la riunisce al ruolo medico è la scomparsa del limite di età per l'accesso ai concorsi (personale laureato ruolo sanitario).

La Commissione Affari sociali della Camera (sede referente) approva il decreto legge n. 433 del 30 ottobre 1987 recante disposizioni urgenti in materia sanitaria. Tra gli emendamenti di maggior rilievo approvati: la soppressione del comma 8, art. 5 sulla fecondazione artificiale, la soppressione degli articoli 7, 8 e 9 rispettivamente sulla determinazione della struttura organizzativa dei servizi di laboratorio, sul mantenimento in servizio del personale al compimento del 70° anno di età, sulla farmacovigilanza.

Il 3 dicembre la Camera approva il d.d.l. di conversione del decreto legge n. 433 giunto alla sesta reiterazione; il testo torna al Senato (16 dicembre) che vi apporta numerose modifiche. Tra queste lo stralcio dei commi 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10 e dell'art. 10 (mentre le norme contenute nei suddetti commi riguardanti il Prontuario terapeutico e i compiti della Commissione unica per il farmaco sono riversate nel d.d.l. finanziaria, art. 26).

Nella seduta del 21 dicembre la Camera approva definitivamente il provvedimento nel testo del Senato

2. Il Governo

L'attività del Governo nell'anno 1987 ha risentito della crisi che ha segnato il passaggio dalla IX alla X legislatura e che ha segnato una battuta di arresto per la definizione di importanti problematiche del settore sanitario, dalla necessità di una riforma delle USL ai problemi del ruolo medico.

La X legislatura si apre con la prospettiva di dover individuare le soluzioni più appropriate per il settore sanitario.

Per quanto riguarda la sanità, si legge nel programma di Governo, è essenziale anzitutto il Piano sanitario nazionale inteso come strumento di definizione di limiti, obiettivi e standards.

In secondo luogo, si tratta, abbandonando la logica della globalità delle riforme, di rivedere il sistema sanitario nazionale:

- responsabilizzando anche sul piano economico-amministrativo i centri periferici di spesa;
- recuperando l'autonomia amministrativa e funzionale dei grandi ospedali;
- concentrando nelle USL l'organizzazione dei servizi extra ospedalieri;
- realizzando la separazione delle responsabilità politiche di indirizzo da quelle di gestione e rivedendo le attuali norme concorsuali,
- recuperando maggiori spazi di responsabilità e partecipazione alla professionalità medica e connesse incompatibilità.

Inoltre si tratta di realizzare programmi di intervento, adeguati per intensità e dimensione, contro le grandi malattie (AIDS, alcolismo, cancro, tabagismo, tossicodipendenza) e di provvedere alla riforma della legge sulle malattie mentali.

Per quanto riguarda le politiche sociali il Governo sottolinea anzitutto la necessità di prendere atto che il nodo di fondo dei servizi è dato dalla contrapposizione tra le esigenze crescenti dei cittadini, che reclamano più prestazioni, più tecnologie, più servizi sofisticati e quasi marginali, e le esigenze di contenimento dell'impegno economico pubblico in un settore che vede crescere esponenzialmente le spese ed il debito.

In secondo luogo occorre prendere atto che il versante istituzionale continua a mostrare forti disfunzioni rispetto:

- ad alcune aree marginali non ancora coperte (anziani non autosufficienti, handicappati, senza tetto, stranieri, ecc.);
- al problema dell'equità dell'accesso ai servizi;
- al bisogno di qualità ed efficienza;
- al bisogno di razionalità e pluralità di offerta.

Per quanto riguarda le politiche socio-assistenziali, si tratta di provvedere al varo di una legge quadro sull'assistenza che:

- definisca anche le modalità ed i criteri per il coordinamento fra strutture pubbliche ed il grande serbatoio costituito dal volontariato;

- garantisca la tutela dei diritti acquisiti da handicappati, anziani non autosufficienti, tossicodipendenti, ecc. e la possibilità di scelta tra opzioni assistenziali diverse (tecnologie, assistenza personale, mezzi finanziari);
- riconosca i nuovi bisogni culturali e sociali della terza età;
- definisca l'offerta di nuovi strumenti alla donna;
- riconosca i diritti civili dei cittadini stranieri.

Infine occorre definire, sulla base dell'accordo del novembre 1986 con il Governo, una nuova normativa per i trattamenti familiari che consenta l'unificazione dei trattamenti in atto, nella prospettiva di un «assegno sociale» integrativo dei redditi familiari insufficienti.

Nel 1987, infine, particolare rilevanza assume la presentazione da parte del Governo, su proposta del Ministro della Sanità, di un d.d.l. (atto Camera n. 1942) per la modifica dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale.

La legge finanziaria 1988

Il Ministro del Tesoro Amato, di concerto col Ministro del Bilancio e della Programmazione economica Colombo e col Ministro delle Finanze Gava, ha presentato il 30 settembre al Senato della Repubblica il d.d.l. recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1988).

Nella relazione viene sottolineata l'esigenza di muoversi nella direzione dell'obiettivo di azzeramento del fabbisogno ossia operare concretamente per ricondurre il rapporto tra indebitamento pubblico e ricchezza nazionale a livelli compatibili con una crescita economica sottratta alla insidia della aleatorietà. In vista di tale obiettivo, l'impostazione della manovra di bilancio per il 1988 pone le premesse atte a consentire una vigorosa ripresa della iniziativa in materia di governo dei flussi finanziari, evitando una serie di regole cui dovrà tassativamente attenersi nel 1988 l'evoluzione della finanza pubblica. Tali regole impongono:

1) di mantenere invariata la pressione fiscale a livello statale nei suoi attuali limiti e, per quanto riguarda le autonomie locali, soltanto a fronte di un invariato livello qualitativo e quantitativo dei servizi; corollario implicito di tale regola è che accresciute prestazioni di servizi non potranno non determinare una corrispondente crescita della impostazione locale;

2) di contenere la crescita delle spese correnti - al netto degli interessi e delle partite compensative tra entrate e spese - entro il tasso programmato di inflazione;

3) di mantenere la crescita delle spese in conto capitale sostanzialmente in linea con il tasso di sviluppo del PIL nominale

Il capo VII della legge finanziaria è dedicato alle disposizioni in materia sanitaria. Le misure per il settore sanitario presentano quest'anno taluni elementi di novità che la relazione mette in evidenza.

Innanzitutto, esse nascono come doverosa risposta a specifiche anomalie messe in luce dal sistema informativo del Servizio sanitario nazionale, con possibilità, quindi, di differenziare gli interventi nelle diverse realtà locali e di misurare gli effetti di normalizzazione conseguiti attraverso gli interventi riparatori.

In secondo luogo, la manovra finanziaria per il 1988 rappresenta solo l'aspetto di breve periodo di una azione complessa e convergente, di tipo sia strutturale che congiunturale ed operante sul piano sia legislativo che amministrativo, che proietta i suoi

effetti negli anni 1989 e 1990 e che vede in quest'ultimo esercizio il pieno allineamento del settore all'obiettivo di rientro del disavanzo pubblico. Va aggiunto, al riguardo, che la manovra globale è rimessa in parte alla legge finanziaria e in parte a talune misure legislative ad essa funzionalmente collegate, riguardanti il riordinamento delle unità sanitarie locali con accentuazione del carattere aziendalistico delle stesse e con la concessione di autonomia amministrativa e gestionale agli ospedali maggiori e di alta specializzazione, il riordinamento del Ministero della Sanità; l'attuazione del ruolo medico, con un più stretto coinvolgimento della categoria nella conduzione tecnica dei servizi sanitari; la contestuale attuazione dell'incompatibilità, per migliorare l'impegno dei medici e del personale sanitario nell'unico tipo di lavoro consentito e per aprire spazi di occupazione alle nuove leve professionali; la riorganizzazione del sistema contabile delle Unità sanitarie locali per consentire più puntuali analisi costi-benefici e una contabilità per centri di costo.

In termini strutturali, l'approvazione di un piano pluriennale di investimenti per 30.000 miliardi di lire, articolato su un ventaglio di iniziative tutte di alto profilo per il miglioramento qualitativo dell'assistenza sanitaria - quali la realizzazione di 140.000 posti in residenze per anziani e soggetti non autosufficienti - rappresenta un punto di svolta di portata eccezionale per la sanità.

Gli aspetti organizzativi della manovra sono anch'essi in parte contemplati nel presente disegno di legge - con particolare riferimento alla chiusura dei posti letto inutilizzati e alla contemporanea rideterminazione delle piante organiche, il che permetterà di neutralizzare in tutto o in parte gli effetti della riduzione dell'orario settimanale di lavoro dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale - e in parte previsti nell'ambito del decreto-legge n. 360 del 1987 recante misure urgenti per la sanità quali quelle concernenti, per esempio, l'attivazione della lettura automatica delle prescrizioni mediche che costituisce un importante strumento di controllo dell'attività sanitaria extraospedaliera.

Le norme introdotte sulla riduzione dei posti letto e le nuove regole per i ricoveri si prefiggono di scoraggiare il ricorso facile alle degenze non necessarie, che è documentato in misura preoccupante dal sistema informativo sanitario. Il coinvolgimento dei medici ordinatori dei ricoveri rappresenta una doverosa misura di contenimento di ricoveri non essenziali. Il richiamo ai progetti finalizzati e la loro accettazione sul versante del contrasto degli sprechi, della contrazione delle degenze medie - in Italia ampiamente superiori alla media europea - nonché il coinvolgimento delle commissioni professionali hanno, pertanto, precisa valenza di razionalizzazione assistenziale con effetti economici. Analoga e ancor più diretta finalità e giustificazione hanno le norme sul contenimento dei consumi nei settori dell'assistenza specialistica, farmaceutica ed integrativa.

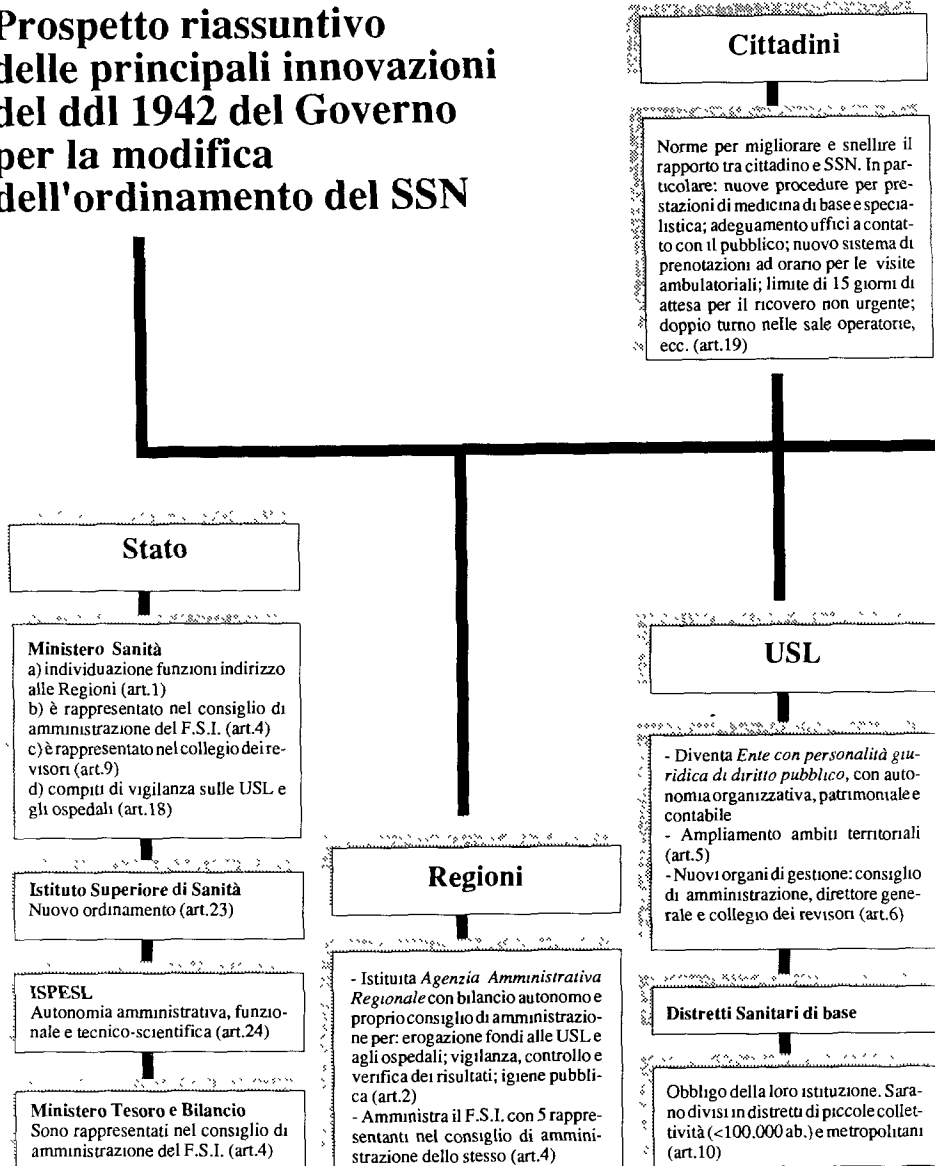
L'art. 14 indica le finalità del piano pluriennale di investimenti e stabilisce le procedure per ottenere i mutui. La valutazione dei progetti è riservata al Ministero della Sanità per gli aspetti tecnico-sanitari e di congruenza con il programma nazionale che viene poi approvato dal CIPE, sentito l'apposito Nucleo di valutazione.

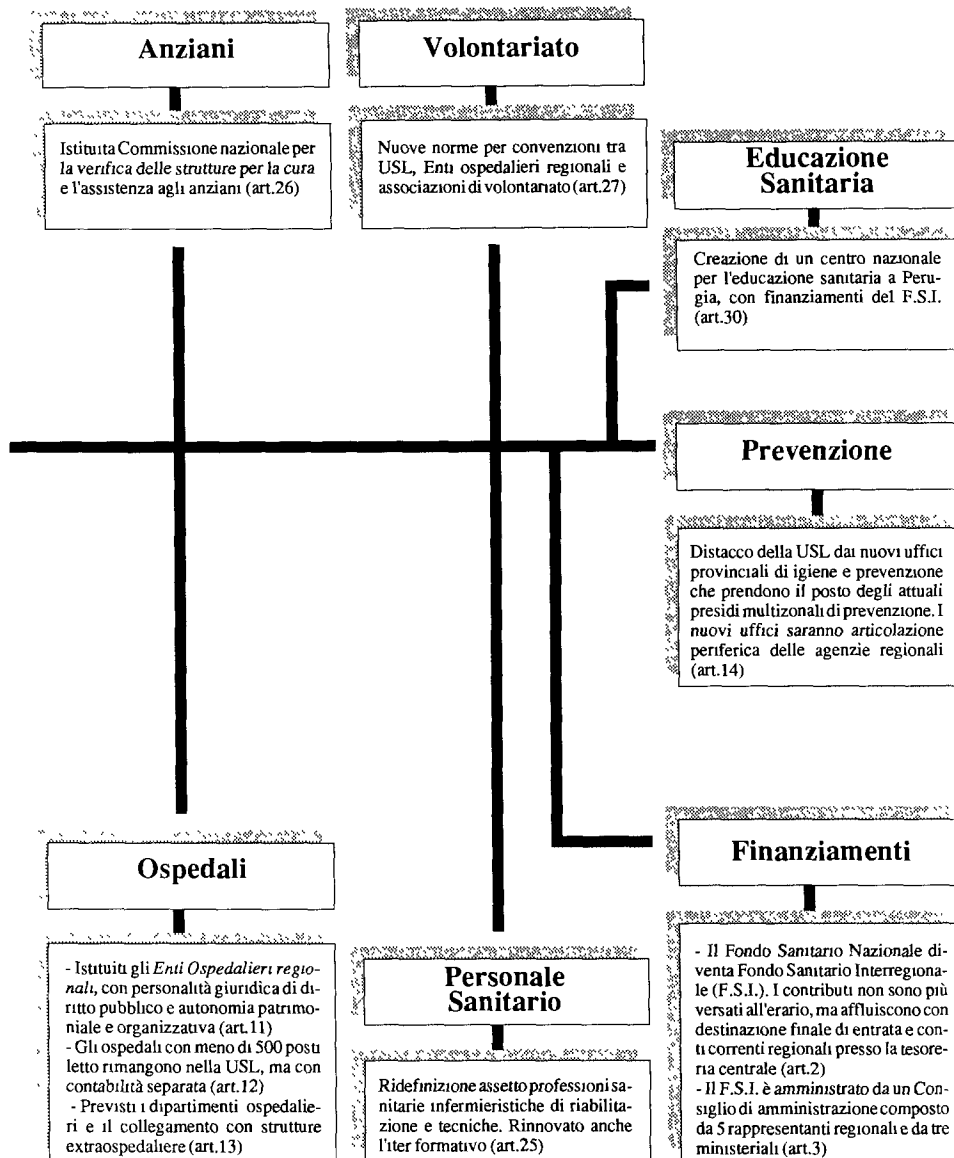
3. Il Ministero della Sanità

I temi di maggiore rilevanza che il disegno di legge n.1942 affronta per dare soluzione ai problemi sono:

- 1) una nuova struttura delle USL che si configura come azienda;
- 2) una forte spinta alla responsabilizzazione attraverso la separazione della responsabilità della gestione politica da quella tecnica;

Prospetto riassuntivo delle principali innovazioni del ddl 1942 del Governo per la modifica dell'ordinamento del SSN





3) l'istituzione del direttore generale delle USL con contratto di diritto privato e piena responsabilità gestionale;

4) creazione del Fondo sanitario interregionale gestito da un consiglio di amministrazione

Precede un quadro riassuntivo sulle principali innovazioni del disegno di legge

3.1 Consiglio Sanitario Nazionale

Dall'attività nel 1987 del Consiglio Sanitario Nazionale emerge la necessità di potenziare il ruolo di raccordo interistituzionale per lo sviluppo delle funzioni di proposta, elaborazione e verifica delle linee generali della politica sanitaria del Paese.

Gennaio

Dopo più di cinque mesi il C.S.N. torna a riunirsi con un primo incontro il 22.12.1986 ed un secondo il 9.1.1987. In quest'ultimo sono state rinnovate le cariche del C.S.N.

Aldo Gabriele Renzulli, Assessore alla Sanità della Regione Friuli-Venezia Giulia, è il nuovo vice presidente, e prende il posto di Ferdinando Di Laura Frattura, Assessore alla Sanità della Regione Molise. Nuovi presidenti di Sezione: Guido Guidi, Assessore alla Sanità dell'Umbria, Ettore Isacchini, Assessore alla Sanità della Lombardia e Eolo Parodi, presidente della FNOM. Il C.S.N. ha espresso parere favorevole sui seguenti argomenti: ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale per l'anno 1987 che ammonta ad un totale di 1.680 miliardi in conto capitale e ad un totale di 46.888 miliardi di parte corrente, determinazione del contributo per il 1987 per l'assistenza a carico dei cittadini stranieri, che per le rette ospedaliere vede un aumento pari al tasso di inflazione programmato per il 1987 (4%), per gli studenti e gli stranieri collocati alla pari il contributo sarà invece calcolato in base alla quota versata nel 1985 (quindi con una diminuzione rispetto al 1986) più il 4%, il tasso di inflazione programmato per il 1987.

Febbraio

Il Consiglio Sanitario Nazionale nella seduta del 20 febbraio ha avviato l'esame dello schema del disegno di legge di settore del Ministro Donat Cattin per la modifica delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Per il nuovo S.S.N. è prevista un'azienda regionale con proprio bilancio; gli ospedali verranno scorporati dalle USL, queste ultime saranno ridotte di numero e al loro vertice siederà un «Direttore Generale Delegato».

Giugno

Nella seduta del 3 giugno il C.S.N. ha espresso parere favorevole sui seguenti argomenti:

- 1) schema tipo di convenzione INAIL-USL per l'assistenza protesica agli invalidi,
- 2) richieste di riconoscimento del carattere scientifico agli Istituti di ricovero e cura (il parere favorevole riguarda il Centro di riferimento oncologico di Aviano, Pordenone, e l'Istituto Oasi di Troina, Enna);
- 3) ripartizione della quota residua del F.S.N. 1986 parte corrente agli Istituti Zooprofilattici Sperimentali;
- 4) finanziamento della spesa pubblica veterinaria (11 miliardi 200 milioni per l'acquisto di stazioni mobili di disinfezione e speciali autocarri da adibire al trasporto delle spoglie degli animali infetti e assegnazione alle Regioni Lombardia e Toscana rispettivamente della somma di lire 1 miliardo e di lire 300 milioni per le spese connesse all'abbattimento degli animali colpiti da afta epizootica);

5) inserimento nell'allegato 1 al D.P.R. 761/79, al ruolo sanitario, del profilo professionale «odontoiatri» con le posizioni funzionali di: dirigente di servizio odontoiatrico o primario odontoiatra; coadiutore di servizio odontoiatrico; aiuto corresponsabile odontoiatra; assistente odontoiatra;

6) schema tipo di convenzione con Istituti a carattere privato (art. 43 legge 833/78);

7) atto di indirizzo e coordinamento (11 articoli e 2 allegati) in materia del morbo di Hansen;

8) deroghe al blocco dell'ampliamento delle piante organiche delle USL. Quattro punti fra quelli all'ordine del giorno della seduta del C.S.N. del 3 giugno sono stati rinviati al prossimo incontro: dimissioni del Vice-presidente del C.S.N. e conseguente nuova elezione (l'Assessore del Friuli Renzulli è candidato alle prossime elezioni); designazione di otto esperti della Commissione consultiva del farmaco ai sensi dell'art. 3 D.L. 29.4.87 n. 166; proposta di venti esperti del Comitato scientifico ISS ai sensi dell'art. 9 della legge 833/78; schema tipo di convenzione ex art. 44, legge 833/78, per l'erogazione di prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio.

Inoltre durante la mattina del 3 giugno una delegazione di Assessori Regionali alla Sanità si è riunita per discutere il progetto riguardante il Sistema Informativo Sanitario che prevede l'informatizzazione dei dati e il collegamento a rete delle USL con le regioni e l'Amministrazione Centrale.

Dal programma, su cui si tornerà in una riunione successiva dopo un esame più approfondito, è stata stralciata per la sua urgenza la parte riguardante i Presidi Multizonali di Prevenzione, in particolare per quanto riguarda le acque di balneazione e le analisi degli alimenti.

Luglio

Nella seduta del 16 luglio il Consiglio Sanitario Nazionale ha espresso parere favorevole sui seguenti argomenti:

1) relazione sullo stato sanitario del triennio 1984-86. È stato recuperato così il ritardo accumulatosi rispetto a quanto stabilito dall'art. 8 della legge 833/78 che prevede una relazione annuale da presentarsi al Parlamento entro il 31 marzo di ogni anno;

2) aggiornamento per il 1987 del nomenclatore tariffario delle protesi (art. 26 legge 833/78);

3) finanziamento della ricerca corrente degli IRCCS di diritto privato di 7 miliardi del F.S.N. 1986 parte corrente già accantonati precedentemente;

4) criteri di ripartizione delle quote a destinazione vincolata del F.S.N. 1987;

5) atto di indirizzo e coordinamento per l'installazione di attrezzature biomediche per la litotripsia ad onde d'urto esterne al corpo;

6) corsi di aggiornamento (27) in materia di sanità pubblica per il 1987 (art. 9 legge 833/78) effettuati dall'Istituto Superiore di Sanità;

7) deroghe al blocco degli appiattimenti delle piante organiche delle USL (parere favorevole sull'ampliamento delle piante organiche di tre USL piemontesi, di una emiliana e di una laziale).

Il C.S.N. si è riunito nuovamente il 23 e il 28 luglio, ma non avendo raggiunto il numero legale è stata decisa una nuova convocazione il 30 luglio.

Nella seduta del 30 luglio il C.S.N. ha espresso parere favorevole su diverse proposte all'ordine del giorno. Gli argomenti esaminati nel corso della riunione, sui quali il C.S.N. ha espresso la propria approvazione, riguardano: l'aggiornamento del prontuario terapeutico nazionale, alcune deroghe al blocco dell'ampliamento delle piante organiche delle USL, i criteri per la relazione sullo stato sanitario del Paese per l'anno 1987, l'atto di indirizzo e coordinamento per la raccolta dei dati sulla sofisticazione alimentare, il riconoscimento del carattere scientifico della Fondazione Clinica del Lavoro, sede di Campoli del Monte Taburno.

Settembre

Rendere la specialistica convenzionata esterna un servizio complementare e non sostitutivo di quello pubblico, stipulare convenzioni separate per strutture societarie e singoli professionisti, superare l'equivoco delle convenzioni con strutture di singoli che singoli non sono, valutazione dall'esterno della qualità dei servizi erogati dalle strutture convenzionate. Questi alcuni degli orientamenti emersi dal dibattito sulla specialistica convenzionata esterna svoltosi presso il Consiglio Sanitario Nazionale il 30 settembre 1987. Le tematiche del settore sono state sviluppate dalle relazioni di Antonio Paderni, Danilo Morini, Vittorino Carra, Francesco Guicciardi, Thomas Whitehead ed Eolo Parodi

Ottobre

La spesa sanitaria è stabilizzata ormai da un quinquennio, ha un andamento regolare ed è pertanto prevedibile con estrema esattezza. Dato ancor più significativo: a valori costanti e destagionalizzati, la spesa è pressoché lineare nell'ultimo quinquennio. Così si esprime, nella Relazione al Consiglio Sanitario Nazionale del 1° ottobre sulla manovra finanziaria per il triennio 1988-90, il professor Sergio Paderni, Direttore Generale del Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Sanità. A fronte dei 55.646 miliardi di spesa prevista per la sanità, lo stanziamento per il F.S.N. è di 53.500 miliardi. Nella stessa seduta del 1° ottobre (aggiornata al 5 ottobre per proseguire il dibattito sulla proposta di riassetto del S.S.N. del Ministro della Sanità) il C.S.N. ha espresso parere favorevole sulle raccomandazioni della Commissione speciale del farmaco sull'esame delle entrate proprie delle USL; sull'assegnazione delle quote per l'assistenza agli hanseniani e ai familiari a carico (F.S.N. 1986 parte corrente); sulle deroghe all'ampliamento delle piante organiche provvisorie delle USL. Sono state invece rinviata le proposte relative all'elezione del vice-presidente del C.S.N., alla designazione di otto esperti per la Commissione consultiva unica del farmaco; allo schema tipo di convenzione ex art. 44 legge 833/78 per l'erogazione di prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio. Per quanto riguarda i criteri e le procedure per la proposta di venti esperti del Comitato Scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità, è stato concordato di delegare ad un'apposita commissione del C.S.N. la loro designazione sulla base dei medesimi criteri seguiti per il precedente Comitato. Il C.S.N. ha infine approvato un ordine del giorno presentato dalla 2ª sezione in merito al D.L. 382/87 sul ripiano dei debiti USL ed ex enti ospedalieri, in discussione alla Camera.

La proposta di riassetto istituzionale del S.S.N., messa a punto dal Ministro Donat Cattin, è il tema del dibattito nella seduta del C.S.N. del 5 ottobre. La relazione del Ministro e i rilievi delle regioni, dei Sindacati e delle altre componenti del Consiglio al centro del dibattito tra Luigi D'Elia, Nicola Scaglione, Achille Ardigò, Silvio Garattini, Riccardo Catelani, Rino Giuliani, Giampiero Ravagnan, Guido Guidi, Federico Montesanti, Ferdinando Di Laura Frattura, Antonio Potenza, Mario Alberto Coppini, Pietro Araniti, Mario Martinelli, Riccarda Nicolini, Vittorino Carra, Giuseppe Rumbo.

Dicembre

Il C.S.N. nella seduta del 9 dicembre ha espresso parere favorevole sulla ripartizione alle Regioni e Province autonome delle quote del F.S.N. accantonate a valere sugli esercizi 1984-85-86-87 per un totale di 1.895 miliardi e 476 milioni. Gran parte di tale somma è relativa alla ripartizione dei fondi accantonati dal F.S.N. 1987, pari a 500 miliardi per le spese a destinazione vincolata e 990 miliardi quale residuo della parte corrente di quest'anno ancora da assegnare alle regioni. Il C.S.N. ha inoltre approvato le indicazioni del Ministero della Sanità per il riparto del F.S.N. 1988, che ammonterà a 53.500 miliardi per la parte corrente, più 1.800 miliardi in conto capitale, cui dovrebbero aggiungersi i primi finanziamenti per investimenti nel settore sanitario relativi al piano pluriennale di 30 miliardi previsto dal d.d.l finanziaria 1988.

Il C.S.N. ha poi espresso parere favorevole sul riconoscimento di alcune nuove figure professionali sanitarie (audioprotesista, podologo, tecnico di angiocardiochirurgia perfusionista, tecnico di neurofisiopatologia e igienista dentale). Ultimo parere favorevole espresso quello sulla richiesta di deroga al blocco dell'ampliamento delle piante organiche per 10 USL della Lombardia, del Piemonte e dell'Umbria. Nella seduta del 16 dicembre è stato nominato il nuovo vice-presidente, Luigi Manzoni, Assessore alla Sanità della Regione Friuli-Venezia Giulia, che ricopre la carica rimasta vacante dal giugno scorso dopo l'elezione alla Camera dei Deputati dell'allora vice-presidente Aldo Gabriele Renzulli. Sono inoltre stati designati gli otto esperti indicati dalle regioni per la commissione unica consultiva del farmaco prevista all'art. 3 del D.L. 443/87.

Questi i nominativi e le qualifiche dei membri eletti dal C.S.N. su indicazione delle regioni: prof. Renato Rondanelli, direttore Istituto di Farmacologia, Università di Pavia, indicato dalla Lombardia; prof. Gaetano Crepaldi, direttore della Clinica Medica, 2^a Università di Padova, indicato dal Veneto; prof. Carlo Zanussi, direttore Scuola Specializzazione Immunologia, Università di Milano, indicato dal Friuli-Venezia Giulia; prof. Giorgio Segre, direttore Istituto di Farmacologia, Università di Siena, indicato dalla Toscana; prof. Albano Del Favero, titolare Cattedra Terapia Medica, Istituto 1^a Clinica Medica Università di Perugia, indicato dall'Umbria; prof. Gaetano Fraiese, titolare di Medicina Costituzionale ed Endocrinologia, Università La Sapienza di Roma, indicato dal Lazio; prof. Luigi Lerro, primario Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Modugno di Bari, indicato dalla Puglia; prof. Alberto Giotti, direttore Dipartimento Farmacologia, Università di Firenze, indicato dalla Basilicata. Oltre ai suddetti esperti faranno parte della Commissione ulteriori 12 esperti in chimica e tecnica farmaceutica, in farmacologia, in discipline mediche e chirurgiche, in discipline specialistiche biologiche, in discipline specialistiche cliniche, in scienze statistiche ed economiche; due membri designati dal CNR; cinque membri dell'ISS; cinque membri Ministero della Sanità, più il Ministro in qualità di Presidente della Commissione. Il previsto parere sullo schema di convenzione ex art. 44 legge 833/78 per l'erogazione di prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio è stato invece rinviato alla prossima riunione del C.S.N.

«I distretti sanitari di base: attualità e prospettive» e «L'indagine tra i servizi sanitari e quelli socio-assistenziali», sono i temi di due seminari organizzati dal Consiglio Sanitario Nazionale che si sono svolti rispettivamente a Udine e Senigallia. Durante il primo convegno è stata ampiamente denunciata la mancata attuazione dei distretti sanitari di base, che sta a significare - è stato detto - la non completa attuazione del S.S.N. Queste le osservazioni in proposito di regioni, sindacati, esperti, studiosi e medici: i distretti di base non debbono essere un mero decentramento dei servizi e degli uffici delle USL, ma debbono godere di una propria autonomia operativa; il distretto avrà tanto più significato quanto più realizzerà l'integrazione socio-sanitaria dei servizi; il rilancio del distretto

è legato al rilancio della medicina di base e comunitaria. È inoltre emersa la proposta, avanzata in particolare dalle forze sindacali, di costituire un osservatorio sistematico sui distretti, per conoscere le esperienze consolidate e per stimolare coloro che ancora non avessero avviato concretamente tali esperienze.

Nel secondo convegno, quello di Senigallia, è stato ribadito che, se ben poco è stato fatto per far decollare i distretti, la situazione appare ben più grave per quanto riguarda il socio-sanitario. La integrazione stessa appare in molte situazioni in discussione

Nelle regioni che hanno realizzato l'integrazione, le esperienze sono state diverse: in alcuni casi sono state valorizzate le associazioni, in alcuni casi l'assistenza è stata affidata ai comuni. In qualche regione nelle USL è presente il coordinatore sociale, che affianca il coordinatore amministrativo e sanitario. Evidentemente, ai fini dell'assistenza, hanno avuto e hanno tuttora un certo peso le esperienze pre-riforma, la dimensione del comune, la consistenza dei servizi che il Comune può offrire

Talvolta si è raggiunto un protocollo di intesa tra Comuni e USL sia per la definizione della titolarità dell'assistenza ma anche ai fini della imputazione della spesa. È stato da tutti riconosciuto che l'integrazione è il punto strategico per l'attuazione della riforma, anche se dentro un chiaro ruolo programmatico a livello locale. Ovviamente vanno risolti i problemi legati alla certezza dei fondi - per la sanità si conoscono, per l'assistenza no - ed al riconoscimento di figure professionali, che nell'assistenza non sono ancora ben definite

Inoltre, per il futuro della integrazione un ruolo importante può giocare il «privato sociale» (cooperazione, volontariato e autogestione) in un corretto rapporto con il pubblico

4. Le regioni

Nel corso del 1987 la conferenza dei Presidenti delle regioni e province autonome e gli Assessori regionali alla sanità e all'assistenza hanno sottoposto all'attenzione del Governo, in alcuni documenti, la loro posizione sui temi più rilevanti del dibattito sanitario in corso.

In particolare, nel ritenere prioritaria l'approvazione del Piano sanitario, hanno ribadito la necessità di una quantificazione della spesa sanitaria collegata agli obiettivi e alle prestazioni minime fissate dalla programmazione nazionale.

Sotto il profilo degli assetti istituzionali hanno richiesto la riforma del Ministero della Sanità, la necessità di pervenire alla legge quadro sulla assistenza, l'istituzione di un unico referente, individuando lo stesso in sede di riforma della Presidenza del Consiglio

Circa la spesa sanitaria, le regioni hanno richiesto il superamento dell'attuale modo di formazione delle entrate del Fondo sanitario nazionale, ricomponendo il prelievo delle varie «tasse sulla salute» con la piena applicazione della legge 833/78

Le regioni si sono poi impegnate per il ripiano del deficit delle USL degli anni 1985-86 richiamando l'attenzione del Governo sulla sottostima del fondo per il 1987.

L'esigenza del superamento del momento di stasi in relazione al negoziato per il rinnovo del contratto della sanità e la necessità di istituire un rapporto proporzionale tra gli aumenti retributivi all'interno del comparto, tale da non creare una eccessiva divaricazione tra il trattamento economico per i medici e quello di altre figure professionali, sono state poi sottolineate in un documento sottoscritto dai presidenti regionali Rino Nicolosi (DC, Sicilia), Lanfranco Turci (PCI, Emilia-Romagna), Giuseppe Guzzetti (DC, Lombardia) e Sebastiano Montali (PSI, Lazio) nel marzo 1987 in cui i Presidenti delle regioni hanno rivolto un fermo invito al Governo affinché assumesse rapidamente le decisioni di sua competenza, al fine di sbloccare la vertenza.

I Presidenti delle regioni hanno sottolineato la necessità, già fortemente affermata dalla componente regionale della delegazione pubblica, che il nuovo contratto, così come le convenzioni di medicina generale e specialistica, possa contribuire a determinare un miglioramento qualitativo della funzionalità dei servizi sanitari pubblici e contenuti innovativi e positivi per l'organizzazione di un settore importante e delicato come la sanità. A parere delle regioni il ruolo e la professionalità dei medici vanno sicuramente valorizzati anche con un adeguato trattamento economico e la creazione di maggiori opportunità di aggiornamento con una netta scelta a favore di chi lavora a tempo pieno per il servizio pubblico e con una chiara definizione delle incompatibilità.

Sui problemi dell'assistenza le regioni hanno richiesto al Governo la istituzione di un Fondo unico permanente, la approvazione della legge quadro in discussione alla Camera sulla riforma del settore e della legge sugli handicaps. Alcuni di questi temi sono stati esaminati con il Ministro per gli Affari speciali on. Jervolino.

L'importanza di un fondo unico nazionale per l'assistenza sociale è stata sottolineata dall'Assessore della Regione Lombardia, Mario Fappani (DC), coordinatore degli Assessori all'assistenza e alla sicurezza sociale.

Sui problemi finanziari più volte gli Assessori regionali hanno esaminato la situazione gestionale del Servizio sanitario nazionale sia con riferimento ai problemi finanziari emergenti relativi al mancato ripianamento dei disavanzi degli esercizi 1985 e 1986 (oltre 9.000 miliardi), sia ai problemi collegati alla copertura della spesa sanitaria reale del 1987 nonché alle previsioni già formulate per la dotazione di risorse da stanziare per il 1988. Il sistema sanitario si muove in un contesto di sottofinanziamento divenuto ormai intollerabile a parere delle regioni.

Sul problema della copertura della maggiore spesa che sta maturando per l'anno 1987 gli Assessori regionali hanno chiesto che venissero assunti provvedimenti a livello governativo per garantire la prosecuzione della gestione finanziaria di competenza 1987 con conseguente individuazione degli strumenti diretti al ripianamento dei «disavanzi» che verranno registrati. I maggiori oneri derivanti dal rinnovo del contratto e delle convenzioni e la dilatazione della spesa farmaceutica causata dall'aumento del prezzo dei farmaci e dalla riduzione del ticket, nonché l'aumento della spesa per l'assistenza specialistica dovuta all'abolizione dei tickets, non sono imputabili alla responsabilità di gestione delle USL in quanto sono diretta conseguenza di decisioni assunte a livello nazionale carenti della sufficiente copertura finanziaria

I provvedimenti di cui è stata chiesta con urgenza l'adozione sono strettamente collegati in quanto il sistema sanitario al momento necessita, ad avviso degli Assessori alla sanità, oltreché di iniziative che garantiscano la copertura delle spese di competenza, anche di soluzioni immediate che ripristinino accettabili livelli di liquidità.

Circa la previsione di finanziamento per il 1988 gli Assessori alla sanità hanno affermato più volte la necessità che la manovra in corso di definizione con la legge finanziaria tenesse conto dell'effettiva situazione di spesa del 1987, nonché degli oneri legati al rinnovo dei contratti e delle convenzioni e che nel provvedimento fosse garantita alle regioni la possibilità di una verifica e di un confronto prima della adozione da parte del Consiglio dei Ministri

Nel corso dell'anno il coordinamento degli Assessori alla sanità è stato delegato ad incontrare le organizzazioni sindacali e di categoria e le Associazioni di categoria dei farmacisti convenzionati per affrontare i problemi della carenza di risorse finanziarie e della conseguente difficoltà al fine di valutare le possibili iniziative nei confronti del Governo

Il coordinamento degli Assessori è stato altresì delegato a richiedere un incontro urgente delle regioni con il Ministero della Sanità sulla riforma sanitaria, al fine di correggere alcuni aspetti della legge istitutiva del Servizio sanitario. Alla fine dell'anno 1987, i maggiori oneri derivanti dal rinnovo del contratto e delle convenzioni e la dilatazione della spesa farmaceutica e diagnostica per effetto delle decisioni nazionali hanno indotto le regioni, per rendere possibile la chiusura dell'esercizio, ad autorizzare le USL a variare i loro bilanci di previsione 1987 nei limiti del fabbisogno accertato nel corso di incontri tecnici Governo-regioni e a richiedere che ne venisse garantita la copertura finanziaria.

In questa occasione gli Assessori regionali hanno espresso la loro più seria preoccupazione che anche per il 1988 si potesse riprodurre la situazione di tutti gli anni trascorsi dalla costituzione del Servizio sanitario che, alla fine di ogni esercizio, ha costretto ad assumere iniziative tampone e a ripianare «a piè di lista» i disavanzi.

Pertanto hanno respinto come credibile la previsione contenuta nella finanziaria 1988 di uno stanziamento di 53.500 miliardi, considerata altresì l'evidente inefficacia, a loro avviso, delle misure di contenimento ipotizzate dalla stessa proposta di legge, ritenendole incongrue e contraddittorie oltre che lesive dell'autonomia regionale.

5. Sindacati confederali

I sindacati confederali hanno presentato un documento riassuntivo degli orientamenti unitari di CGIL, CISL e UIL in materia di politica economica e sociale. Nel testo i sindacati hanno tra l'altro espresso specifiche indicazioni in merito alla necessità di una ristrutturazione della sanità, un settore che - a detta dei confederali - necessita di una riorganizzazione dei presidi sanitari, di misure per una più corretta responsabilità di gestione, del «superamento delle attuali ed inaccettabili forme di lottizzazione» e della definitiva separazione della spesa assistenziale da quella sanitaria.

«In particolare - è detto nel documento - si ritiene necessario istituire organismi di controllo con la partecipazione di rappresentanti dei lavoratori, dei cittadini utenti e delle associazioni volontarie» Occorre poi, per CGIL, CISL e UIL, «modificare il sistema di finanziamento attraverso la scelta della fiscalizzazione del contributo, con particolare attenzione al problema dell'equità dei carichi tra lavoro autonomo e lavoro dipendente, oggi gravato da inaccettabili e squilibrate differenze di prelievo».

I sindacati confederali infine, di fronte alla sequenza degli infortuni e delle morti sul lavoro, hanno espresso la necessità di emanare leggi di completamento del testo unico sulla prevenzione per definire le competenze dei diversi Ministeri e le procedure di coordinamento delle diverse strutture pubbliche territoriali, recependo le direttive CEE (in particolare la direttiva 501/82) e, soprattutto, promuovendo l'efficienza delle USL sotto il profilo delle strutture, delle dotazioni tecniche, degli organici e della qualificazione professionale.

6. La Magistratura

6.1 Corte dei Conti

«Un sistema che non riesce ancora a sintonizzarsi con auspicati criteri di efficienza e produttività ed a fornire servizi se non a costi più contenuti, almeno di qualità corrispondente al costo» Così ha definito la sanità pubblica il Procuratore generale della Corte dei Conti, nel suo discorso in occasione dell'apertura dell'anno giudiziario, in cui, fra l'altro, ha sottolineato la necessità di un adeguamento di mezzi e di norme per un controllo reale dell'amministrazione pubblica da parte della Corte stessa.

Fra le problematiche riguardanti la sanità, l'alto magistrato ne ha in particolare evidenziate quattro.

- Personale

La Corte ha ricordato il «marcato» assenteismo, le retribuzioni non conformi alla legge, lo slittamento di inquadramenti.

- Spesa farmaceutica

Al centro del problema le esenzioni «indebite» del ticket. Indagini recentemente svolte - ha sottolineato il Procuratore generale della Corte dei Conti - hanno accertato che mentre le USL procedono agli adempimenti dettati dalla normativa vigente (campionamento di almeno il 3% degli esentati) gli Uffici delle imposte dirette non provvedono, nella quasi totalità dei casi e con la dovuta tempestività, alla verifica delle relative dichiarazioni dei redditi per appurare l'esistenza dei limiti di esenzione. La conseguenza è che gli evasori fiscali non solo non pagano le tasse - ha proseguito - ma sono esenti anche dal pagamento del ticket.

- Prestazioni sanitarie in convenzionamento esterno

Il problema, oltre che legato a gravi episodi penali di fatturazione a carico del S.S.N. di prestazioni mai eseguite o con un costo molto inferiore a quello dichiarato, è nella distribuzione dell'utenza fra struttura pubblica e privata convenzionata. Tale distribuzione potrebbe svilupparsi in modo più favorevole nei confronti della prima se questa riuscisse ad essere maggiormente competitiva in termini di efficienza, di ricettività, di ammodernamento.

- Beni in dotazione alle USL

Il nodo centrale è quello degli sprechi, degli sperperi, della inutilizzazione e sottoutilizzazione, dei materiali, delle forniture «esorbitanti», delle sottrazioni indebite. Di Giambattista ha sottolineato che il fenomeno è agevolato dal fatto che le USL non sempre curano l'adozione e l'aggiornamento delle registrazioni inventariali dei beni. Risultato è che spesso beni mobili e costose apparecchiature scientifiche sono riassunti in elenchi contenenti informazioni sommarie che non rispecchiano la reale consistenza e raramente - ha aggiunto - le relative registrazioni sono convalidate da un apposito inventario descrittivo anche se le Amministrazioni regionali, in genere, non hanno trascurato di emanare, sull'argomento, puntuali disposizioni.

6.2. Corte Suprema di Cassazione

Una interessante sentenza della Corte di Cassazione (Sez. 3^a, n. 5857 del 4.7.1987), relativa alle controversie concernenti i rapporti relativi alla gestione dei servizi e alla legittimazione delle USL, afferma che dalla entrata in vigore della legge 833 del 1978, riguardo alla successione nelle controversie riguardanti gli enti ospedalieri, la imputazione della legittimazione processuale attiva e passiva dipende dalla natura giuridica del rapporto pendente.

Così se la controversia riguarda rapporti relativi alla proprietà dei beni mobili ed immobili e delle attrezzature, è legittimato il comune, in quanto ai sensi degli art. 65 e 66 della legge 833 i beni degli enti ospedalieri sono trasferiti ai comuni.

Se invece la controversia concerne rapporti relativi alla gestione dei servizi, di presidi e di istituti sanitari, la legittimazione spetta alle USL competenti, in quanto, se pur prive di personalità giuridica, esse sono dotate di autonomia funzionale, amministrativa

e contabile analoga a quella delle aziende municipalizzate e risultano fornite di una speciale soggettività e di un'autonoma capacità processuale, circoscritta alla gestione di tali servizi

E ancora con la sentenza n. 7220 del 5.9.1987 la Suprema Corte di Cassazione afferma che le Unità sanitarie locali sono divenute titolari di tutti i rapporti giuridici sorti in capo ai disciolti enti mutualistici e non esauriti né in regime di commissariamento né in regime di gestione liquidatoria affidata allo speciale Ufficio del Ministero del Tesoro.

Esse pertanto sono tenute a rispondere, afferma la Corte, delle obbligazioni sorte a carico degli enti predetti «senza che - pure anteriormente alla costituzione delle dette Unità - possano, comunque, essere considerate responsabili le regioni, in quanto titolari di un potere di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo di tale materia».

Ancora due interessanti sentenze sui medici ospedalieri e convenzionati con enti pubblici e sui medici che frequentano ospedali

Con la prima (sent. n. 2914 dell'11 marzo 1987) la Corte di Cassazione afferma che i medici ospedalieri, nonché quelli convenzionati con enti pubblici, sono penalmente responsabili se si rifiutano di prestare la propria opera, in caso di necessità, invocando la divisione dei compiti.

Infatti non può tenersi conto di tale divisione di competenze, laddove sia seriamente minacciata la finalità pubblica di tutela della salute

Con la seconda (sent. n. 7030 del 26.8.1987) il medico che frequenta un ospedale, in quanto sia stato autorizzato ad esercitare la professione nei reparti di cura dell'istituto, non è da considerarsi un lavoratore subordinato, anche se opera sotto la diretta responsabilità del primario

Infatti non è sufficiente tale subordinazione tecnica perché si possa configurare un rapporto di lavoro subordinato, bensì anche quella con il potere direttivo, organizzativo e disciplinare dell'ente ospedaliero.

6.3 Corte Costituzionale

Nel 1987 l'attività della Corte Costituzionale in materia sanitaria è stata caratterizzata da alcune interessanti sentenze

I giudici di Palazzo della Consulta hanno dichiarato con sentenza n. 43 (11 febbraio 1987) l'illegittimità costituzionale, in riferimento agli artt. 3 e 51 della Costituzione, dell'art. 2, primo comma, n. 8 della legge n. 154/81 nella parte che dispone l'eleggibilità a cariche pubbliche elettive dei membri dell'ufficio di direzione e del coordinamento delle USL comprendenti nel proprio territorio più di un comune. La dichiarazione di incostituzionalità era già stata preceduta da una ordinanza della Corte d'Appello di Milano (5 marzo 1986) che in relazione all'art. 2 della legge n. 154/81 riteneva inammissibile la non estensione della causa di ineleggibilità a consigliere comunale, prevista per i coordinatori e i dirigenti di USL «monocomunali» e «subcomunali» anche nel caso in cui le stesse cariche fossero rivestite in USL «pluricomunali».

Questa omissione non è stata ritenuta casuale dalla Corte poiché, si afferma nella sentenza, «siffatta congettura trova smentita negli atti parlamentari, i quali mostrano che proprio questo - ineleggibilità per i dipendenti di USL monocomunali - ha inteso stabilire il legislatore»

Nella sentenza n. 107 del 1987 si è presentata una nuova occasione di individuare un'altra norma fondamentale della riforma sanitaria.

Si tratta dell'art. 13 della legge 26 aprile 1982, n. 181, modificativo dell'art. 15, 2° e 3° comma della legge 23.12.1978 n. 833 e relativo all'istituzione e composizione del collegio dei revisori delle USL: «L'art. 13 citato costituisce norma fondamentale della riforma sanitaria nazionale già per la sola istituzione di un importante organo, il collegio dei revisori, che si inserisce in tutte le unità sanitarie locali del territorio nazionale, come terzo ed ultimo organo delle medesime, accanto all'assemblea generale ed al comitato di gestione (col relativo presidente)».

La Corte sottolinea poi che l'art. 13 citato è fondamentale, non soltanto perché istituisce il predetto organo ma, prima ancora, per le determinazioni sostanziali da esso imposte alle unità sanitarie stesse, *determinazioni che costituiscono il principale elemento che rende lo stesso art. 13 tra i più importanti della riforma sanitaria.*

Infatti, esso attribuisce alle regioni penetranti poteri di controllo, ispettivo e sostitutivo, tesi ad impedire il maturare di disavanzi nelle gestioni delle USL e, nel caso di verificati disavanzi, teso a riportare in equilibrio i predetti conti di gestione. Inoltre, concentra nel comitato regionale il controllo sugli atti delle unità sanitarie locali, inserendo un componente designato dal Ministro del Tesoro e uno dalla regione sia nel comitato stesso sia nel collegio dei revisori

Infine è da ricordare la sentenza n. 431 del 3 dicembre 1987 sulla cosiddetta «tassa della salute».

Nelle varie questioni sollevate, nelle ordinanze di rimessione alla Corte, veniva posto, tra le altre, il problema della «ratio» della norma in questione, che «ha una destinazione specifica» e «deve essere pagata indipendentemente dalla utilizzazione del servizio».

Altri rilievi posti riguardavano la natura fiscale del «contributo» (ex art. 31 della legge 41/86), la cui misura percentuale è ragguagliata «nella stessa entità presa di base per il calcolo dell'imposizione tributaria» (reddito complessivo ai fini Irpef).

Si faceva rilevare inoltre come la legge finanziaria (ex art. 11 della legge 468/78) sia «una legge di formazione del bilancio dello Stato» e come tale non abilitava ex art. 81 della Costituzione ad introdurre nuove imposte.

La Corte, nell'«assolvere», nelle motivazioni della sentenza, la «tassa della salute», ha richiamato «la fiscalizzazione degli oneri» già prevista dall'art. 53, 4° comma, lettera f), della legge 833/78, come base di partenza per una ricostruzione della questione contributiva nel Servizio sanitario nazionale, il cui carattere è tuttora «assicurativo»

Non si rinviene pertanto, a parere della Corte, alcunché di «mutato in radice» nelle caratteristiche originarie della contribuzione relativa alla tassa della salute, che è sempre «correlativa al costo del servizio».

Ma, nonostante ciò, continua il dispositivo della sentenza, «vi è un'incoerenza di fondo che incide negativamente sulla interezza del sistema», a causa delle frammentarie disposizioni normative che non hanno carattere di organicità.

E qui il riferimento è specifico alla precedente sentenza n. 167 del 1986, in cui si richiamava l'attenzione sulla mancanza del piano sanitario nazionale, «tenuto a stabilire le norme generali erogatrici delle prestazioni, correlate necessariamente al corrispondente adeguamento delle contribuzioni assicurative e allo stato, sebbene la legge 595 del 23.10.1985 abbia già disposto in merito, il completo processo non è stato ancora attuato».

Perché ciò avvenga occorre mutare l'ottica di intervento, passare cioè dalla «mera eliminazione della malattia alla tutela della salute», delineando altresì un chiaro rapporto tra prestazioni e contribuzioni come previsto dalla riforma.

Queste motivazioni finali, accompagnate dalle «preoccupazioni e perplessità che la normativa impugnata desta per una caratterizzazione ancor oggi di incertezza e disarmonia», inducono a considerare questa sentenza «a futura memoria».

Ancora una volta si demanda tutto al legislatore, che ha il compito di porre in essere quegli strumenti che possono garantire a tutta la collettività, «a latere» di un sacrificio contributivo, «un servizio sicuro, efficiente nelle sue tecniche, sano nella sua amministrazione improntata a correttezza ed economicità, senza dispendi inconferenti».

Resta comunque una chiara sperequazione contributiva tra i cittadini con questa tassa, che nella sostanza si risolve in un'addizionale Irpef. Sono stati soltanto esonerati quei cittadini, cui era prescritta una contribuzione di lire 648.000 annue, indipendentemente dall'effettivo reddito (ex art. 31 comma 10 della legge 41/86), la cui illegittimità è stata dichiarata.

Si riporta l'elenco delle decisioni della Corte Costituzionale in materia di sanità per l'anno 1987

Sentenza n	Oggetto
87/15	Provincia di Bolzano - Lavoro - Autorizzazione all'esercizio della professione di ostetrica - Titolo conseguito all'estero.
87/36	legge provinciale di Trento - Tutela della salute negli ambienti e luoghi di lavoro
87/37	Legge regionale Sicilia - Sanità pubblica - Unità sanitarie locali - Controllo sugli atti del comitato di gestione.
87/44	Legge regionale Lazio - Enti ospedalieri - Delibere di approvazione - Estensione dell'ambito del controllo statale.
87/2	Controllo sugli enti ospedalieri siciliani - Esercizio della giurisdizione contabile della Corte dei Conti - Soppressione degli enti ospedalieri
87/107	Regione Trentino-Alto Adige - Sanità pubblica - Unità sanitarie locali - Istituzione del collegio dei revisori - Composizione
87/173	Servizio sanitario nazionale - Prestazioni sanitarie erogabili da strutture pubbliche o da soggetti privati convenzionati - Procedimento per la fruizione.
87/219	Sanità pubblica - Assistenza ospedaliera gestita dalla regione - Recupero di crediti derivanti dagli oneri relativi all'assistenza sanitaria erogata.
87/243	Sanità pubblica - Attività per il recupero e il reinserimento sociale dei tossicodipendenti - Erogazione di contributi sociali da parte del Ministero degli Interni - Criteri - Disciplina dell'entità degli stanziamenti.
87/363	Sanità pubblica - Sostanze alimentari e bevande - Analisi non corrispondenti ai requisiti fissati dalla legge e analisi di revisione difformi rispetto a quelle di prima istanza - Obbligo di denuncia all'Autorità giudiziaria da parte del capo laboratorio.
87/516	Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori
87/525	Modificazioni ed integrazioni alla L.R. 29.3.1980, n. 22, recante norme per la utilizzazione e la gestione del patrimonio e la disciplina della contabilità nell'Unità sanitaria locale
87/626	Regolamentazione giuridica dell'esercizio dell'arte ausiliaria sanitaria di tecnico di radiologia medica.

7. I partiti

Sono qui di seguito esposti i punti principali del programma elettorale dei partiti per la sanità, presentati in occasione delle elezioni politiche del giugno 1987.

7.1 DC

Riorganizzare le USL separando le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo dai compiti operativi e gestionali

Il programma della DC muove dalla considerazione che le USL vanno riorganizzate separando le funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo dai compiti operativi e gestionali.

Il sistema sanitario varato nel 1978, sebbene mosso da esigenze fondamentali, non ha ancora dato i risultati previsti.

Ancora una volta, il criterio da adottare non cambia: determinare le responsabilità.

Il che significa: valorizzare meriti e professionalità; accrescere l'autonomia della politica e diminuire la burocrazia; allestire occasioni di formazione e sviluppo professionale per gli operatori sanitari. Occorre inserire insomma nel settore dei servizi pubblici la logica del mercato; non come ritorno al profitto ma come regola della competizione e dell'efficienza.

Per governare il sistema sanitario occorre:

1. La ristrutturazione del Ministero della Sanità e del Consiglio Sanitario Nazionale in modo da rendere possibile una concreta ed efficace azione di programmazione sanitaria.

2. La revisione dell'assetto giuridico delle USL con l'esplicita attribuzione alle stesse del carattere di azienda con propria personalità giuridica. L'organizzazione delle USL deve essere modificata lasciando ai Comitati di gestione, nella nuova composizione disposta dalla legge n. 4/86, le funzioni di indirizzo e controllo ed attribuendo i compiti di coordinamento, di gestione ed operativi ad un ufficio di direzione unico, libero di operare. Le USL devono essere ridotte di numero per rendere effettiva la loro funzione di indirizzo, programmazione e controllo.

3. La separazione giuridica e autonomia completa di direzione, amministrazione gestionale e operativa dalle USL degli ospedali ad iniziare da quelli multizonali e dai grandi complessi ospedalieri. Anche gli ospedali dovranno avere propria personalità giuridica. L'organigramma dell'ospedale dovrà prevedere un direttore generale, con i poteri di amministratore delegato, un direttore medico con funzioni di coordinamento di tutti i servizi sanitari ed igienici ed un direttore amministrativo per la normale amministrazione dell'azienda. Queste posizioni dovranno essere attribuite con contratto a termine. Il rapporto tra ospedale e USL verrà impostato in base a convenzione che determini le prestazioni assicurate e le tariffe praticate.

4. In relazione al carattere analogo a quello degli enti pubblici economici che assumerà la struttura giuridica degli ospedali e delle USL, si dovranno esaminare costi e benefici, del mantenimento del rapporto di pubblico impiego per il personale dipendente dal Servizio sanitario nazionale. Si valuterà così la possibilità di adottare un tipo di contratto di diritto privato e potranno trovare spazio politiche di retribuzione e di incentivazione per tutto il personale legate ai risultati ottenuti, da verificare sulla base di parametri automatici definiti a priori e non sulla base di decisioni discrezionali.

5. Portare a un livello di eccellenza i sistemi informativi: il governo del sistema sanitario si fa con informazioni attendibili e aggiornate in tempo reale.

Per il controllo del sistema sanitario:

1. Occorre introdurre nell'amministrazione sanitaria criteri di valutazione e controlli di merito e non solo formali. Ciò vale sia negli stabilimenti ospedalieri, come criterio-guida per la gestione del personale ausiliario, sia per le USL e il personale da esse dipendente, sia a livello centrale, per il controllo comparato della funzionalità delle singole unità territoriali del sistema e la valutazione sull'operato degli amministratori.

2. Occorre rivedere parametri e variabili e indicatori delle statistiche sanitarie, utilizzandole per offrire ai cittadini informazioni puntuali sullo stato del sistema sanitario, sui risultati raggiunti, sulle scelte e gli individui di soddisfazione delle domande.

3. Occorre mettere il cittadino in condizione di scegliere tra alternative diverse e che diventa in questo modo il primo e più efficace controllore del sistema.

Il controllo delle autorità dello Stato dovrà esercitarsi sul servizio, sulle sue qualità, sugli standards delle prestazioni offerte.

È obiettivo della DC assicurare a tutti sia un servizio sanitario efficiente, sia la libertà di scelta dei cittadini tra le varie strutture sanitarie, pubbliche e private.

Al tempo stesso, facendo proprio questo indirizzo, la DC vuole ridare vitalità alle organizzazioni della società civile, alla ricerca di soluzioni originali e nuove che parte dai gruppi sociali. Volontariato e autonomia sono beni che una società deve mettere a frutto.

Inoltre, il rafforzamento di soggetti sociali organizzati ed autonomi si traduce in uno stimolo per il Servizio sanitario nazionale a non cadere nelle tentazioni lottizzatrici, o nelle soluzioni burocratizzate, riabituando tutti, e gli amministratori pubblici fra i primi, a far quadrare i conti.

Seguendo tale impostazione, la Democrazia Cristiana vuole mettere a frutto due grandi beni che oggi in Italia abbondano: la capacità dei soggetti di organizzarsi in via autonoma e il volontariato.

7.2 PCI

Fare della prevenzione e della sanità un sistema di valori, competenze, strutture moderne ed efficaci

La prevenzione e il servizio pubblico sono discriminanti dell'azione di governo per un programma per la salute; su di essi il PCI si è impegnato e si impegna nella X legislatura ad affrontare 10 progetti salute

1 Campagna di informazione ed educazione sanitaria del cittadino, nei quartieri (attraverso i distretti socio- sanitari), nelle scuole e nei luoghi di lavoro

2 Attuazione dei diritti del cittadino all'interno del sistema sanitario pubblico.

3 Progetto salute nei luoghi di lavoro e di vita: formulazione di una legge quadro sulla sicurezza negli ambienti di lavoro e di vita; potenziamento dei servizi e dei presidi di prevenzione del S.S.N.: riorganizzazione e coordinamento delle competenze dei Ministeri della Sanità, del Lavoro e dell'Ambiente; coordinamento a tutti i livelli delle strutture che vigilano sull'applicazione e l'efficienza delle norme di igiene e sicurezza.

4 Lotta alla droga e alle tossicodipendenze progetto obiettivo per il recupero dei tossicodipendenti attraverso un programma nazionale, con relative e specifiche risorse per il potenziamento dei servizi territoriali pubblici nonché delle comunità terapeutiche e delle attività di volontariato, associazionismo e cooperazione, piano straordinario per il lavoro e il recupero all'attività sociale e lavorativa dei giovani tossicodipendenti e per la costruzione di centri sociali e di servizio nei quartieri e nelle città più colpite dal fenomeno.

5. Progetto salute mentale: attuazione della carta dei diritti alla salute mentale dei cittadini, rivolta ad affermare su tutto il territorio nazionale la piena applicazione della riforma psichiatrica, dotando ogni USL delle strutture necessarie per prevenire il disagio mentale nonché ospitare gli attuali ricoverati negli ospedali psichiatrici.

6. Progetto salute anziani: progetto obiettivo nazionale per il potenziamento dell'aiuto domestico, le case protette e dell'assistenza domiciliare e ospedaliera agli anziani cronici non autosufficienti con personale infermieristico specializzato e medico

7. Progetto salute donna ed età evolutiva: rifinanziamento della legge 405 sui consultori familiari (almeno un consultorio in ogni distretto socio-sanitario) soprattutto nel Mezzogiorno, e della legge 194 di tutela della maternità e per l'interruzione della gravidanza; approvazione della proposta di legge per l'assistenza al parto e al bambino spedalizzato; legge nazionale per la regolamentazione delle nuove tecnologie riproduttive applicate alla specie umana; progetto obiettivo per la salute della donna e dell'età evolutiva con particolare riferimento a: educazione e informazione sessuale nelle scuole a partire dalla scuola dell'obbligo e nei consultori pubblici

8. Progetto salute per la prevenzione e la cura delle grandi malattie sociali rivolto a prevenire, curare e riabilitare i cittadini affetti dalle grandi patologie sociali.

9. Progetto salute per la prevenzione, informazione e inserimento sociale degli alcool-dipendenti

10. Progetto salute prevenzione dell'AIDS rivolto a: promuovere e coordinare una campagna di informazione sull'AIDS ed iniziative di educazione sessuale rivolte a tutta la popolazione «sicura e protetta» con il coinvolgimento dei mass-media e delle strutture scolastiche; programmare una attività di informazione ed educazione sanitaria e sessuale rivolta alle fasce di popolazione a rischio; garantire la riservatezza dei dati come condizione irrinunciabile per consentire e promuovere l'accertamento volontario della eventuale positività ai test per l'AIDS; sostenere il lavoro dei centri per il trattamento delle tossicodipendenze e delle malattie veneree su tutto il territorio nazionale

I soggetti di una corretta politica sanitaria

Gli obiettivi del PCI per le istituzioni e il governo della salute sono:

- riforma del Ministero della Sanità e raccordo tra esso e gli altri ministeri ai fini di una politica coordinata a tutela della salute nell'ambiente di vita e di lavoro;

- potenziamento delle strutture di ricerca e tecnico-scientifiche per la valorizzazione delle competenze e delle funzioni dell'ISS, del CNR, dell'Università;

- valorizzazione del ruolo di programmazione, indirizzo e controllo delle regioni su tutta la materia sanitaria, liberandole da funzioni esecutive improprie, sviluppando la partecipazione alla programmazione nazionale e regionale e la propria autonoma facoltà impositiva per piani di sviluppo sanitario,

- affermazione del ruolo del comune nel governo territoriale della salute secondo nuovi poteri e funzioni, con particolare riguardo ai comuni metropolitani; revisione dell'assetto organizzativo e gestionale delle USL, dotandole di un ufficio di direzione, quale struttura collegiale con compiti tecnico-funzionali, guidata da un direttore generale, assunto con contratto a termine e con provate capacità manageriali; snellimento delle procedure burocratiche e informatizzazione delle USL; riforma del bilancio e della contabilità delle USL secondo criteri per centri di costo e programmazione delle risorse e obiettivi per budget, nonché riforma delle carriere come previsto dal disegno di legge della dirigenza nelle USL;

- prevedere a livello di distretto socio-sanitario forme e strumenti di partecipazione e controllo da parte dei cittadini.

Gli strumenti per il governo della salute

Definizione di un piano programma per la salute (PSN) con relativa legge triennale di finanziamento, così come previsto dalla legge 595 del 1985 non attuata dal Governo pentapartito, con particolare riguardo ai seguenti settori e alle seguenti modalità di reperimento ed uso delle risorse finanziarie:

- a) predisporre un piano sanitario che tenga conto fortemente delle esperienze regionali, delle relative indicazioni e dello stato reale delle risorse materiali ed umane;
- b) cancellazione di vincoli centralistici alla gestione dei progetti finalizzati;
- c) la effettiva partecipazione alle scelte e all'indirizzo degli obiettivi della programmazione nazionale delle regioni medesime anche su quegli aspetti non secondari di politica sanitaria (quali la politica farmaceutica e quella del personale) attualmente sottratte all'intervento regionale nella determinazione delle scelte di indirizzo generale.

Per affrontare una corretta politica di finanziamento del sistema sanitario il PCI propone in particolare:

- l'abolizione di tickets,
- l'abolizione del contributo di malattia sia pure con gradualità nel tempo, così come del resto previsto dalla legge 833 (fiscalizzazione oneri di malattia) mai attuata;
- applicazione piena dell'imposizione generale, quale strumento fondamentale per il finanziamento del settore sanitario, affermando che tale settore partecipa, al pari degli altri, alla ripartizione delle risorse complessive del Paese.

L'imposizione potrebbe essere realizzata mediante:

- imposizione statale che potrebbe, in parte, basarsi sulle imposte sui consumi, mediante un'incidenza sull'Iva nonché su nuove imposte sulla produzione e sulle rendite patrimoniali (ciò al fine di evitare di percuotere con il prelievo il costo del lavoro);
- la rete ospedaliera: riequilibrio, riorganizzazione e riclassificazione dell'intera rete ospedaliera secondo criteri di specializzazione e di intensità tecnologica: completa autonomia funzionale e operativa della struttura secondo budgets annuali, rispettosi degli obiettivi e degli indirizzi, fissati dalla programmazione sanitaria regionale e comunale e di USL;
- costruzione dei dipartimenti creando il collegamento tra ospedali, distretti socio-sanitari ed anche con le strutture didattiche secondo una logica funzionale rivolta all'efficienza-efficacia delle prestazioni e secondo una organizzazione del lavoro multidisciplinare e di équipe che valorizzi il tempo pieno, la mobilità, la libera professione intra-muraria, nonché il pieno funzionamento della struttura 24 ore su 24;
- il distretto socio-sanitario: luogo di massimizzazione e qualificazione delle funzioni preventive, sociali e sanitarie nell'integrare le loro funzioni e prestazioni di una corretta, tempestiva e qualificata risposta ai bisogni del cittadino.

Il ruolo del personale per il governo della salute

Il PCI ha presentato un disegno di legge al Senato per il nuovo stato giuridico del personale, rivolto al superamento del vecchio D.P.R. 761, nonché ha svolto una battaglia sull'incompatibilità e sulla partecipazione alle scelte e alla gestione del personale nell'intero S.S.N.

Cinque punti di programma definiti irrinunciabili:

- 1 Bloccare organici e assunzioni per creare nuovi servizi, soprattutto per la prevenzione, l'igiene ambientale, la sanità pubblica veterinaria quale risposta anche ai circa 70.000 giovani medici disoccupati

2. Riforma della facoltà di medicina con l'ingresso di nuovi approcci disciplinari rivolti alla formazione di un operatore-medico capace di fare prevenzione, cura e riabilitazione rispetto alle nuove patologie sociali e alla multifattorialità delle cause generatrici del malessere contemporaneo.

3. Snellire e sburocratizzare i meccanismi di reclutamento e le carriere.

4. Rompere l'intreccio perverso tra pubblico e privato attraverso nuove norme sulla incompatibilità.

5. Aumentare organici, funzioni e livelli formativi di tecnici, infermieri, assistenti sociali per una adeguata risposta tecnica e socio-assistenziale e per qualificare il livello delle prestazioni.

7.3. PSI

Il cittadino ha diritto a un servizio sanitario che funzioni. In troppe regioni è scarsa la qualità dei servizi e manca l'efficienza della spesa

Il PSI ha dedicato 5 su 40 punti del proprio programma elettorale ai problemi dell'assistenza e dello stato sociale.

1. Il Governo a guida socialista ha migliorato lo stato sociale, orientandolo verso la protezione dei più deboli e bloccando le spinte clientelari e corporative dell'assistenzialismo generalizzato. Il maggior benessere raggiunto deve servire a perseguire gli obiettivi della libertà dal bisogno e della lotta per le sue disuguaglianze, attraverso la legge quadro sull'assistenza, l'istituzione di un reddito minimo garantito a tutti i cittadini; il miglioramento delle prestazioni per coloro che si trovano in condizioni di bisogno; programmi selettivi di sostegno per i più deboli e svantaggiati, cui vanno destinate le risorse sottratte agli sprechi e al clientelismo.

2. Il cittadino ha diritto a un servizio sanitario che funzioni. In troppe regioni è bassa la qualità dei servizi e scarsa l'efficienza della spesa. È necessaria una vasta azione di riforma e tutela del diritto alla salute dei cittadini: riducendo la sfera di influenza della USL; restituendo autonomia ai presidi ospedalieri; riqualificando gli ospedali come centri di alta qualificazione diagnostica, terapeutica e didattica; rilanciando la prevenzione, l'educazione sanitaria; riqualificando le diverse professionalità del servizio sanitario.

3. Le grandi malattie del secolo, le tossicodipendenze, i tumori, le malattie mentali, le malattie cardiache, l'alcolismo, il tabagismo, l'AIDS devono essere affrontate dallo Stato con il massimo sforzo di prevenzione e di cura, con lo stesso impegno con cui il Governo a guida socialista ha condotto la lotta alla droga. I socialisti propongono la riforma della legge 180 della psichiatria, un accresciuto impegno per la prevenzione e la ricerca, un piano organico e articolato di educazione sanitaria e di informazione esplicita e veritiera; interventi più efficaci di tutela dell'integrità fisica negli ambienti di vita e di lavoro; lo sviluppo di forme di collaborazione tra intervento pubblico e volontariato.

4. L'aumento dell'età media assegna agli anziani una presenza sempre maggiore nella società ma a questa situazione non corrispondono le iniziative adeguate. I socialisti propongono in primo luogo: innalzamento della qualità delle prestazioni sanitarie agli anziani. Propongono inoltre: un quadro sociale che contrasti l'emarginazione degli anziani; promuova la loro partecipazione alla vita della società in termini di cultura, informazione, tempo libero; preveda forme adeguate di partecipazione alle attività economiche. Con quest'allungamento della vita media aumenta il numero dei pensionati e si rende improrogabile la riforma previdenziale.

5. I socialisti, alla cui iniziativa va il merito dei principali provvedimenti a favore dei portatori di handicap, denunciano la situazione di disinteresse che si va diffondendo nella società verso i disabili. È necessario reagire, avviando un complesso di azioni positive nel mondo del lavoro, nella scuola e nella formazione professionale, nella libertà di movimento, nelle politiche sanitarie, nel sostegno economico ai cittadini e alle famiglie, nell'assistenza, nello sviluppo dei servizi e di attività sociali specialistiche.

7.4. PRI

Non compete al medico indire gare d'appalto, né il politico deve interessarsi di questioni che appartengono al riservato dominio del corpo amministrativo

C'è il problema di un riordino della sanità sul piano istituzionale e finanziario.

Ciò che lo Stato deve assolutamente fare (e che non fa da dieci anni) è varare il Piano sanitario nazionale.

Deve dire in modo chiaro e preciso quanti ospedali vuole, dove li vuole, come li vuole e quali risorse è disposto a destinare alla cura, alla prevenzione e alla riabilitazione. Deve di conseguenza fissare standards, vincoli, tabelle di marcia e tempi di esecuzione. Se ci sono ospedali (o anche presidi sanitari) da chiudere, questi vanno chiusi. Se il personale è esuberante in certe zone e scarso in altre, lo si dovrà spostare. Se le strutture pubbliche in alcuni punti mancano, o sono insufficienti, si potrà ricorrere a strutture private per il tempo necessario, ma senza creare condizioni di irreversibilità.

In secondo luogo occorre dare corso alle tante volte annunciate riforme delle USL, in modo da assicurare l'efficienza e la funzionalità. Scaricare tutto, responsabilità e disponibilità di risorse, sulle regioni, cioè sulle istituzioni più deboli e incapaci di assicurare una gestione forte della sanità, avrebbe una sola conseguenza: invece di un Servizio sanitario nazionale, nascerebbero tanti servizi regionali, sui quali lo Stato scaricherebbe tutte le colpe, le carenze e le responsabilità.

Il problema vero è quello dei rapporti all'interno delle istituzioni. Non compete al medico indire gare d'appalto o provvedere alla costruzione dei fabbricati o all'acquisto di beni di consumo. Ma nemmeno il politico deve interessarsi di questioni che appartengono al riservato dominio del corpo amministrativo della sanità, terza componente dell'equilibrio sanitario sempre trascurata.

Finché anche la sanità non avrà una sua burocrazia ben selezionata e responsabilizzata, avremo sempre la confusione dei ruoli e una litigiosità esasperata.

Il politico deve dare la rappresentanza soprattutto esterna al settore che gli è stato affidato, a cominciare dalla programmazione sanitaria e dal coordinamento delle iniziative assunte. Non può farsi amministratore diretto.

Ecco perché i vari comportamenti dei comitati di gestione delle USL non dovrebbero sovrintendere a settori specifici. I comitati di gestione devono operare collegialmente, e solo così.

Il punto di svolta legislativa deve essere la riduzione drastica del numero dei componenti dei comitati di gestione (un massimo di sette) e l'eliminazione dell'assemblea.

Spetta poi alle forze politiche scegliere bene secondo requisiti di competenza chi li dovrà rappresentare in quegli organismi, che non sono diversi dall'amministrazione del gas, o dell'acqua, o di qualsiasi altra azienda municipale.

Ruolo medico: la tutela necessaria, assieme a un buon contratto, per i medici. Incompatibilità: giusta, ma secondaria al ruolo

Certamente la questione medica è centrale in un sistema sanitario. In testa a tutto si colloca il problema dell'accesso alla carriera. Dopo aver forzato il diritto allo studio, non si può negarlo in determinati settori

La laurea in medicina vale quella in legge o in ingegneria. Perché lo Stato che non si occupa della sistemazione dei laureati in lettere deve preoccuparsi di quella dei laureati in medicina?

Se i posti del Servizio sanitario nazionale sono 80 000 e i laureati sono due o tre volte tanto, il problema è quello di fare selezioni serie, non di aprire le porte a tutti.

Quelli però che dopo una selezione seria entrano nel Servizio sanitario nazionale hanno diritto ad una particolare tutela (il ruolo medico) e ad un contratto adeguato.

Il contratto unico della sanità è un nonsenso: nasce dalla demagogia del medico unico che tenne a lungo banco negli anni dal 1968 al 1970.

Un errore anche peggiore è stato quello di concepirlo come uno dei tanti comparti del pubblico impiego.

Se la sanità pubblica vuole medici migliori, deve pagarli sulla base di standards medi europei. Poi può pretendere di averli in esclusiva (tempo pieno) e di non dividerli con la sanità privata.

La legge dell'incompatibilità è giusta, ma deve venire dopo il riconoscimento del ruolo medico da parte dello Stato e del lavoro a tempo pieno da parte del medico.

Diversa è la posizione del medico di base, che poi è il vecchio medico di famiglia o di fiducia.

La categoria va in qualche modo aperta, rendendo possibile una circolazione maggiore al suo interno e rompendo gli schemi propri di una corporazione chiusa.

Quanto costa tutto questo è meno di quello che si spende oggi.

Oggi la spesa è tenuta alta dalla disorganizzazione dei servizi, dalla duplicazione delle strutture, dall'accesso di personale e dall'utilizzazione delle costose attrezzature proprie degli ospedali per acuti e acutissimi, per ammalati in deposito sociale e dimenticati

Se, dati gli standards, li si facesse rispettare, spenderemmo assai meno di quanto spendiamo oggi.

In buona sostanza: la sanità ha soprattutto bisogno di essere governata.

Lasciata a se stessa, costa moltissimo e produce solo contestazioni e disperazione.

Il successo della sanità privata sta nell'aver adottato criteri di costi-benefici propri dello Stato, e che lo Stato ha abbandonato.

7.5. MSI-DN

Affidare la gestione della sanità ai tecnici sanitari e amministrativi individuati per concorsi e titoli

1 Possibilità di opzione per i cittadini tra il Servizio sanitario nazionale ed una assicurazione privata detraibile dalle imposte; con totale copertura gratuita per i minorenni, gli anziani superiori ai 65 anni, gli invalidi superiori al 50% e per coloro che abbiano un reddito individuale ai 12.000.000 annui;

2. l'affidamento della gestione della sanità ai tecnici sanitari ed amministrativi individuati per concorsi e titoli;
3. la gestione indipendente degli ospedali con l'integrazione dei servizi sul territorio;
4. la creazione effettiva degli ospedali e dei centri di igiene mentale aperti 24 ore su 24, l'intervento domiciliare;
5. la prevenzione, la riabilitazione e l'educazione sanitaria, la lotta alla droga, la lotta all'inquinamento; settori che se fossero incentivati darebbero finalmente qualificato lavoro a molti giovani laureati e diplomati;
6. la riqualificazione del ruolo professionale di medici e farmacisti, il rispetto dei ruoli di competenza e il ritorno alla dignità professionale che passi anche attraverso un adeguato riconoscimento economico;
7. l'abolizione dei tickets sulla farmaceutica ed il rimborso centralizzato regionale ai farmacisti ogni 30 giorni;
8. la certezza che le leggi nazionali siano applicate in modo uniforme su tutto il territorio nazionale;
9. adeguamento delle misure di tutela per coloro che lavorano nelle ore notturne nei centri di pronto soccorso e nelle farmacie.

7.6. PSDI

Dare attuazione all'autonomia gestionale e amministrativa degli ospedali multizonali. Si pone l'esigenza di riordinare il Ministero della Sanità

Occorre un'azione decisa per rimuovere lo sfascio del Servizio sanitario nazionale: al fallimento fino ad oggi espresso, vanno contrapposte qualificazione professionale ed efficienza, innanzitutto nell'ambito degli uffici di direzione delle USL, con l'affidamento ai tecnici dei vari compiti di natura gestionale.

Ogni USL è una grande azienda da intendersi al servizio dei cittadini per l'erogazione delle prestazioni di cui abbisognano; in quanto tale, deve essere amministrata con capacità proprie sul piano della programmazione e della gestione delle attività.

In questo quadro è necessario dare attuazione dell'autonomia gestionale ed amministrativa degli ospedali multizonali per la quale il PSDI fin dal 26 aprile 1984 ebbe a presentare alla Camera dei Deputati una sua motivata proposta di legge (1624) per sottrarli allo squallore derivante dal degrado espresso da troppe USL. È opportuna l'istituzione di forme di controllo sempre maggiormente articolate all'interno della gestione amministrativa delle USL, con pieno utilizzo delle procedure in automazione.

Si pone l'esigenza di un riordino del Ministero della Sanità - già previsto dall'articolo 59 della legge 833/78 istitutiva del Servizio sanitario nazionale e mai attuato - affinché possa finalmente assumere quel ruolo di indirizzo e coordinamento nei cui confronti è finora totalmente mancato. Occorre ridefinire il processo di riforma dell'assistenza psichiatrica per la quale il PSDI, nell'ormai lontano luglio 1982, depositò apposita proposta di legge alla Camera dei Deputati (3604), poi ripresentata nella successiva legislatura il 21.9.1983 (n. 503); ciò consentirà di realizzare la promozione e l'affiancamento di interventi sul territorio volti in concreto a creare alternative all'inadeguatezza ed inefficienza degli attuali servizi. In questa ottica è necessario realizzare iniziative tese alla salvaguardia dei diritti dei pazienti nei confronti del Servizio sanitario nazionale, per la difesa delle esigenze dell'utenza, per l'eliminazione degli abusi, per un reale processo di cambiamento che sensibilizzi il rapporto con il malato, nella più concreta attuazione del concetto di tutela della salute garantito dall'articolo 32 della Costituzione.

Si pone con urgenza l'esigenza del riconoscimento in sede legislativa del ruolo medico: il PSDI è stato la prima forza politica a presentare il 1° marzo 1986 una proposta alla Camera dei Deputati (n. 3538), stante l'opportunità di un sempre attivo coinvolgimento della classe medica nel processo di sviluppo del Servizio sanitario nazionale.

7.7. PLI

Niente partiti, ma medici e tecnici per la sanità. Il cittadino deve poter scegliere dove e come curarsi. Numerosi i provvedimenti da varare con urgenza

Liberare la sanità dalla lottizzazione dei partiti, restituirle efficienza, valorizzando il ruolo dei medici e dei tecnici, garantire al cittadino la libertà di scegliere dove e come curarsi, assicurare, comunque, ai meno abbienti un servizio pubblico gratuito ed efficiente, sono questi, in estrema sintesi, gli obiettivi di fondo che hanno ispirato la politica sanitaria del partito liberale nella legislatura prematuramente conclusasi. Purtroppo e nonostante le premesse, restano gli obiettivi dei liberali anche per la X legislatura. La IX, infatti, benché sostanzialmente mutata chiude in «rosso» i suoi conti con la sanità italiana. E il deficit «brucia» ancor di più se si tiene conto che il clima culturale e politico che ne ha contraddistinto l'avvio era ben diverso da quello che ha partorito la riforma e ne ha tessuto prematuramente le lodi.

Nel 1983, ormai, le perplessità sulla legge 833 avevano cominciato a farsi strada anche fra le stanze della politica, rimaste sorde, a dispetto dell'evidenza, al dissenso motivato espresso dall'opinione pubblica. E sono stati proprio i liberali a condizionare, dopo le elezioni del 1983 - e dopo aver tentato con Altissimo di introdurre alcuni correttivi -, la partecipazione al nascente governo all'inserimento nel programma di un impegno puntuale a «riformare la riforma».

La tenacia dei liberali era premiata: per la prima volta i partiti della coalizione accettavano l'idea che la 833 non fosse intoccabile. Purtroppo la volontà di cambiare è rimasta soltanto nei disegni di legge coerentemente disposti dal Governo: non ha mai varcato la soglia delle aule parlamentari e delle commissioni.

Intanto il monopolio dello Stato nell'assistenza sanitaria continua a produrre sprechi e abusi: la sanità è stretta nella morsa degli interessi dei grandi partiti, che si oppongono nel governo e nel parlamento alla modernizzazione del sistema sanitario.

Sono queste le ragioni che inducono i liberali a ribadire che soltanto una sostanziale liberalizzazione, attraverso la competizione fra strutture pubbliche e private, può allentare la morsa e assicurare servizi più efficienti.

Il PLI ha presentato nell'aprile del 1985 una proposta complessiva di riforma della legge 833.

Essa affronta il nodo cruciale di ridisegnare la struttura organizzativa delle unità sanitarie locali. E lo fa in gran parte condividendo le scelte del disegno di legge governativo da cui si differenzia in qualche misura prevedendo la responsabilità finanziaria dei comuni sulla gestione delle USL, una qualificazione più elevata per i presidenti delle unità sanitarie, l'istituzione, presso le USL e i presidi ospedalieri, di un consiglio sanitario cui sono attribuiti i poteri consultivi su tutte le questioni inerenti gli aspetti tecnico-sanitari delle attività delle USL e dei presidi.

E va oltre. Accresce le possibilità di scelta del cittadino fra prestazioni pubbliche e private. Allarga ed istituzionalizza la partecipazione di organismi privati, di associazioni di volontariato e di mutuo soccorso alla assistenza sanitaria. Assicura l'assistenza gratuita soltanto ai cittadini al di sotto di una determinata soglia di reddito.

Consente l'opzione per un'assistenza sanitaria indiretta, fiscalmente agevolata. Introduce principi di concorrenza fra USL ed organizzazioni private e nell'ambito delle stesse USL.

Abolisce il prontuario terapeutico, al fine di garantire al cittadino una più ampia assistenza farmaceutica.

Le scelte contenute nella proposta di legge liberale del 1985 sono riconfermate oggi, alla vigilia della X legislatura. Esse, ovviamente, non esauriscono il programma liberale per la sanità, anche se ne costituiscono l'asse portante.

I liberali chiederanno che siano al più presto varati:

- la riforma della legge 180, al fine di migliorare le condizioni di assistenza psichiatrica;
- il piano sangue;
- la legge sulla donazione degli organi e i trapianti;
- il Piano sanitario nazionale;
- la legge sull'inseminazione artificiale e la fecondazione in vitro;
- la riforma delle scuole di specializzazione;
- la riforma della legge 685 sulla tossicodipendenza.

7.8 PR

Iniziativa referendaria per abrogare i comitati di gestione delle USL

Il programma radicale si compendia nella iniziativa del referendum abrogativo concernente le USL i cui Comitati di gestione vengono definiti «organismi di sperpero e di corruzione». Questo il quesito del referendum: «Volete voi l'abrogazione dell'articolo 15, secondo comma, limitatamente alle parole: «Il comitato di gestione e il suo presidente», della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale) e successiva modificazione ed integrazione?».

Concretamente si chiede di abolire la «lottizzazione partitica» dalle USL e affidare ai tecnici e ai managers «e non a politici trombati» la loro gestione; si chiede altresì la riduzione del numero degli ospedali migliorandone la qualità e il servizio; infine un rapporto diverso tra spesa (definita «elevata») e prestazioni (definite da «Terzo mondo»).

I radicali sono, inoltre, contrari alle sanatorie. «Un gigantesco sistema di concorsi non banditi - affermano -, di chiamate che poi diventano posti in organico, di sanatorie e di abusi, sta abituando tutto a un regime di marcia corruzione. Al di fuori dei «garantiti», intanto, decine di migliaia di disoccupati sono costretti ad una squalificante avvilente pratica di attese e di servilismi».

7.9 DP

Medicina e sanità pubblica su ogni forma di speculazione che fa intendere la sanità come un grosso affare

Prevenzione

Al centro del programma di DP è stata posta la tutela della salute dei lavoratori e della popolazione a causa della nocività e inquinamento ambientale provocati dalle molteplici forme di produzione. Si ritiene importante la pubblicazione dei dati INAIL sugli infortuni e malattie professionali, tempestivamente e in relazione agli esposti, suddiviso oltre che per regione anche per USL e azienda. Continuerà l'impegno affinché all'interno di ogni USL ci sia un servizio di prevenzione, che unifichi tutte le competenze con

poteri di ispezione e di vigilanza, in grado di intervenire con precisi piani di lavoro. L'organico dovrà essere aumentato, per essere adeguato, di circa dieci volte l'attuale.

Si batterà ancora per l'eliminazione del segreto industriale, e per l'affermazione del rischio zero

Emarginazione

DP si batte da sempre contro ogni forma di emarginazione, specialmente oggi in cui si stanno ripristinando strutture ghettizzanti per anziani, handicappati e tossicodipendenti. Sono le USL che al loro interno devono fornire servizi domiciliari e territoriali atti a rispondere ai bisogni di questi utenti. DP ha già avanzato proposte per modificare la legge 482/68 sul collocamento obbligatorio dei disabili; esprimendo la volontà di andare ad effettivi inserimenti mirati a partire dai c.d. handicappati psichici

DP ha già inoltre definito un programma di intervento a proposito di AIDS: battersi contro ogni forma di emarginazione, che è quella che aumenta le possibilità di contagio e per un programma di informazione ed educazione sanitaria capillare, definito in ogni USL, con particolare riferimento ad alcune situazioni maggiormente a rischio (es. carceri). DP ha già proposto tre progetti di legge.

Riforma sanitaria

DP ritiene che i principi fondamentali su cui è basata la legge 833 del 1978 siano da salvaguardare (prevenzione, partecipazione e programmazione) DP denuncia le responsabilità dei governi, delle regioni, delle amministrazioni locali (comprese quelle gestite dalle sinistre, PCI-PSI e dalle corporazioni mediche) per il boicottaggio cui hanno sottoposto la riforma, tale da renderla agli occhi della popolazione un ulteriore grosso carrozzone, inefficiente e lottizzato DP si batte perché la popolazione, organizzata in organismi di partecipazione, possa reimpostare un Servizio territoriale socio-sanitario capace di analizzare e rilevare i bisogni e di rispondere in maniera efficace, prima che efficiente. La realizzazione dei distretti socio-sanitari diventa a tale scopo essenziale; DP si propone di difendere con forza, contro ogni attacco anche ideologico, i servizi territoriali a partire dai consultori e dalle strutture e procedure messe in atto dalla legge 194, oltre che dalle strutture e servizi territoriali per i sofferenti psichici (legge 180).

DP afferma la preminenza della medicina e sanità pubblica, sulle strutture e servizi privati, su ogni altra forma di speculazione che sta portando ad intendere per molti la sanità come un grosso affare. Ancora DP, come nella precedente legislatura, si batte per l'abolizione di qualsiasi ticket che sia stato precedentemente imposto, si oppone quindi a tutte le forme di tassazione ugualmente discriminatorie; ritiene invece indispensabile procedere alla fiscalizzazione delle spese sanitarie facendole gravare su tutta la popolazione in relazione al reddito. Infine DP, preso atto dei due contratti della sanità recentemente firmati, esprime il suo dissenso per le discriminazioni in essi contenute, per il ripristino di forme differenziate di assistenza (le camere a pagamento), per lo sviluppo conseguente della riforma sanitaria e ritiene che tale contratto peggiorerà le condizioni degli utenti, dei servizi e delle strutture. A tale proposito DP appoggerà qualsiasi aggregazione di lavoratori della sanità che dal basso, in maniera non corporativa, ponendo al centro della rivendicazione il diritto alla salute, si costituirà per rifondare un sindacato unitario che faccia effettivamente gli interessi dei lavoratori e dei cittadini.

DP non trascurerà poi, in questa campagna elettorale e nella successiva legislatura, i problemi di salute delle popolazioni in via di sviluppo, specialmente di quelle che lottano per la liberazione. DP promuove anche azioni concrete a favore della difesa della salute di alcuni popoli particolarmente colpiti dalla guerra, dalla fame, dalle malattie.

PAGINA BIANCA

SPESA SANITARIA NEI PAESI ADERENTI ALL'OCSE

Pur in presenza di molteplici forme organizzative e gestionali, la realtà dell'assistenza sanitaria nei Paesi industrializzati, almeno per quanto concerne l'impatto socio-economico del settore nell'economia, non presenta sostanziali disomogeneità tra uno Stato e l'altro.

Nello stesso tempo, anche sul fronte delle analisi di sviluppo e dell'esame delle problematiche emergenti nel settore, è interessante rilevare come dagli Stati Uniti alla Gran Bretagna, passando per la Francia ed il Canada, si ponga, al centro del dibattito socio-politico sulle prospettive dei sistemi di tutela della salute pubblica, la duplice questione istituzionale-finanziaria, che in altri termini lascia trasparire l'interrogativo: chi deve pagare e quanto è giusto spendere per assicurare un'adeguata protezione sanitaria alla popolazione?

È quanto si può dedurre dall'analisi dei dati più recenti pubblicati dall'OCSE sulla spesa sanitaria e sui sistemi sanitari vigenti nei 24 Paesi aderenti all'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo economico che raccoglie i Paesi industrializzati dell'area capitalistica.

Mediamente, ogni cittadino di questa area politico-finanziaria che si estende in tutti i continenti, spende per la sanità circa 1.000 dollari americani l'anno, di cui il 20% in forma diretta ed il restante 80% attraverso finanziamenti pubblici.

Il totale delle spese per l'assistenza sanitaria è pari, sempre mediamente, al 15% della spesa pubblica complessiva ed al 25% della spesa sociale.

Nel 1984, le spese per l'assistenza sanitaria pubblica si attestano su un valore medio del 5,6% del PNL, mentre le spese complessive nel settore sanitario risultano pari a valori medi del 7,2% del PNL (i valori concernenti l'Italia risultano rispettivamente pari al 6,1% ed al 7,2%).

In Italia, solo il 2,6% dell'intera forza lavoro è destinata al settore della sanità, mentre in altri Paesi questa percentuale sale, mediamente, al 7,4%, con punte massime che toccano il 10,3% nel caso della Norvegia.

Le spese pubbliche, come percentuale delle spese totali, sono aumentate passando da un valore medio, nel 1960, del 61% all'8% del 1984; tale trend ascensionale non appare comunque un dato universalmente riscontrabile, come risulta dall'esperienza italiana (valore nel 1965: 87,8%; valore nel 1984: 84,1%).

Esistono anche rilevanti differenze nei livelli assoluti di spesa tra Paese e Paese: nel 1984, la spesa pro-capite sanitaria totale raggiunge un valore medio di 917 dollari americani (in Italia il valore risulta pari a 725 dollari americani) con punte massime superiori ai 1.200 dollari nell'area nordamericana (USA 1.630 dollari; Canada 1.275 dollari) e minime, inferiori a 500 dollari, in alcuni Stati dell'Europa meridionale (Spagna 476 dollari; Grecia 287 dollari; Portogallo 25 dollari).

Statisticamente rimarchevole appare la relazione diretta esistente tra spese sanitarie pro-capite e PNL pro-capite per i 24 Paesi dell'OCSE, per cui è evidenziabile, alla luce dei dati del 1984, un «upward trend», cioè i Paesi con il più alto PNL pro-capite hanno spese sanitarie pro-capite maggiori.

Il problema della crescita delle spese sanitarie, le cui cause sono rinvenibili in più fattori (cambiamenti demografici, inflazione economica generale e specifica dei vari prezzi sanitari, aumento nell'utilizzazione e nell'intensità dei servizi) pone al centro di qualsiasi politica sanitaria l'obiettivo del contenimento dei costi: costi diretti, vale a dire il valore dell'assistenza specificatamente sanitaria e non necessaria per prevenire, diagnosticare, trattare la malattia, ripristinare lo stato di salute, e costi indiretti, cioè la stima di produttività perduta e dell'incremento di spese sopportate.

La spesa sanitaria pubblica può essere suddivisa in quattro componenti; in ordine di grandezza, il settore ospedaliero (54,2% valore medio OCSE, 55,2% valore italiano), la componente ambulatoriale (21,3% valore medio OCSE; 27,8% valore italiano), i prodotti farmaceutici (9,9% valore medio OCSE; 13% valore italiano) e le altre spese sanitarie (16,5% valore medio OCSE; 4,6% valore italiano), componente quest'ultima che include le apparecchiature sanitarie, le spese della ricerca biomedica e, in via residuale, le spese attribuibili ad errori nella classificazione o a differenze nella definizione dei servizi.

Potenziati, significativi risparmi potrebbero essere ottenuti attraverso la riduzione della durata media del ricovero ospedaliero (18 giorni); tale trend appare confermato dai dati concernenti l'Italia: la durata media del ricovero nel 1960 era di 27,9 giorni, per giungere ad un valore notevolmente inferiore alla media OCSE nel 1984 (12 giorni); i dati disponibili indicano chiaramente la rilevante riduzione nel range e nelle variabilità della distribuzione: ricoveri più brevi possono essere associati ad una maggiore intensità dei servizi per giorno.

La spesa nel settore ambulatoriale è una determinante cruciale dell'intera spesa sanitaria, dato il ruolo dei medici di «central decision maker/gate Keeper» e la potenziale sostituibilità dei più costosi servizi ospedalieri con i meno onerosi servizi ambulatoriali.

Per quanto concerne la spesa pro-capite in prodotti farmaceutici essa si attesta, nei primi anni '80, su un valore medio pari a 99 dollari americani (valore italiano 110,1 dollari): l'Italia, insieme alla Francia, risulta uno dei Paesi con il più alto consumo in termini di prescrizioni (rispettivamente 21,6 e 28,9).

Per quanto riguarda i contributi da parte degli utenti delle prestazioni sanitarie, si è creato un sistema di livelli individuali di contribuzione, sia implicitamente (criterio della progressività applicato all'imposizione fiscale) che esplicitamente (distribuzione dei costi addizionali della popolazione pensionata tra tutti i cittadini, procedimento noto come «cost sharing model»).

La copertura pubblica garantita è quasi universale risultando pari al 95,3%: tale cifra indica gli aventi diritto ad una tutela da parte dello Stato contro il rischio del ricovero ospedaliero, tutela che si esplica nella fruizione gratuita delle prestazioni mediche, sia per i degenti ospedalieri che per i pazienti in cura ma non ricoverati. Virtualmente poi ogni nazione adotta il metodo del cost sharing sui prodotti farmaceutici (ticket).

Tavola 1 - Rilevanza del settore sanitario - Spese totali finali (pubbliche e private) derivanti dal consumo (valori in percentuale).

	Sanità pubblica Prod Naz Lordo	Totale spese sanit./P.N.L.	Consumo sanit	Occupaz sanit occupaz totale
Australia	6,6	7,8	9,1	6,9 - 83
Austria	4,4	7,2	9,5 (83)	5,4 - 82
Belgium	5,7	6,2	-	4,5 - 81
Canada	6,2	8,4	-	4,8 - 81
Denmark	5,3	6,3	7,8 (81)	4,8 - 80
Finland	5,4	6,6	7,8	5,9 - 82
France	6,5	9,1	11,0	4,4 - 83
Germany	6,4	8,1	10,0	2,2 - 80
Greece	3,6	4,6	5,3	2,1 - 81
Iceland	6,5	7,9	8,3 (80)	-
Ireland	6,9	8,0	9,8 (83)(***)	5,2 - 83
Italy	6,1	7,2	8,5 (82)	2,6 - 83
Japan	4,8	6,6	9,2	2,9 - 81
Luxembourg	-	6,4 (82)	-	-
Netherlands	6,8	8,6	-	7,2 - 84
New Zealand	4,4	5,6	-	5,7 - 80
Norway	5,6	6,3	9,6	10,3(*) - 84
Portugal.	3,9	5,5	-	2,5 - 82
Spain	4,2	5,8	-	3,3 - 83
Sweden	8,6	9,4	10,7 (83)	7,8 - 83
Switzerland	-	7,8 (82)	10,7 (***)	5,6 - 82
Turkey	-	-	-	-
United Kingdom	5,3	5,9	6,8 (***)	5,3 - 83
United States	4,4	10,7	11,6 (83)	5,3 - 83
Media	5,6	7,2	9,1	4,7(**)

(*) include impiegati a tempo pieno e parziale di cui un notevole numero impiegato nei servizi sociali

(**) Esclusa la Norvegia. la media OECD è uguale al 5% se si include la Norvegia

(***) I dati si basano sui "conti nazionali OECD" integrati da altre fonti nazionali

Fonte. elaborazione ISIS su dati Measuring Health Care 1960-1983, OECD, Paris, 1985 I dati per il 1984 sono stime basate sulla stessa fonte, documenti e metodi National Accounts, Vol I-II, OECD, Paris, 1986

Tavola 2 - Spese sanitarie pubbliche e complessive (1960-1984) (percentuale).

	1960		1965		1970		1975		1980		1982		1984	
	PH/TH	TH/GDP	PH/TH	TH/GDP	PH/TH	TH/GDP	PH/TH	TH/GDP	PH/TH	TH/GDP	PH/TH	TH/GDP	PH/TH	TH/GDP
Australia	47,6	5,2	54,0	5,3	55,8	5,7	73,8	7,6	62,5	7,4	62,1	7,5	84,5	7,8
Austria	65,3	4,4	64,7	4,7	59,1	5,3	60,8	6,4	62,3	7,0	61,1	7,3	60,9	7,2
Belgium	61,6	3,4	75,3	3,9	87,0	4,0	80,9	5,4	87,4	6,1	92,3	6,1	91,6	6,2
Canada	43,1	5,5	50,3	6,1	70,2	7,2	76,6	7,4	74,4	7,3	74,2	8,2	74,4	8,4
Denmark	88,7	3,6	85,9	4,8	86,3	6,1	91,9	6,5	85,2	6,8	85,6	6,9	83,4	6,3
Finland	54,5	4,1	64,3	4,8	72,1	5,6	78,6	6,1	78,2	6,3	79,7	6,6	78,8	6,6
France	57,8	4,3	68,1	5,3	71,7	6,1	72,2	7,6	72,0	8,5	71,1	9,3	71,2	9,1
Germany	67,5	4,7	70,9	5,1	74,2	5,5	80,2	7,8	79,3	7,9	78,7	8,1	78,2	8,1
Greece	57,9	2,9	71,1	3,1	53,9	4,0	61,6	4,0	83,9	4,2	84,4	4,4	79,3	4,6
Iceland	40,0	5,7	46,2	5,9	47,4	8,5	58,4	11,0	82,6	6,9	82,9	7,7	82,7	7,9
Ireland	76,0	4,0	76,2	4,4	77,8	5,6	82,5	7,7	93,5	8,5	93,6	8,1	86,9	8,0
Italy	83,1	3,9	87,8	4,6	86,4	5,5	86,1	6,7	87,8	6,8	84,6	7,2	84,1	7,2
Japan	60,4	3,0	61,4	4,3	69,8	4,4	72,0	5,5	70,8	6,4	70,3	6,8	72,1	6,6
Luxembourg	—	—	—	—	—	4,8	94,8	5,9	—	6,7	—	6,4	—	—
Netherlands	33,3	3,9	68,7	4,4	84,3	6,0	76,5	7,7	78,6	8,2	80,2	8,6	78,3	8,6
New Zealand	—	—	—	—	—	—	82,6	5,2	83,5	5,7	87,6	5,7	78,4	5,6
Norway	77,8	3,3	80,9	3,9	91,6	5,0	96,2	6,7	98,4	6,8	97,7	6,8	88,8	6,3
Portugal	—	—	—	—	—	—	58,9	6,4	68,9	5,9	71,1	5,7	71,1	5,5
Spain	—	—	52,6	2,7	54,7	4,1	70,4	5,1	73,5	5,9	72,4	6,3	72,3	5,8
Sweden	72,6	4,7	79,5	5,6	86,0	7,2	90,2	8,0	92,0	9,5	91,8	9,7	91,4	9,4
Switzerland	—	—	60,8	3,8	—	5,2	66,5	7,1	65,4	7,2	—	7,8	—	—
United Kingdom	85,2	3,9	85,8	4,1	87,0	4,5	90,3	5,6	90,4	5,6	90,2	5,7	88,9	5,9
United States	24,7	5,3	26,2	6,1	37,0	7,6	42,5	8,6	42,5	9,5	42,1	10,5	41,4	10,7
Media (*)	61,0	4,2	67,6	4,8	72,1	5,8	76,2	7,0	79,0	7,2	79,0	7,5	78,7	7,5
Mass/min (*)	3,6	2,0	3,4	2,0	2,5	1,9	2,3	2,8	2,3	2,3	2,3	2,4	2,2	2,3
Dev standard*	18,2	0,8	15,8	0,8	15,8	1,2	13,6	1,5	13,6	1,3	13,9	1,5	12,2	1,5
Media 7 Paesi magg	60,3	4,4	64,4	5,1	70,9	5,8	74,3	7,0	73,9	7,4	73,0	8,0	72,9	8,0

Note: PH: spese sanitarie pubbliche, TH: spese sanitarie totali, GDP: prodotto nazionale lordo
 (*) Esclusi: Lussemburgo, Nuova Zelanda, Portogallo, Spagna e Svizzera. I dati per il 1984 sono stime preliminari

Fonte: elaborazione ISIS su dati Measuring Health Care 1960-1983, OECD, Paris, 1985

Tavola 3 - Spese sanitarie pro capite e prodotto nazionale lordo 1970-1984 (in dollari e con il sistema GDP PPPs - metodo della parità del potere d'acquisto sulla base del prodotto nazionale lordo) - Prezzi correnti.

	1970		1984		Tasso annuale ponderato di cresc	
	Spesa san tot p c \$	GDP pro cap \$	Spesa san tot p c \$	GDP pro cap \$	Spesa san tot p c	GDP pro cap
Australia	232	4 040	994	12 679	11,0	8,5
Austria	163	3 056	818	11 345	12,2	9,8
Belgium	147	3 652	777	12 439	12,6	9,1
Canada	322	4 452	1 275	15 198	10,3	9,2
Denmark	252	4 147	841	13 310	9,0	8,7
Finland	183	3 280	806	12 217	11,2	9,8
France	223	3 685	1 145	12 643	12,4	9,2
Germany	220	3 993	1 079	13 265	12,0	9,0
Greece	70	1 756	287	6 300	10,6	9,6
Iceland	288	3 382	1 045	13 238	9,6	10,2
Ireland	122	2 196	622	7 795	12,3	9,5
Italy	171	3 093	725	10 093	10,9	8,8
Japan	141	3 189	818	12 419	13,4	10,2
Netherlands	232	3 881	1 011	11 710	11,1	8,2
New Zealand	—	—	595	10 601	—	—
Norway	191	3 083	965	15 367	12,3	12,2
Portugal	—	—	275	5 021	—	—
Spain	102	2 473	476	8 279	11,6	9,0
Sweden	359	4 976	1 445	15 434	10,5	8,4
United Kingdom	161	3 563	658	11 068	10,6	8,4
United States	366	4 826	1 637	15 357	11,3	8,6
Media	213	3 706	917-(871) (*)	12 113-(11 703)	11,0(**)	8,8(**)
Mass/min	5,2	2,8	5,7-(6,0)	2,4-(3,1)	—	—
Deviaz standard	80,2	931	326-(343)	2 577-(2 904)	—	—

(*) La media ottenibile dividendo le spese sanitarie totali di tutte le nazioni, per la popolazione totale, supera 1 050 dollari
(**) Tassi annuali ponderati della crescita della media OECD della spesa sanitaria pro-capite e prodotto nazionale lordo

Fonte elaborazione ISIS su dati Measuring Health Care 1960-1983, OECD, Paris, 1985. Le spese sanitarie per il 1984 sono stime basate sulle stesse fonti, documenti e metodologie usate in Measuring Health Care, Purchasing power parities and population statistics are from National Accounts, Main Aggregates, Vol I, OECD, Paris, 1986

Tavola 4 - Composizione della spesa sanitaria pubblica (1970 e 1980s)

	Institutional			Ambulatory		
	1970	1980s	1970-80s	1970	1980s	1970-80s
Australia . .	35,9	47,6 (83)	2,5	19,1	18,1 (83)	- 0,4
Austria	21,8	25,3 (83)	1,2	25,2	20,3 (84)	- 1,4
Belgium	17,2	21,0 (81)	2,0	39,2	37,7 (81)	- 0,3
Canada	66,8	59,3 (84)	- 0,8	19,0	21,2 (81)	1,1
Denmark	64,7	73,9 (84)	1,0	26,3	22,0 (84)	- 1,2
Finland	63,5	55,2 (83)	- 1,0	17,0	28,1 (83)	5,0
France .	45,9	59,5 (84)	2,1	26,3	22,9 (81)	- 1,2
Germany	41,6	43,0 (83)	0,3	32,2	25,5 (83)	- 1,6
Greece	40,1	49,5 (82)	2,0	17,3	13,4 (82)	- 1,9
Ireland	—	73,4 (83)	—	—	11,5 (82)	—
Italy	51,7	55,3 (84)	0,5	32,2	27,8 (83)	- 1,1
Luxembourg	—	32,5 (82)	—	—	21,5 (82)	—
Netherlands	56,1	69,3 (84)	1,7	5,0	22,2 (81)	31,3
New Zealand	68,8	69,2 (80)	0,1	9,9	6,1 (83)	- 3,0
Norway	74,4	69,9 (81)	- 0,5	17,8 (74)	15,3 (81)	- 2,0
Portugal	46,6	46,3 (83)	—	26,5	20,7 (83)	- 1,7
Spain	—	42,5 (81)	—	16,8 (72)	16,7 (80)	- 0,1
Sweden	69,5	72,6 (83)	0,3	6,9	10,2 (83)	3,7
Switzerland	—	55,2 (80)	—	—	—	—
Turkey	34,7	49,5 (84)	3,9	—	60,2 (81)	—
United Kingdom	56,3	59,7 (79)	0,7	13,8	11,2 (82)	- 1,6
Unite States	61,0	62,4 (84)	0,2	12,4	15,1 (84)	1,6
Media	50,9	54,2	0,9	20,2	21,3	1,4
Minimo/massimo	57,2	52,9	4,9	34,2	54,1	34,3
Deviaz standard	16,6	15,1	1,3	9,2	11,4	7,7

	Pharmaceutical				Altri			
	1970	1980s	1970-80s	1970	1980s	1970-80s		
Australia	16,9 (73)	6,2 (83)	-6,3	—	28,1 (83)	—		
Austria	15,4	9,9 (84)	-2,6	37,6	44,7 (83)	1,5		
Belgium	18,9	11,8 (81)	-3,4	24,7	29,5 (81)	1,8		
Canada	0,3	2,7 (81)	72,7	13,9	11,5 (81)	-1,6		
Denmark	4,6	4,8 (83)	0,3	—	—	—		
Finland	6,0	5,9 (84)	0,1	13,5	10,7 (83)	-1,6		
France	20,8	13,1 (84)	-2,6	—	7,9 (81)	—		
Germany	18,2	19,2 (83)	0,4	8,0	12,3 (83)	4,1		
Greece	19,1	14,8 (82)	-1,9	23,5	22,3 (82)	-0,4		
Ireland	2,7 (72)	7,0 (82)	15,9	—	9,7 (82)	—		
Italy	16,0	13,0 (84)	-1,3	0,1	4,6 (83)	—		
Netherlands	6,6	7,2 (84)	0,6	32,3	3,7 (81)	-8,0		
New Zealand	13,5	12,3 (84)	-0,6	7,8	12,3 (80)	5,8		
Norway	7,9 (74)	7,2 (81)	-1,3	—	7,6 (81)	—		
Portugal	15,6	20,3 (83)	2,3	11,3	12,7 (83)	1,0		
Spain	36,8 (72)	15,8 (83)	-5,2	—	25,7 (80)	—		
Sweden	4,8	4,9 (83)	0,2	18,8	12,3 (83)	-2,7		
Turkey	—	10,8 (83)	—	—	—	—		
United Kingdom	9,9	10,3 (82)	0,3	20,0	20,0 (79)	—		
United States	1,7	1,5 (84)	-0,8	24,9	21,0 (84)	-1,1		
Media	12,4	9,9	3,5	18,2	16,5	-0,1		
Minimo/massimo	36,5	18,8	79,0	37,5	41,0	13,8		
Deviaz standard	8,9	5,2	17,3	10,5	10,5	3,5		

Fonte: elaborazioni ISTAT sui dati "Measuring Health Care 1960-1980" OECD, Paris 1985. Tabella A.2. A.1. A.2. A.3. A.4. A.5. A.6. A.7. A.8. A.9. I dati per il 1984 sono ancora basati sulla stesura.

	Tasso annuale % di cambiamento					
	1960	1970	1980s	1960-70	1970-80s	1980-80s
Australia	9,0 (62)	9,9	11,0 (81)	1,3	1,0	1,2
Austria	10,3	10,5	10,8 (83)	0,2	0,2	0,2
Belgium	6,0	8,3	9,5 (82)	3,8	1,2	2,7
Canada	6,2	7,0	6,9 (82)	1,3	-0,1	0,5
Denmark	8,1 (61)	8,1	7,4 (83)	0	-0,7	-0,4
Finland	11,5	15,1	15,5 (82)	3,1	0,2	1,6
France	9,6 (62)	10,4 (72)	11,6 (83)	0,8	1,0	1,0
Germany	10,5	11,3	11,1 (82)	0,8	-0,1	0,3
Greece	5,8	6,2	6,2 (81)	0,7	0	0,3
Iceland	9,8	9,5	11,1 (82)	-0,3	1,4	0,6
Ireland	—	12,6	9,7 (80)	—	-2,3	—
Italy	7,5	8,8	7,7 (83)	1,7	-1,0	0,1
Japan	7,4	10,2	12,1 (83)	3,8	1,4	2,8
Luxembourg	11,9	12,6	13,0 (83)	0,6	0,2	0,4
Netherlands	11,0	11,4	12,0 (83)	0,4	0,4	0,4
New Zealand	12,7	10,8	9,9 (83)	-1,5	-0,6	-1,0
Norway	9,3 (63)	8,3	6,5 (83)	-1,5	-1,7	-1,5
Portugal	5,3	6,0	5,1 (82)	1,3	-1,3	-0,2
Spain	4,3 (62)	4,7	5,4 (81)	1,2	1,4	1,3
Sweden	13,7	14,9	14,0 (83)	0,9	-0,5	0,1
Switzerland	12,6	11,2	11,5 (82)	-1,1	0,2	-0,4
Turkey	1,7	2,0	2,1 (82)	1,8	0,4	1,1
United Kingdom	10,3 (61)	9,4	8,1 (81)	-1,0	-1,3	-1,1
United States	9,2	7,9	5,9 (81)	-1,4	-2,3	-1,7
Media	8,9	9,5	9,3	0,7	-0,1	0,4
Campo di variazione	12,0	13,1	13,4	5,3	3,7	4,5
Standard deviation	3,0	3,0	3,2	1,5	1,1	1,1

Note: I dati per l'Irlanda inclusi nella tabella comprendono gli ospedali a "lungo termine" (cronici).

Fonte: elaborazione ISIS sui dati Measuring Health Care 1960-83 OECD Paris 1985 Table D.4

	Tasso annuale % di cambiamento					
	1960	1970	1980's	1960-70	1970-80's	1960-80's
Australia	71,5 (63)	74,5	79,5 (81)	0,6	0,6	0,6
Austria	92,9	91,2	86,6 (83)	-0,2	-0,4	-0,3
Belgium	68,5 (65)	75,6	81,6 (81)	2,1	0,7	1,2
Canada	79,7	78,6	83,3 (82)	-0,1	0,5	0,2
Denmark	88,2 (61)	87,7	78,6 (82)	-0,1	-0,9	-0,5
Finland	99,5	91,0	84,7 (82)	-0,9	-0,6	-0,7
France	91,2 (62)	88,2	73,2 (83)	-0,4	-1,3	-0,9
Germany	94,0	87,7	84,1 (82)	-0,7	-0,3	-0,5
Greece	61,4	70,7	71,2 (81)	1,5	0,1	0,8
Iceland	94,8	100,0	97,0 (81)	1,0	-0,6	0,1
Ireland	—	—	80,1 (82)	—	—	—
Italy	80,6	81,1	78,1 (83)	0,1	-0,3	-0,1
Japan	78,1	80,3	83,8 (83)	0,3	0,3	0,3
Luxembourg	78,4	78,1	78,4 (83)	-0,03	0,03	0,0
Netherlands	92,3 (68)	91,5	91,5 (83)	-0,4	0,0	-0,1
New Zealand	77,3	76,4	74,8 (83)	-0,1	-0,2	-0,1
Norway	91,2 (63)	92,9	77,5 (81)	0,3	-1,5	-0,8
Portugal	—	—	74,5 (81)	—	—	—
Spain	—	76,4	66,0 (81)	—	-1,2	—
Sweden	86,0	82,7	94,0 (83)	-0,4	1,0	0,4
Switzerland	84,7	83,6	73,7 (82)	-0,1	-0,1	-0,6
United Kingdom	90,1	84,1	81,4 (81)	-0,7	-0,3	-0,4
United States	83,6	80,0	78,6 (81)	-0,4	-0,2	-0,3
Media	84,2	83,4	80,5	0,07	-0,2	-0,1
Campo di variaz.	38,1	29,3	31,0	3,0	2,5	2,1
Standard deviation	9,8	7,4	7,2	0,7	0,7	0,6

Note Calcolato sulla base dei dati delle tabelle 27 e 28 Tasso di occupazione ospedaliera = giorni pro capite x popolaz / 365 x letti ospedalieri

Tavola 7 - Durata media della degenza.

	Saggi annuali % di cambiamento					
	1960	1970	1980s	1960-70	1970-80s	1960-80s
Australia	9,8 (67)	8,9	7,4 (80)	-3,1	-1,7	-1,9
Austria	24,8	22,2	16,3 (83)	-1,0	-2,0	-1,5
Belgium	14,4 (65)	15,6	13,5 (81)	1,7	-1,2	-0,4
Canada	11,1	11,5	13,3 (82)	0,4	1,3	0,9
Denmark	22,2 (63)	18,1	11,9 (82)	-2,6	-2,9	-2,4
Finland	31,7	27,3	22,2 (82)	-1,4	-1,6	-1,4
France	22,8 (61)	18,3	14,1 (83)	-2,2	-1,8	-1,7
Germany	28,7	24,9	18,7(82)	-1,3	-2,1	-1,6
Greece	18,8 (61)	15,0	13,0 (82)	-2,2	-1,1	-1,5
Iceland	30,0 (63)	28,8	18,0 (82)	-0,6	-3,1	-2,1
Ireland	—	13,3	9,0 (82)	—	-2,7	—
Italy	27,9	18,8	12,0 (83)	-3,3	-2,8	-2,5
Japan	57,3	55,3	55,1 (83)	-0,3	-0,02	-0,2
Luxembourg	29,0	27,0	21,0 (83)	-0,7	-1,7	-1,2
Netherlands	39,4 (68)	38,2	34,1 (83)	-1,5	-0,9	-1,0
New Zealand	18,9	15,4 (71)	12,4 (83)	-1,7	-1,6	-1,5
Norway	26,3 (63)	21,0	13,0 (81)	-2,9	-3,5	-2,8
Portugal	19,5	18,4	14,4 (81)	-0,6	-2,0	-1,2
Spain	—	18,0 (72)	14,6 (81)	14,6	—	-2,1
Sweden	31,8	27,2	22,7 (83)	-1,4	-1,3	-1,2
Switzerland	31,7	26,0	25,4 (82)	-1,8	-0,2	-0,9
United Kingdom	35,9	25,7	18,6 (81)	-2,8	-2,5	-2,3
United States	20,5	14,9	9,9 (81)	-2,7	3,1	-2,5
Media	26,3	22,2	17,9	-1,5	-1,5	-1,5
Campo di variaz.	47,5	46,4	47,7	5,0	6,6	3,7
Standard deviation	10,5	9,9	10,1	1,2	1,5	0,9

Fonte: elaborazione ISIS su dati Measuring Health Care 1960-1983, OECD, Paris, Table D.1 (B).

Tavola 8 - Medici per 1 000 persone

	Percentuale annuale crescita					
	1960	1970	1980s	1960-70	1970-80s	1960-80s
Australia	1,1 (61)	1,3 (71)	1,9 (81)	1,8	4,6	3,6
Austria	1,4	1,4	1,7 (83)	0	1,6	0,9
Belgium	1,2	1,6	2,6 (81)	3,3	5,7	5,6
Canada	1,2 (61)	1,5	1,9 (82)	2,8	2,2	2,8
Denmark	1,3 (62)	1,5	2,4 (82)	1,9	5,0	4,2
Finland	0,6	1,0	2,2 (83)	6,7	9,2	11,6
France	1,0	1,3	2,2 (83)	3,0	5,3	5,2
Germany	1,4	1,6	2,4 (82)	1,4	4,2	3,2
Greece	1,3	1,6	2,5 (81)	2,3	5,1	4,4
Iceland	1,2	1,4	2,2 (81)	1,7	5,2	4,0
Ireland	1,0 (61)	1,2 (71)	1,2 (75)	2,0	0	1,4
Italy	0,5	0,7	1,3 (83)	4,0	13,8	7,0
Japan	1,0	1,1	1,4 (82)	1,0	2,3	1,8
Luxembourg	1,0	1,1	1,7 (83)	1,0	4,2	3,0
Netherlands	1,1	1,2	2,1 (83)	0,9	5,8	4,0
New Zealand	1,1	1,1 (71)	1,7 (83)	0	4,5	2,4
Norway	1,2	1,4	2,0 (81)	1,7	3,9	3,2
Portugal	0,8	0,9	2,1 (81)	1,3	2,0	7,7
Spain	1,2	1,3	2,6 (81)	0,8	9,1	5,6
Sweden	1,0	1,3	2,4 (83)	3,0	6,5	6,0
Switzerland (*)	1,0	1,1	1,6 (81)	1,0	4,1	2,8
Turkey	0,3	0,4	0,6 (81)	3,3	4,5	4,8
United Kingdom	—	1,0 (71)	1,3 (81)	—	3,0	—
United States	1,4	1,6	1,9 (81)	1,4	1,7	1,7
Media (**)	1,1	1,2	1,9	2,0	4,8	4,2
Massimo/minimo (**)	1,1	1,2	2,0	6,7	13,8	10,7
Standard deviation (**)	0,3	0,3	0,5	1,5	2,9	2,4

(*) I dati non includono i medici salariati a tempo pieno, che lavorano negli ospedali se sono inclusi, il rapporto è pari a 1,4 per il 1970 e 2,5 per il 1981
 (**) Escluso il Regno Unito (See Health Service Consultants, Eurocare, Blaise, 1984)

Fonte elaborazione ISIS su dati Measuring Health Care 1960-1983, OECD, Paris, 1985, Tables D.6 and H.1

Tavola 9 - Reddito della classe medica.

	Relativo al reddito medio degli impiegati		Ammontare assoluto	
	1970	1981	1970	1981
Australia	4,3	2,5	25 600	41.500
Belgium	—	1,8	—	35 500
Canada	5,1	4,1	37 800	72 700
Denmark	—	2,8 (80)	—	38.400 (80)
Finland	3,7	1,8	16 200	24.200
France	4,8	3,3 (79)	26 600	46.800 (79)
Germany	6,4 (71)	4,9 (80)	40.800 (71)	76 300 (80)
Ireland	1,5	1,2	14.200	18 200
Italy	1,4	1,1	8.600	19.600
Japan	—	4,7	—	68 200
New Zealand	—	2,5	21.400	33 300
Norway	2,4 (71)	1,7	16 800 (71)	28 500
Sweden	3,7	2,1	25 500	35 300
Switzerland	—	—	34 500	84 200
United Kingdom	—	2,4	—	32 300
United States	5,4	5,1	41 800	93.000
Media	3,5	2,8	25.800	46 800
Massimo/minimo	3,9	4,6	4,9	5,1
Standard deviation	1,7,	1,3	11 000	24.100

Fonte elaborazione ISIS su dati Measuring Health Care 1960–1983, OECD, Paris, 1985, Tables B.6 D. and H.5.
I dati per il Giappone sono stime rivedute ad opera del Segretariato basati su coefficienti differenziali ponderati per medici salariati e medici proprietari di cliniche e ospedali

Tavola 10 - Spese farmaceutiche pro capite e consumo.

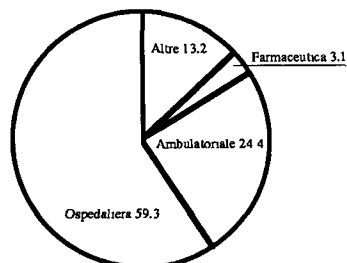
	1970		1980s		Cambiamento annuo %	
	Spese pro capite (US\$, GDP PPPs)	Numero di prescriz pro capite	Spese pro capite (US\$, GDP PPPs)	Numero di prescriz pro capite	Spese pro capite (US\$, GDP PPPs)	Numero di prescriz pro capite
Australia	49,2 (75)	7,2 (75)	78,7 (82)	7,5 (81)	8,6	0,7
Austria	10,9	16,3	46,0 (84)	14,9 (81)	23,0	-0,8
Belgium	53,7	—	127,8 (82)	9,9 (82)	11,5	—
Canada	36,0	—	101,6 (82)	—	15,2	—
Denmark	12,9	—	42,4 (83)	6,3 (83)	17,6	—
Finland	26,2	4,0	79,2 (83)	4,9 (82)	15,6	1,9
France	56,5	17,4	188,1 (84)	28,9 (81)	16,6	6,0
Germany	46,2	—	194,1 (84)	—	26,7	—
Greece	29,9	5,8	73,7 (82)	7,4 (82)	12,2	2,3
Iceland	—	—	—	4,8 (79)	—	—
Ireland	27,1	—	67,4 (81)	11,9 (81)	13,5	—
Italy	26,5	10,9	110,1 (83)	21,5 (77)	24,3	13,9
Japan	—	—	—	—	—	—
Luxembourg	45,7	11,3	138,5 (84)	12,4 (78)	14,5	1,2
Netherlands	17,5	9,1	104,3 (84)	—	35,4	—
New Zealand	—	6,8	—	8,5 (83)	—	1,9
Norway	14,9	—	50,1 (84)	5,6 (77)	16,9	—
Portugal	—	14,8	61,7 (81)	15,5 (81)	—	—
Spain	—	9,2	75,7 (80)	11,9 (83)	—	—
Sweden	42,7 (73)	—	104,2 (83)	4,6 (83)	14,4	—
Switzerland	53,6	—	134,8 — 82	—	12,6	—
Turkey	—	—	—	—	—	—
United Kingdom	—	5,5	—	6,8 (82)	—	—
United States	39,0	—	109,0 (84)	4,3 (77)	12,8	—
Media	34,6	9,9	99,3	10,4	17,1	3,4
Campo di variaz.	45,6	13,4	151,7	24,6	26,8	14,3
Standard deviation	15,2	4,4	43,3	6,5	6,7	4,7

Fonte: elaborazione ISIS su dati Measuring Health Care 1960-83, OECD, Paris, 1985, Tables A.7 and D.3. I dati per il 1984 sono proiezioni curate dalla Segreteria OECD, National Accounts, Main Aggregates, Vol. 1, OECD, Paris, 1986.

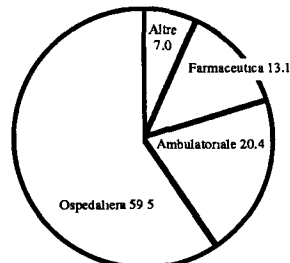
PAGINA BIANCA

Figura 1 Composizione della spesa sanitaria nei 6 maggiori paesi OCSE (escluso il Giappone)

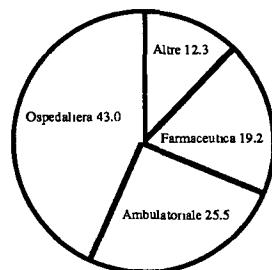
CANADA



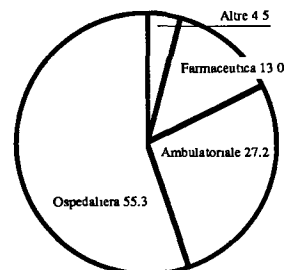
FRANCIA



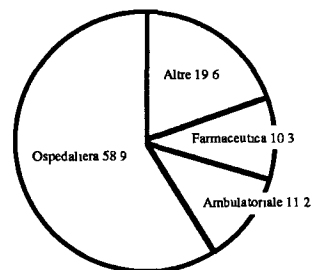
GERMANIA



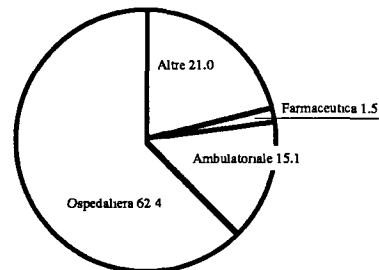
ITALIA



REGNO UNITO



STATI UNITI



Note: le distribuzioni percentuali sono state aggiustate tutte rispetto all'anno più recente, supponendo invariata, al variare del tempo, la proporzione tra le diverse componenti della spesa sanitaria.

Fonti: Elaborazioni ISIS su dati "Measuring health care 1960-1983", OECD, Paris, 1985. I dati per il 1984 sono stime basate sulla stessa fonte, documenti e metodi. "National Accounts", Vol. I-II; OECD, Paris, 1986

PAGINA BIANCA

LA BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

A) *DIRITTO SANITARIO E OSPEDALIERO*

Editore Giuffrè

Medici e biologi nella giurisprudenza

Protetti E. - Protetti Bille C.

(Collana: Raccolta sistematica di giurisprudenza commentata, 7) - 1987 - 8°, p. XXI-853.

Sicurezza del lavoro nell'industria

Cazzuola U. - Garri F.

1987 - 16°, p. CII-2004, ril.

Editore Nuova Italia Scientifica (NIS)

Lo stato giuridico del personale delle Unità Sanitarie Locali

Vito Bellini, Rodolfo Caligiuri

Servizio Sanitario Nazionale

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 aggiornata e coordinata

(a cura di Carmelo Sicchera)

3ª Edizione 1987

B) *SERVIZI SANITARI*

Editore NIS

L'Unità Sanitaria Locale

Paolo Bernabei, Giuseppe Cirinei, Paolo Zolo

3ª ristampa

Progetto salute

Ferdinando Terranova

3ª ristampa

Guida pratica ai nuovi servizi sanitari

Giuseppe Carnevale, Carlo Perucci

1ª ristampa

Guida al distretto sanitario

Giovanni Barro

1^a ristampa

L'équipe residente

Aldo Pagni

Guida ai servizi d'igiene ambientale

Simonetta Martorelli, Enrico Roccato, Gianfranco Ruffini

Guida ai servizi pediatrici delle USL

Giampaolo Donzelli, Gavino Maciocco

Programmazione i servizi sanitari di base

Roberto Palumbo

1^a ristampa

Il nuovo servizio psichiatrico

Bruno Benigni, Fabrizio Ciappi, Giuseppe Germano, Paolo Martini

1^a ristampa

Servizi sanitari e tecnologie elettroniche

Roberto Merletti

F. Angeli

Programmazione sanitaria regionale (Lombardia)

Autori Vari - 1987

Tipografia Marioni Udine

La distrettualizzazione tra sviluppo e crisi dei servizi socio-sanitari - Presentazione di A. Ardigò - Atti del convegno omonimo - Udine 10 e 11 marzo a cura di S. Porcu

C) EPIDEMIOLOGIA, STATISTICA SANITARIA

Editore NIS

Manuale di statistica e programmazione sanitaria

Mary Fraire, Ferdinando Terranova

L'indagine di popolazione. Manuale per operatori socio- sanitari
a cura di Cesare Cislighi, Luigi Muttarini

Infezioni ospedaliere e tecniche di rilevazione epidemiologica

Donato Greco, Maria Luisa Moro

Il sistema informativo sanitario di base

Paola M. Manacorda

2^a ristampa

766

Strumenti informativi per la medicina di base

Paola M. Manacorda

Guida all'osservazione epidemiologica

Claudio Galanti, Marco Marchi

Fare statistica

Guida ragionata alle più comuni tecniche statistiche per operatori socio-sanitari

Roberto Volpi

Manuale di sociologia sanitaria

Pierpaolo Donati

F. Angeli

Medicine del quotidiano. La salute tra consumo e bisogno

D. Secondulfo

Milano, 1987

D) *PREVENZIONE*

Editori Riuniti

Guadagnarsi la salute

Bert, Quadrino

La malattia

G. Berlinguer

I tumori

Costa, Pace

E) *EDUCAZIONE SANITARIA*

Editore NIS

Che cosa è l'educazione sanitaria

Carlo Aiello, Marco Geddes

2^a ristampa

Manuale di sanità per le comunità educative

Dall'asilo nido alla scuola media superiore

Paolo Sarti, Giuseppe Sparnacci

Educazione sanitaria: la prevenzione del rischio

Giampaolo Corso

Educazione sanitaria. la prevenzione degli incidenti domestici

Gabriella Martino

Guida Pratica ai metodi anticoncezionali
Gruppo per l'informazione nei consultori
1ª ristampa

Sessualità e consultori familiari
Rosanna Emma Marcoz

F) *MANAGEMENT SANITARIO*

Editore NIS

Il sistema contabile delle Unità Sanitarie Locali
Maria Teresa Bruni

Struttura e funzioni dei servizi amministrativi delle Unità Sanitarie Locali
Stefano Astorri

L'organizzazione del personale e dei servizi dell'USL
Orfeo Carnevali, Pasquale Morlungi

Interventi e criteri di valutazione nelle USL
Giorgio Bert, Guido Giustetto

La valutazione dell'assistenza sanitaria
Teorie, metodi, applicazioni
a cura di Walter W. Holland

Il personale della salute
Giovanni Barro

I conti della salute
Luigi Colombini, Ernesto Veronesi

L'ospedale oggi
Funzioni, organizzazione, strutture, personale
Orfeo Carnevali, Pasquale Morlungi

F. Angeli

Il processo di formazione
G.P. Quaglino, G.P. Carrozzi
1987

Tip. Rinascimento

CNL - Il Servizio Sanitario Nazionale: il problema del personale non medico e del sistema
Roma, 1987

768

G) *ASSISTENZA GERIATRICA*

Editore NIS

Servizi socio-sanitari e difesa degli anziani

Donatella Gatteschi

4^a ristampa

La condizione anziana: attività, servizi, strutture

Donatella Gatteschi

1^a ristampa

Manuale di geriatria pratica

Cosimo Dentizzi, Donatella Gatteschi

Anziani e tempo libero

Aurelia Florea

L'assistenza domiciliare all'anziano

Antonio Guaita

Prefazione di Francesco Mario Antonini

1^a ristampa

Anziani e interventi assistenziali

Marisa Pavone, Francesco Santanera

Elementi di assistenza geriatrica

Vittorio Lumia

Edizione Lavoro

La quarta età

A. Ardigò, S. Burgalassi, F. Fabris, M. Trabucchi

H) *MEDICINA DEL LAVORO*

Editore NIS

Codice della prevenzione degli infortuni e dell'igiene del lavoro

Vito Vacchi

Le malattie dei lavoratori

(De morbis artificum diatriba)

Bernardino Ramazzini

a cura di Francesco Carnevale

La salute nei luoghi di lavoro. Manuale di prevenzione

Giuliano Angotzi, Giuseppe Battista, Lamberto Briziarelli, Francesco Loi, Maurizio Mori

Medicina del lavoro

Manuale per infermieri professionali, operatori di base e operatori sociali

Nicoletta Tomesani

Medicina del lavoro nelle Unità Sanitarie Locali
Alessandro Martignani, Sergio Tonelli

Pirola Editore

Sicurezza e protezione nell'ambiente di lavoro

Vademecum per gli adempimenti legislativi e amministrativi - Autorizzazioni - Verifiche periodiche - Omologazioni - Attività USL - ISPESL - VVF - Ispettorato lavoro (con riferimenti a ex ANCC - ENPI)

Leonardo Corbo

2ª edizione - 1987

Norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro

Norme generali e speciali - Norme integrative - Verifiche e controlli

Infortuni sul lavoro e malattie professionali

L'opera fornisce, per ogni articolo del Testo Unico, gli estremi dei provvedimenti modificativi e sostitutivi, seguiti da un essenziale commento, in modo da dare al lettore l'immediata visione della norma originale e delle sue variazioni

Francesco Blanda

1ª edizione - 1987

I) *INFERMIERISTICA, NURSING*

Editore NIS

Igiene e medicina preventiva

Manuale per l'infermiere professionale

Gavino Maciocco

2ª ristampa

Formazione e aggiornamento del personale socio-sanitario

Maria C. Bassanini, Annina Lubbock

Guida all'assistenza domiciliare

Carlo Calamandrei, Vittorio Lampronti, Gavino Maciocco

1ª ristampa

L) *RIABILITAZIONE*

Editore NIS

Comunità per psicotici

Massimo Marà

Handicap e lavoro

Raffaella Bassi, Antonio Neri, Maria Cristina Volta

Droga, verso quale intervento?

Marisa Malagoli Togliatti

4^a ristampa

Le comunità terapeutiche per tossicodipendenti

Daniela Costantini, Silvia Mazzoni

Terapia familiare per tossicodipendenti

a cura della cooperativa socio-sanitaria «Albedo»

Handicap e riabilitazione

Una bussola sistemica nell'universo relazionale del bambino handicappato

Anna Maria Sorrentino

Riabilitazione e ausili tecnici: una proposta per l'autonomia

Angelo Bianchi, Adrienne Davidson, Luciana Martinelli, Paolo Sabatini

Educazione e abilitazione del bambino a rischio di handicap

Giovanni Polletta

Editori Riuniti

Handicap

Ammenniti

Tossicomanie

Cancrini

M) *AMBIENTE*

Editore NIS

Dizionario dell'inquinamento

Cause, effetti, rimedi, normativa

Massimo Flocchia, Giuseppe Gisotti, Maura Sanna

1^a ristampa

Manuale dell'ambiente

guida alla legislazione ambientale

Amedeo Postiglione

1^a ristampa

Il dissesto idrogeologico

Cause, effetti e interventi a difesa del suolo

Marcello Benedini, Giuseppe Gisotti

1^a ristampa

Pianificazione e gestione delle risorse idriche

Marcello Benedini

Trattamento e smaltimento dei fanghi urbani e industriali

Fabrizio Balata, Mauro Sanna

Enti locali e normativa sull'inquinamento delle acque

Gianfranco Amendola, Mauro Sanna

1^a ristampa

Energia e tutela dell'ambiente

Norme, procedure, competenze

Roberto Gallia

Inquinati e inquinatori

Gianfranco Amendola

N) *CONVEGNI*

Università di Padova - Dip. Pediatria

"Pianificazione dei servizi sanitari: modelli matematici per un impiego ottimo delle risorse"

Atti del convegno, Padova 1987

Ministero della Sanità

"AIDS e sindromi correlate"

Atti del congresso Roma, 13-21 maggio 1987

Ministero della Sanità

"Edilizia sanitaria" - Processo edilizio e normativa tecnica per la realizzazione dei presidi extraospedalieri

A. Nesi, R. Palumbo

Roma - 1987

C N E.L.

Regioni e politiche socio-assistenziali

Edizioni T.E.R.

Dicembre 1987

LE FONTI DELLA «RELAZIONE»**Bibliografia***Capitolo 1*

- 1) ISTAT - Annuario Statistico Italiano, varie edizioni.
- 2) ISTAT - Compendio Statistico Italiano, anni 1984-85-86-87.
- 3) ISTAT - Annuario Statistiche Demografiche, varie edizioni.
- 4) Consiglio Sanitario Nazionale - L'integrazione tra i servizi sanitari e quelli socio-assistenziali - Atti del seminario di Senigallia: 10-11 febbraio 1987.

Capitolo 2

- 1) ISTAT - Annuario Statistico Italiano, anni 1984-85-86.
- 2) Camera dei Deputati - Relazioni sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sulla interruzione volontaria della gravidanza, 1985-1986.
- 3) ISTAT - Bollettino mensile di statistica, agosto-settembre 1987.
- 4) ISTAT - Bollettino mensile di statistica, maggio 1988.
- 5) ISTAT - Compendio statistico italiano, 1987.
- 6) Landucci Tosi S., Spinelli A., Pediconi M., Grandolfo M.E., Timperi F., Figà Talamanca I., L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia 1983. ISTISAN 1985/5.
- 7) Spinelli A., Grandolfo M.E., De Blasio R., Pediconi M., Savelli L., Timperi F., Lauria L., Vollono C., Figà Talamanca I., L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia 1984 e I semestre 1985. ISTISAN 1987/2.
- 8) Tietze C., Henshaw S.K., Induced Abortion A World Review: 1986, 6th ed. New York, Population Council, 1986 (A population Council Fact Book)
- 9) Figà Talamanca I., Grandolfo M.E., Spinelli A., Epidemiology of legal abortion in Italy. International Journal of Epidemiology 1986, 15: 343-351.
- 10) De Blasio R., Spinelli A., Grandolfo M.E., Applicazione di un modello alla stima degli aborti ripetuti in Italia Annali dell'Istituto Superiore di Sanità 1988, 24: 331-338.
- 11) Grandolfo M.E., Spinelli A., La sorveglianza epidemiologica dell'aborto volontario in Italia. Possibilità di prevenzione. Medicina, Rivista della Enciclopedia Medica Italiana 1988, 1

Capitolo 3

- 1) ISTAT - Bollettino mensile di statistica. Anni dal 1980 al 1987.
- 2) ISTAT - Annuario statistico italiano. Anni dal 1980 al 1986.
- 3) R. Capoccia, G. Farchi, S. Mariotti, A. Verdecchia, A. Angeli, P. Morganti, M.L. Panichelli Fucci, «La mortalità in Italia nel periodo 1970-79». Rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità, ISTISAN 84/10, 1984.
- 4) R. Capoccia, G. Farchi, S. Mariotti, A. Verdecchia, A. Angeli, P. Morganti, M.L. Panichelli Fucci, «La mortalità in Italia nel 1980». Rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità, ISTISAN 85/10, 1985.

- 5) R. Capoccia, G. Farchi, S. Mariotti, A. Verdecchia, A. Angeli, P. Morganti, M.L. Panichelli Fucci, «La mortalità in Italia nel 1981». Rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità, ISTISAN 86/42, 1986
- 6) R. Capoccia, G. Farchi, S. Mariotti, A. Verdecchia, A. Angeli, P. Morganti, M.L. Panichelli Fucci, «La mortalità in Italia nel 1982». Rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità, ISTISAN 87/53, 1987
- 7) R. Capoccia, G. Farchi, S. Mariotti, A. Verdecchia, A. Angeli, P. Morganti, M.L. Panichelli Fucci, «La mortalità in Italia nel 1983». Rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità, ISTISAN 87/54, 1987
- 8) ISTAT - Compendio statistico italiano, 1986.
- 9) ISTAT - Popolazione e bilanci demografici per sesso, età e regione
- 10) Ricostruzione per anni dal 1972 al 1981, supplemento al Bollettino mensile di statistica, 1985 n. 14.
- 11) ISTAT - Previsioni della popolazione residente dal 1986 al 2001 - Analisi statistica, anno 3°, serie 9, volume II, Roma 1982.
- 12) ISTAT - Indagine sulle condizioni di salute della popolazione e ricorso ai servizi sanitari, Novembre 1986-Aprile 1987.

Capitolo 4 - 4.1

- 1) Eurocat Guide 3. for the description and classification of congenital limb defects. Stoll C, Mastroiacovo P, De Wals P., Weatherall J.A.C. (Editors).Departement of Epidemiology, Catholic University of Louvain, Bruxelles, 1986
- 2) A Joint international study on the epidemiology of hypospadias, Kallen B., Bertolini R., Castilla E., Czeizel A., Knudsen L.B., Martinez Frias M.L., Mastroiacovo P., Mutchinick O., Acta Paediatrica Scandinavica 324, 1986.
- 3) La sorveglianza delle Malformazioni congenite, Mastroiacovo P. Atti del Simposio Internazionale: Problemi Attuali in Tema di Difetti Congeniti (a cura di Camera G, Corchia C, Mastroiacovo P).
- 4) Pathologica 78: 785-795, 1986 International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems. (ICBDMS). Annual Report, 1985.
- 5) AA VV. Membri dell'ICBDMS. Swedish National Board of Health and Welfare Garnisonstryckeriet, Stockholm, 1986
- 6) Epidemiologia descrittiva delle malformazioni congenite dell'apparato urinario. Uno studio I.P.I.M.C. Salvaggio E., Menonna N.M., Mastroiacovo P., Segni G. Minerva Pediatrica 38: 739-749, 1986.
- 7) Maternal Epilepsy, anticonvulsant drugs and birth defects (summary), Mastroiacovo P J Obstet Gynecol. 751:12, 1986
- 8) Birth Defects in the Seveso Area, Mastroiacovo P. European Journal of Epidemiology 2: 321, 1986.
- 9) Methodology for Birth Defects Monitoring, Castilla E., Czeizel A., Kallen B., Mastroiacovo P. et al. Birth Defects: Original Article Series Volume 22, Number 5, 1986.
- 10) Le malformazioni congenite: nosologia e concetti generali, Mastroiacovo P., Camera G. Atti della Riunione Autunnale su «Anatomia Patologica Pediatrica» della International Academy of Pathology-Italian Division.
- 11) Archivio della Casa Sollievo della Sofferenza 21: 9-20, 1987, Le osteocondrodiplosie genetiche letali.

12) Camera G., Mastroiacovo P., Atti della Riunione Autunnale su «Anatomia Patologica Pediatrica» della International Academy of Pathology-Italian Division. Archivio della Casa Sollievo della Sofferenza 21: 81-96, 1987.

13) La frequenza delle malformazioni congenite nell'IPIMC nel periodo post-Chernobyl, Mastroiacovo P., Spagnolo A. Relazione al Workshop Nazionale «Chernobyl un anno dopo: riflessioni biologiche ed epidemiologiche sulle radiazioni ionizzanti e la riproduzione umana» Roma, 8 maggio 1987, in stampa.

14) Le Malformazioni Congenite, Mastroiacovo P. In «Manuale per la prevenzione, diagnosi e terapia delle malformazioni congenite». Associazione Italiana Studio Malformazioni, Lions Club Bergamo San Marco Editore, pagg. 9-45, 1987

15) Rischio di Malformazioni congenite in nati di addetti ad attività artigiane: uno studio dell'Indagine Policentrica Italiana sulle Malformazioni Congenite (I.P.I.C.M.C.). Atti del 50° Congresso nazionale della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, Roma 21-24 ottobre 1987, vol. II «Rischi, patologie e prevenzione nel lavoro artigiano», pag. 817-822.

16) Evaluation of the genetic impact of the Chernobyl accident. Analysis of the frequency of chromosomal anomalies in 19 regions of Europe from January 1st 1986 to March 31st 1987, De Wals P., Bertrand F., De La Mata I., Lechat M.F., Ayme S., Beckers R., Borlee I., Lys F., Calabro A., Calzolari E., Cuschieri A., Galanti C., Lungarotti M.S., Marchi M., Goujard J., Hansen-Koenig D., Harris F., Laurence K.M., Lillis D.F., Mastroiacovo P. et al.

17) Correlazione tra la frequenza di malformazioni congenite ed il consumo di pesticidi in Italia, Petrelli G., Siepi G., Spagnolo A., Mastroiacovo P. Atti del II Congresso Nazionale sulle Malformazioni Congenite, Siena 12-14 novembre 1987.

18) Anticonvulsant drugs in monotherapy. Effect on the fetus, Bertollini R., Kallen B., Mastroiacovo P., Robert E.

19) European Journal of Epidemiology 3 164-171, 1987 Le malformazioni congenite: cause e diffusione, Mastroiacovo P. Scienza & Tecnica Annuario della EST 1987/88, pag. 217-222.

20) Birth Defects in the Seveso Area after TCDD contamination, Mastroiacovo P., Spagnolo A., Marni E. et al. Journal of American Medical Association (JAMA) 259:1668-1672, 1988.

21) La prescrizione dei farmaci in gravidanza Guida alla valutazione del rischio teratogeno, Pagano M., Mastroiacovo P. McGraw-Hill Libri Italia, 1ª Edizione: marzo 1988.

22) Fetal growth in the offspring of epileptic women: results of an Italian multicentric cohort study, Mastroiacovo P., Bertollini R., Licata D. and the Italian Multicentric Registry of Birth Defects, Epilepsy Study Group Acta Neurologica Scandinavica, in stampa

23) Difetti Congeniti da Agenti Teratogeni, Mastroiacovo P. Prospettive in Pediatria, in stampa.

24) Epidemiology of bladder extrophy, Kallen B., Knudsen L., Martinez-Frias M.L., Mastroiacovo P. Teratology, in stampa.

Capitolo 4 - 4.2

1) INPS - Allegato statistico al rendiconto 1985

2) INPS - Notizie statistiche 1984-85

3) Ministero dell'Interno - Compendio Informativo Statistico, 1987.

- 4) ISTAT - Bollettino mensile di statistica dell'I.C.S., ottobre 1987.
- 5) Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza.
- 6) Ministero dell'Interno - Osservatorio Permanente
- 7) Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario - Direzione Generale dei servizi di medicina sociale.
- 8) ISPES - Secondo rapporto sull'alcolismo in Italia - 1988
- 9) FAO - Indagine sul consumo di bevande alcoliche (1979-1981).
- 10) ISTAT - Elaborazione del «Centro italiano di solidarietà». Monopolio di Stato.
- 11) Istituto Superiore di Sanità - anno 1987.
- 12) ISTAT - Notiziario, dicembre 1987
- 13) Commissione Comunità Europea (1987) - Inchieste Doxa

Capitolo 4 - 4.3

- 1) Tobacco: a major international health hazard, D.G. Zaridze and R. Peto Editors. IARC Scientific Publications n. 74.
- 2) Environmental Carcinogens methods of analysis and exposure measurement. vol. 9, Passive Smoking. I.K. O'Neil, K.D. Brunneemann, B. Dodet and D. Hoffman. IARC Scientific Publications n. 81.
- 3) Aldo Gaudiano, Il fumo e le sue implicazioni sanitarie, economiche, educative. Centro studi Ministero della Sanità - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato - Roma 1983
- 4) Europa contro il cancro, GUC50 del 26.2.1987

Capitolo 4 - 4.4

- 1) A. Gradilone et al., HTLV-I and HIV infection in drug addicts in Italy. The Lancet, September 27, 1986: 753-754.
- 2) D. Greco, M.A. Stasi, G. Rezza, Length of survival of patients with AIDS. B.M.J 1986; 293: 451-452.
- 3) D. Greco, G. Rezza, A. Pescini, Pediatric AIDS in Italy: a health problem correlated with drug abuse. Pediatric Infect. Dis. J 1987; (9): 863-864.
- 4) P. Tovo et al., Registro Nazionale AIDS Pediatrico. Convegno su «AIDS e Sindromi Correlate in Pediatria», Firenze, 15-4-1988.
- 5) Ministero della Sanità - dati non pubblicati Commissione Nazionale per la lotta all'AIDS. VII.
- 6) Documento - Proposte per la programmazione degli interventi sanitari da effettuare contro le infezioni da HIV e le sindromi ad esse conseguenti. Serie Relazioni ISS 87/13:144-244.

Capitolo 5

- 1) Gli infortuni sul lavoro, le malattie professionali e la loro prevenzione, Simoncini - Vol. III-8-c-118 - CNR, Roma, 1984.
- 2) Gli infortuni sul lavoro, le malattie professionali e la loro prevenzione, Simoncini (Allegati e Appendice) - Vol. III-8-c-119 - CNR, Roma, 1984.

3) Mariani I F., «Il costo economico degli infortuni e delle malattie professionali», in «Rassegna di Statistiche del Lavoro» - n. 3-4-1984.

Capitolo 6

- 1) Eco Consulting s.r.l. - Rapporto finale della Commissione della Comunità Europea, Roma febbraio 1988
- 2) Federambiente - Federazione italiana Servizi Pubblici. Igiene ambiente.
- 3) CENSIS - MOFIN - Indagine, 1987.
- 4) ISTAT - Indagine sulle abitazioni occupate, 1985.
- 5) ANCE - Elaborazione su dati della Relazione generale sulla situazione economica del Paese.
- 6) Direttiva CEE 78/160 concernente la qualità delle acque di balneazione (8 dicembre 1975).
- 7) D.P.R. 8 giugno 1982 n. 470, «Attuazione della direttiva (CEE) 76/160 relativa alle acque di balneazione».
- 8) Decreto legge 3 maggio 1985, n. 164, «Norme di attuazione della direttiva 76/160 relativa alla qualità delle acque di balneazione» convertito nella legge 25 giugno 1985, n. 322.
- 9) Elaborazioni relative alle acque marine di balneazione, anno 1984. Ministero della Sanità, Istituto Superiore di Sanità, febbraio 1986.
- 10) Rapporto sulla qualità delle acque marine di balneazione, anno 1985, Ministero della Sanità, Istituto Superiore di Sanità, aprile 1986.
- 11) Rapporto sulla qualità delle acque di balneazione, anno 1986, Ministero della Sanità, Istituto Superiore di Sanità, marzo 1987.
- 12) Rapporto sulla qualità delle acque di balneazione, anno 1987, Ministero della Sanità, Istituto Superiore di Sanità, marzo 1987.
- 13) Atti del seminario su «La direttiva CEE 76/160 concernente la qualità delle acque di balneazione», Istituto Europeo delle Acque, Como, 3-4 novembre 1987.
- 14) Ministero della Sanità - Sistema informativo sanitario.
- 15) Mare pulito, G.P. de Renzi, 1984.
- 16) European Environmental yearbook. Docter Institute for Environmental studies, 1987.
- 17) The control of oil pollution Wardley-Smith 1983.
- 18) Marine Environmental research. Vol. 22, 1987.
- 19) Fate and effects of oil in marine ecosystems. Kuiper. Van Den Brink, 1987.
- 20) Idrocarburi policiclici aromatici. Fattori di rischio per la salute pubblica. Atti del terzo convegno internazionale «Mare e territorio», Agrigento. G.P. De Renzi, G. Rallo, C. Angioni, et al., 1985.
- 21) Stime sull'inquinamento del mare da idrocarburi. Atti del quarto convegno internazionale «Mare e territorio». Agrigento. G.P. de Renzi, G. Rallo, C. Angioni, 1986.
- 22) M. Grandolfo, S.M. Michaelson, and A. Rindi (Eds) - Biological Effects and Dosimetri of Nonionizing Radifrequency and Microwave Energies. Plenum Press, New York and London, 1983.

- 23) M. Grandolfo, S.M. Michaelson and A. Rindi (Eds), *Biological Effects and Dosimetry of static and ELF Electromagnetic Fields*, Plenum pub corp New York, 1985
- 24) P. Baroncelli, S. Battisti, A. Checcucci, P. Comba, M. Grandolfo, A. Serio, and P. Vecchia, *A Health Examination of Railway High - Voltage substation Workers Exposed to ELF Electromagnetic Field*. *Am J. Ind. Med.* 10,45-55 (1986)
- 25) G. Mariutti, *Welding Processes and Hazard Evaluation*, in W.F. Passchier, and B.F.M. Bosnjakovic (Eds) - *Human Exposure to Ultraviolet Radiation*. Excerpta Medica, Amsterdam (1987).
- 26) M.H. Repacholi, M. Grandolfo, and A. Rindi (Eds), «*Ultrasound: Medical Applications, Biological Effects and Hazard Potential*». Plenum Pub. Corp New York, 1987
- 27) Alderslade, R. (1981), «*The problems of assessing possible hazard to the public health associated with the disposal of sewage sludge to land; recent experience in the United Kingdom*». In P. l'Hermite and H. Ott (Editors), *Characterization, Treatment and Use of Sewage Sludge Proc, 2nd Euro Symp., Vienna, 21-23 october 1980*, Reidel, Dordrecht
- 28) Barber, C., Maris, P.J. (1984), «*Recirculation of leachate ad a landfill management option: benefit and operational problems*» *Q.J. Eng. Geol. London*, 17, 19-29.
- 29) Beker, D. (1987), «*Control of acid phase degradation*». *Atti del Simposio Internazionale sullo Scarico Controllato. ISWA - relazione n. V, Cagliari 19-23 ottobre 1987*
- 30) Boari, G., Mancini, I.M. (1987), «*Leachate stabilization and disposal at sewage treatment plants*». *Atti del Simposio Internazionale sullo Scarico Controllato. ISWA - Relazione n. XXII, Cagliari 19-23 ottobre 1987.*
- 31) Campbell, D.J. (1982), «*Symposium on Landfill leachate*», Herwell Laboratory.
- 32) Dewling, R.T., Manganelli, R.M., Baer, G.I. Jr (1980), «*Fat and behavior of selected heavy metals in incinerated sludge*», *Journal of W.P.C.F.*, 52, 2552-2557
- 33) Doedens, H., Cord-Landwehr, K. (1987), «*Leachate recirculation in landfills*». *Atti del Simposio Internazionale sullo Scarico Controllato. ISWA - Relazione n. XVIII, Cagliari 19-23 ottobre 1987.*
- 34) Ehrig, H.J. (1983), «*Quality and quantity od sanitary lanfill leachate*», *Waste management & Research*, 1, 53-68.
- 35) Gandolla, M., Dugnani, L., «*Processi e tecnologie per la depurazione del biogas*». *Atti del Simposio Internazionale sullo Scarico Controllato ISWA - Relazione n. X, Cagliari 19-23 ottobre 1987.*
- 36) Garstle, R., Carvitti, J. (1987), «*Sludge incineration and hazardous aire pollutants*». In. «*Municipal treatment plant sludge management*», *Proceedings of the 17th National Conference on Municipal Treatment Plant Sludge Management.*
- 37) Ham, R.K., Barlaz, M.A. (1987), «*Misura e previsione della qualità e quantità del biogas*» *Atti del Simposio Internazionale sullo carico Controllato. ISWA - Relazione n. VIII, Cagliari 19-23 ottobre 1987.*
- 38) Kasakura, T., Hieaoka, M. (1982), «*Pilot plant studyon sewage sludge purolisis-I*», *Water Research* 16, 1335-1248.
- 39) Lekie, J.D., Pacey, J.G., Halvadakis, C.P. (1987), «*Landfill management with moisture control*» *Jour. of the Eng. div ASCE, EE2*, 337-355
- 40) Minnini, G., Santori, M. (1987), «*Problem and perspective of sludge utilization in agriculture*» *Agriculture, Ecosystems and Environment*, 18, 291-311.

41) Pohlland, F.G. (1975): «Sanitary landfill stabilization with leachate recycle and residual treatment», E-PA-600/2-2- 75-043, Cincinnati.

42) Poulanne, F., Kiiskinen, S. (1984), «Biological treatment of sewage sludge». *Comunicazione personale ai membri del Gruppo del Lavoro 1 dell'Azione Concentrata CEE COS 681*

43) Shilesky, D.M., Wyatt, I.M. (1977), «Combustion processing of sludge. Potential health and nuisance considerations» In «Sludge Management Disposal and Utilization». *Proceeding of the third National Conference of Sludge Management Disposal and Utilization*. Miami Beach, Florida, 14-16 dicembre 1976.

44) Sittig, M. (1979), «Landfill disposal of hazardous wastes and sludges» (Park Ridge N.J., Noyes Data Corp.).

45) Stegmann, R., Spendlin, H.H. (1987), «Enhancement of biochemical processes in sanitary landfills». *Atti del Simposio Internazionale sullo Scarico Controllato, ISWA - Relazione n. II, Cagliari 19-23 ottobre 1987*

46) U.S. Environmental Protection Agency (1978), «Municipal sludge landfills, Design Manual», EPA-635/1-78-010 (Washington D.C.).

47) U.S. Environmental Protection Agency (1983), «Process design manual for land application of municipal sludge», EPA-625/1-83-016.

48) U.S. Environmental Protection Agency (1983), «Municipal Wastewater Sludge Combustion Technology», EPA-625/4-85/015.

Capitolo 7

Ministero della Difesa - D.G. Sanità Militare, Ispettorato Sanità M.M

Capitolo 8 - 8.3

1) A. Alberti Fidanza, M.S. Simonetti, L. Mariani Cucchia, A nutrition study involving a group of pregnant women in Assisi, Italy. part 2: determination of vitamin nutriture. *Internat. J.Vit.Nutr.Res.* 56: 381-386 (1986).

2) D. Sorrentino, E. Menghetti, B. Lancia, *Atti del 3° Simposio Nazionale «Nutrizione Infantile»* Roma, dic. 1987 (in press).

3) L. Pinelli, A. Avanzini, D. Cirillo, M. Golinelli, E. Gontiantini, C. Maffei, A. Olivieri, R. Piccoli, A. Ziviani, D. Gaburro, L'obesità in una popolazione scolastica del Comune di Verona: dati epidemiologici, auxologici e nutrizionali. *Alim. Nutr. Metab.* 9: 21-22 (1988).

4) L. Pinelli, D. Cirillo, E. Gontiantini, C. Maffei, A. Olivieri, A. Ziviani, P. Avanzini, M. Golinelli, R. Piccoli, M. Soleno, D. Graziani, D. Gaburro, Indagine sugli indici lipidemici in una popolazione di età scolare nel Comune di Verona. *Riv. Ital. Ped.* 13: 140-145 (1987).

5) L. Pinelli ed al. *Riv. Ital. Sci. Alim.* (in press).

6) L. Pinelli, D. Cirillo, M. Golinelli, E. Gontiantini, B. Licata, R. Piccoli, A. Saggin, S. Santi, M. Zambellini, D. Gaburro, Indagine alimentare, rilievi auxologici ed abitudinari di vita di una popolazione infantile nel Comune di Verona. *Nota 1: metodologia. L'Igiene Moderna* 85: 22-35 (1986)

7) L. Pinelli, P. Avanzini, D. Cirillo, M. Golinelli, E. Gontiantini, C. Maffei, A. Olivieri, P. Peverelli, R. Piccoli, A. Ziviani, D. Gaburro, Indagine alimentare, rilievi auxologici e abitudini di vita di una popolazione infantile nel Comune di Verona. *Nota 3. Apporto alimentare e situazione auxologica in 601 bambini della scuola elementare. L'Igiene Moderna* 87: 344-353 (1987).

8) A. Ferro-Luzzi, A. D'Amicis, N.G. Norgan, G. Maiani, E. Azzini, D. Laccone, Profilo distributivo del grasso sottocutaneo e rischio coronarico (nota 2). Abs. Convegno CNR-PF «Medicina Preventiva e Riabilitativa», Roma, 17-21 marzo 1986

9) A. Strata, Gli alimenti nella realtà ecologica in cui viviamo. Seminario di studio 7, «Attualità di diagnosi, cura e prevenzione in pediatria», Circeo 2-5 giugno 1987.

10) S. Morban, G. Maiani, A. Ferro-Luzzi, F. Pitassi, P. Trentini, G. Pappalardo, A. Nicastro, E. Azzini, S. Dalla Torre, M.A. Jama, P. Spigliati, G. Poico and S. Morabito, Determinants of Nutritional Status in Hospital Patients in Italy. *J. Parent. Enteral Nutr.* 11 (5): 122s-125s, 1988

11) G. Maiani, A. Polito, L. Ranaldi, E. Azzini, A. Raguzzini, S. Dalla Torre, A. Ferro-Luzzi, Stato di nutrizione di anziani ultrottantenni. In: CESA, Attività di ricerca, MAF-INN (Eds) (1988).

12) N. Melchionda, G. Enzi et al. CNR PF MPR, Studio multicentrico, sullo stato nutrizionale dell'anziano. Atti IX Congresso Unione Italiana contro l'obesità (1986) (in corso di stampa).

13) F. Fidanza, M.S. Simonetti et al., Nutritional Status of the Elderly. (II) *Internat. J. Vit. Nutr.* 54: 75-90 (1984)

14) F. Fidanza, M.S. Simonetti et al., Nutritional Status of the Elderly (III). *Internat. J. Vit. Nutr. Res.* 54: 355-359 (1984).

15) F. Contaldo, G. Di Biase, Nutritional Status of the Elderly in Naples, *Internat. J. Vit. Nutr. Res.* 57: 193-202 (1987).

16) G. Testolin, M. Porrini, P. Simonetti, A. Moneta, P. Rovati, F. Aguzzi, Nutritional Status of Institutionalized elderly people in North Italy. *Internat. J. Vit. Nutr. Res.* 56: 179-187 (1986).

17) M. Porrini, G. Testolin, P. Simonetti, A. Moneta, P. Rovati, F. Aguzzi, Nutritional Status of non Institutionalized elderly people in North Italy. *Internat. J. Vit. Nutr. Res.* 57: 203-216 (1987).

18) A. Ferro-Luzzi, G. Maiani, C. Scaccini, A. D'Amicis, G. Borgioni, A. Polito, L. Ranaldi, S. Sette, F. Branca, E. Azzini, A. Arena, A. Raguzzini, G. Catasta, M.G. Dente, Nutritional vulnerability of the Italian elderly: facts and figures. IPRA Monograph «Food Safety and Health Protection», M.A. Spadoni & C. Lintas eds (1988).

19) G. Cimatti, A. D'Amicis, G. Maiani, A. Di Palma, A. Ferro-Luzzi, Bone density of elderly person living in two Italian contrasting areas. Abs. International Meeting CNR-IPRA «Nutrition in old Age», 21-22 July, Rome, 1988.

20) A. Ferro-Luzzi, «Integrated results and conclusions». International meeting CNR-IPRA «Nutrition in old age», 21-22 July, Rome, 1988.

21) Istituto Nazionale della Nutrizione, Commissione ad hoc, Linee Guida per una sana alimentazione italiana (1986).

Capitolo 8 - 8.8

ISTAT - Annuario di Contabilità Nazionale, 1987. Federfarma.

Capitolo 9

1) CENSIS - Indagine sullo stato di salute degli italiani. Centro Studi Ministero della Sanità, 1987.

- 2) CENSIS - Indagine sulla domanda di salute - rapporto non pubblicato per il Centro studi del Ministero della Sanità, 1988
- 3) ISTAT - Indagine sulle condizioni di salute, 1980-1983-1986.

Capitolo 10

- 1) ISTAT - Indagine sullo stato di salute degli italiani, 1986.
- 2) ISS - Indagine sulla copertura vaccinale dei bambini, 1985.
- 3) ISTAT, Indagine sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari. Notiziario, Suppl. al BMS dicembre 1987.
- 4) P. Makela, Immunization of infants and elderly people. WHO ICP/EPI D18/19, Budapest 1988.
- 5) B. Bycenko, The EPI Euro Program. WHO ICP/EPI 018/7, Budapest 1988.
- 6) A. Mele, S. Conti, O.N. Gill, et al., SEIEVA. Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta. Rapporto Annuale 1986. Rapporti ISTISAN 87/1, pp 30.
- 7) F. Rosmini, G. Gentili, M. Wirz, C. Collotti, A. Panà, I. Terzi, S. Conti, P. Pasquini, Immunity to tetanus among italians born between 1956 and 1963. Eur. J. Epidemiol. (1987) 3: 302-308.
- 8) R. Santoro et al., Measles epidemiology in Italy. Int. J. Epidemiol. (1984) 13: 201-209.
- 9) S. Salmaso, M.A. Stazi, S. Luzi, D. Greco, Immunization coverage in Italy. Bull WHO (1987) 65 (6): 841-846.
- 10) WHO European EPI III Conference. Final raccomandations. Budapest April 1988.
- 11) M.L. Moro, M.A. Stazi, G. Marasca, D. Greco, A. Zampieri, National prevalence survey of hospital-acquired infections in Italy, 1983. J. Hospital Infection (1986) 8: 72-85.

Capitolo 12

- 1) Ministero della Sanità S.C.P.S. - Flussi informativi delle USL anni 1984, 1985, 1986, 1987.
- 2) ISTAT - Indagine sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari, novembre 1986-aprile 1987. Serie 4, foglio 41, n. 17, 1987.
- 3) Sistema Informativo Sanitario - Ministero della Sanità.
- 4) Consiglio Sanitario Nazionale. Rilevazione delle Risorse ed Attività delle Regioni, anno 1987.
- 5) ISIS - L'assistenza psichiatrica pubblica e privata nelle regioni, n. 49, pag. 13-5, 1986.
- 6) ISIS - Studio sull'attività di ricovero e la spesa degli ospedali pubblici e convenzionati nel 1987 - n. 47, pag. 1-7, 1988.

Capitolo 15

- ISIS - Studio sui bilanci USL 1980-1988 - n. 17, pag. 11-22, 1988.

Capitolo 19

- 1) Relazione del Presidente del CNR sullo stato della ricerca scientifica in Italia per l'anno 1986. CNR, Roma 1986.
- 2) Attività di ricerca scientifica nel Mezzogiorno. CNR, Roma 1986.
- 3) Organismi di ricerca nel Mezzogiorno CNR, Roma 1986. Relazione al Ministro della Sanità sulle attività dell'ISPESL per gli anni 1986-87. ISPESL, Roma 1986.
- 4) Relazione al Ministro della Sanità sulle attività dell'ISPESL per gli anni 1986-87. ISPESL, Roma 1987.
- 5) Attività dell'Istituto Superiore di Sanità per il 1986-87. ISS, Roma 1987.
- 6) Documenti di bilancio preventivo della Direzione Generale di Medicina Sociale del Ministero della Sanità. Anni 1986-1989.
- 7) Il Progetto Finalizzato «Medicina Preventiva e Riabilitativa». CNR, Roma 1987

Capitolo 21

- 1) Conseil de l'Europe. Conference des ministres européens de la Santé Paris, 16-17 novembre 1987 - La transplantation d'organes, Strasbourg 1987.
- 2) NITp-g Trapianto di organi da cadavere - Milano 1988.

Capitolo 23

- 1) Checcacci L., Tenconi M.T., Conti S., Rolli G.P., Smetovic S., Clinical diabetes in the Republic of San Marino: incidence and prediction of the disease in the population. *Medicographia*, 1987, 9 (suppl. 1), 20-22.
- 2) Muntoni S. and the ATS Research Group, Prevalence of diagnosed and undiagnosed diabetes in Sardinia. *Medicographia*, 1987, 9 (Suppl. 1), 23-26.
- 3) Marigo S., Sacchetti G., Bini P., Del Nevo G., Sex incidence of diabetes. An epidemiological study in the La Spezia area. *Acta Diabetol, Lat.*, 1974, 11, 9-17
- 4) Pompei A., Mortola V., Brunetti F., Campodonico C., Indagine epidemiologica sul diabete nella popolazione di Camogli. *G. Ital. Diabetol.*, 1982, 2, 83-91.
- 5) Pareschi P.L., Bosi L., Beretta P., Giovannini C., Ricerca del diabete misconosciuto nella popolazione lavorativa della provincia di Ferrara. *Arcisped. Sant'Anna (Ferrara)*, 1970, 23, 401-410.
- 6) Savagnone E., Cappello F., Caruso V., Galvano L., Mangione G., Nicolis G., Raimondo F.C., Spicola L., Spinelli M., Sunseri V., Gargano F., Indagine epidemiologica sul diabete mellito nella popolazione di Pantelleria (Sicilia) - Note preliminari. *G. Ital. Diabetol.*, 1985, 5, 71-80.
- 7) Verrillo A., De Teresa A., Nunziata G., Rucco E., Epidemiology of diabetes in an Italian rural community. *Diabete Metabol.* 1983, 9, 9-13.
- 8) Diabetes Epidemiology Research International. Preventing insulin dependent diabetes mellitus: the environmental challenge. *Br. med. J.* 1987, 295, 479-481.
- 9) Morsiani M., Pareschi P.L., Epidemiology and prevention of diabetes in Italy. *Medicographia*, 1987, 9 (Suppl. 1), 17-19.