

Parte I

Lo stato di salute degli italiani nel 1988:
sintesi degli aspetti più significativi

PAGINA BIANCA

TITOLO I

INTRODUZIONE E CONFRONTO INTERNAZIONALE

1.1. Il confronto internazionale base della Relazione 1988

Il 7 dicembre 1988, nell'aula di Montecitorio, veniva celebrato, alla presenza del Capo dello Stato, il centenario della sanità pubblica italiana, il cui primo assetto organizzativo ed istituzionale è stato definito con la legge Crispi-Pagliani del 1888.

In tale circostanza, è stato sottolineato come alla valenza storico-culturale della celebrazione dovesse attribuirsi anche il significato di stimolo per una responsabile riflessione sul futuro del sistema sanitario del nostro Paese, nel quadro dell'integrazione europea.

Nell'ambito della Comunità europea si può registrare un impegno notevole nel perseguimento di politiche omogenee in settori riguardanti materie attinenti la qualità della vita, tra cui la politica dell'ambiente rappresenta uno degli aspetti di maggiore rilievo. La Comunità, in proposito, ha sviluppato una coerente e cospicua produzione di atti (direttive, regolamenti, raccomandazioni, ecc.) riguardanti la tutela contro le varie forme di inquinamento ambientale, la sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, la non nocività dei prodotti usati nell'industria alimentare, nella zootecnia, ecc.

In sostanza si può bene affermare che a livello comunitario si è sviluppata una politica della prevenzione come fattore di tutela della qualità della vita, mentre resta riservata agli ambiti nazionali la politica sanitaria vera e propria.

Ogni Stato membro, infatti, determina in modo autonomo gli ambiti di intervento, le forme organizzative ed istituzionali ed i sistemi di finanziamento, in quanto i trattati di Roma lasciano liberi i singoli partners di regolarsi secondo scelte proprie. Ciò non toglie che siano affermati e accettati principi ormai consolidati non solo a livello europeo, ma addirittura mondiale.

A questo proposito una strategia sanitaria comune è stata definita da diversi anni dai 166 Paesi membri dell'Organizzazione mondiale della sanità. Questa strategia, per così dire, "universale", è stata poi ridefinita ed adattata alla situazione della Regione europea dalle 32 Nazioni che fanno capo all'Ufficio regionale europeo di tale Organizzazione.

Nella relazione del 1987 sullo stato di salute degli italiani sono stati ricordati i 38 obiettivi specifici su cui si basa tale politica a livello europeo. Anche per il 1988 si è cercato di procedere su questa strada, impostando i vari capitoli con riferimento ai

singoli obiettivi e prendendo in considerazione gli indicatori che dovrebbero permettere la valutazione dei progressi compiuti e della qualità dei servizi resi dal sistema sanitario.

In particolare, si è insistito sulle informazioni esistenti a livello internazionale, ai fini della loro utilizzazione per raffronti con la situazione nazionale. Da questo confronto emergono in tutti i Paesi, compreso il nostro, lacune di informazione e diversità di metodi di raccolta ed analisi dei dati. Questi aspetti vengono evidenziati per stimolare una ulteriore standardizzazione dei metodi di confronto ed acquisizione dei dati, apportando eventuali modifiche ed integrazioni a livello nazionale o facendosi promotori di proposte a livello internazionale.

Si avranno così strumenti sempre più precisi per valutare i progressi della politica sanitaria ed effettuare confronti e scambio di esperienze al fine di rendere il sistema sanitario sempre più adeguato ai bisogni della popolazione.

Quindi, pure conservando la struttura fondamentale dell'anno precedente, la Relazione 1988, al fine di consentire opportuni confronti a livello internazionale, inizia ogni capitolo con la descrizione dell'obiettivo specifico della Regione europea dell'O.M.S. e della strategia nazionale che vi si ricollega. Segue, quindi, la descrizione della situazione del nostro Paese in tale settore, dell'attività svolta nel 1988, con raffronti con il 1987 ed, eventualmente, anni precedenti, nonché proposte per ulteriori azioni.

Ogni capitolo si conclude con la descrizione degli indicatori suggeriti dall'O.M.S. per quel settore, seguiti dai dati riguardanti l'Italia, con raffronti con la media europea, quale risulta dalla "banca-dati" dell'O.M.S. a Copenaghen. Infatti, essendo presenti, presso tale "banca", dati relativi agli altri 31 Paesi della Regione, esiste quindi la possibilità di raffronti e, anche, di proiezioni all'anno 2000, mediante un apposito modello matematico. Poiché la politica sanitaria deve potere operare sulla base di solide conoscenze scientifiche, ogni capitolo si conclude con l'indicazione di una serie di ricerche, proposte dall'Organizzazione mondiale della sanità perché ritenute necessarie a livello nazionale ed internazionale ai fini del progresso del sistema sanitario di ogni Paese. Infatti il dinamismo crescente della società moderna richiede un analogo rapido progresso delle strutture e degli operatori sanitari, per essere, in ogni momento, corrispondente alle necessità delle rispettive popolazioni.

Gran parte di queste ricerche sono già state realizzate o vengono effettuate anche in Italia; si è però ritenuto opportuno farne specifica, particolare menzione per sottolinearne la valenza anche come stimolo ad incentivarne la diffusione a tutti i livelli del sistema sanitario e con la partecipazione di un maggior numero possibile di operatori. Infatti gran parte di esse si riferiscono ad attività da svolgersi sul territorio e richiedono, quindi, la partecipazione di operatori con varie competenze e, in certi casi, anche degli utenti dei servizi.

1.2. Gli obiettivi dell'O.M.S. e quelli della pianificazione nazionale e regionale

L'Organizzazione mondiale della sanità (O.M.S.) si propone di collaborare con i Paesi membri per "portare tutti i popoli al più alto livello di salute", intendendo per salute lo "stato di completo benessere fisico, psichico, sociale e non solo assenza di malattia".

Negli anni '70 i Paesi membri rilevarono che, accanto all'aumento sempre crescente dei costi della sanità, ed ai notevoli progressi della medicina, non si aveva un proporzionale aumento nello stato di salute delle rispettive popolazioni. Quindi la 30ª Assemblea

mondiale della sanità, riunita a Ginevra nel maggio 1977, decise all'unanimità di adottare una nuova politica sanitaria, indicata con il termine di "salute per tutti", fissando come limite temporale, per la sua completa attuazione, l'anno 2000 (SPT/2000) e definendola come segue:

"Per l'anno 2000 tutti gli abitanti di tutti i Paesi del mondo dovrebbero potere raggiungere un livello di salute che permetta loro di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva, vale a dire che ciascuno deve potere godere di uno stato di salute che gli permetta di lavorare in modo produttivo e di partecipare attivamente alla vita sociale della collettività".

Questa definizione ha il merito di richiamare l'uguaglianza di ogni essere umano di fronte alla salute, di rinforzare il rapporto dell'uomo con l'ambiente fisico e sociale e di attirare l'attenzione sulla importanza della salute come fattore di sviluppo economico dei popoli.

Per realizzare questo obiettivo, venne scelta una strategia basata sui seguenti principi:

1) la salute è un diritto fondamentale dell'essere umano ed una finalità sociale universale;

2) le risorse per la sanità debbono essere equamente distribuite, sia tra i Paesi che entro i Paesi, per rendere l'assistenza sanitaria di base universalmente accessibile;

3) ogni essere umano ha il diritto ed il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla programmazione ed alla attuazione dei servizi sanitari a lui destinati;

4) i Governi hanno, nei confronti della salute delle popolazioni, la responsabilità di assicurare prestazioni sanitarie e sociali adeguate. Ciò richiede l'impegno politico di tutto lo Stato e non solo del Ministero della Sanità;

5) i Paesi debbono raggiungere l'autoresponsabilità nel settore della sanità per farvi accedere tutte le loro popolazioni. Ciò non significa autosufficienza nazionale, anzi richiede anche la solidarietà internazionale;

6) il settore sanitario non può da solo realizzare la salute per tutti: occorrono gli sforzi congiunti di altri settori sociali ed economici;

7) occorre utilizzare nel modo più completo ed efficace le risorse mondiali per promuovere la salute e lo sviluppo ed aiutare così la causa della pace nel mondo.

Studiando le modalità per rendere accessibile a tutti l'assistenza sanitaria di base, si è arrivati a stabilire i principi che hanno portato, nel settembre 1978, alla "Dichiarazione di Alma-Ata":

"L'assistenza sanitaria di base (ASB) o primaria "Primary health care" (PHC) degli anglosassoni o "Soins de santé primaires" (SSP) dei francofoni si fonda su metodi e tecniche pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resi universalmente accessibili a tutti gli individui e a tutte le famiglie della comunità, con la loro piena partecipazione e ad un costo che le comunità ed i Paesi possono assumersi a tutti gli stadi del loro sviluppo, in uno spirito di autoresponsabilità e di autodeterminazione".

Pure adottando una politica sanitaria mondiale, si deve tenere conto delle diverse situazioni epidemiologiche e socio-economiche; quindi i Paesi membri dell'Organizzazione sono divisi in sei Regioni. I 32 Stati appartenenti alla Regione europea, rendendosi conto della peculiarità dei problemi delle loro popolazioni, hanno adottato 38 tappe intermedie per raggiungere l'obiettivo della salute per tutti, indicandole con il termine inglese di "targets", quello francese di "buts" e in italiano obiettivi specifici (OO.SS.).

Per valutare il progresso nella attuazione della strategia della SPT/2000 sono stati adottati degli indicatori: 12 a livello mondiale e oltre 200 nell'ambito della Regione europea.

Si riportano alcuni degli obiettivi specifici che si riferiscono alla politica sanitaria generale, facendo il raffronto con quelli nazionali, e relativi indicatori.

1.2.1. Adozione di una politica per la promozione della salute

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 13:

Entro il 1990, la politica nazionale di tutti gli Stati membri dovrebbe far sì che gli apparati legislativi, amministrativi ed economici assicurino un ampio supporto intersettoriale e mezzi sufficienti per promuovere modi di vita sani, garantendo nel contempo, a tutti i livelli, una effettiva partecipazione della popolazione alla elaborazione di queste politiche.

Strategia nazionale:

Gli artt. 1 e 2 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978 hanno stabilito i principi e gli obiettivi cui deve uniformarsi il Servizio sanitario nazionale al fine di tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Con la legge n. 595 dell'ottobre 1985, si è disposto che le linee fondamentali del Servizio sanitario nazionale debbono essere stabilite dal Piano sanitario nazionale in conformità con gli obiettivi della programmazione economica nazionale.

La tutela della salute umana, quale diritto primario e fondamentale dei cittadini, già prevista dalla Costituzione, si è tradotta, sul piano organizzativo e istituzionale, nel sistema definito con la legge di riforma sanitaria. I principi ispiratori di questa legge sono indubbiamente fondati su una concezione avanzata dello Stato sociale quale garante di una equità intesa non soltanto come risposta ai bisogni reali dei cittadini, in termini essenzialmente economici, ma anche e, soprattutto, come intervento per ridurre le ineguaglianze.

INDICATORI O.M.S.:

13.01.01 Esistenza di leggi, regolamenti e programmi intesi a proteggere il pubblico dai rischi derivanti dalla distribuzione e dall'uso di prodotti potenzialmente nocivi.

Nel nostro Paese la normativa esistente viene continuamente aggiornata, anche sulla base di direttive CEE. Presso l'Istituto superiore di sanità esiste una "banca-dati" delle sostanze pericolose, costantemente aggiornata con la partecipazione ad un programma internazionale per tale settore.

13.01.02 Esistenza di leggi, regolamenti e pratiche per integrare la partecipazione di rappresentanti del pubblico nelle strutture responsabili della promozione della salute ad ogni livello.

È questo uno degli aspetti fondamentali ma anche il più difficile, per la realizzazione di un sistema sanitario moderno.

Nel nostro Paese il Consiglio sanitario nazionale corrisponde, come struttura ed obiettivi, all'organo consigliato dall'O.M.S. per la realizzazione di tale obiettivo a livello centrale.

Per gli altri livelli, alcune delle modifiche proposte alla legge n. 833 del 1978 vanno verso la direzione indicata dall'O.M.S.

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

- A) Monitoraggio delle politiche di tutela della salute;
 - B) Ostacoli per l'adozione di stili di vita salubri;
 - C) Partecipazione della comunità;
 - D) Studi sull'attitudine della popolazione nei confronti delle priorità in materia di salute e sua influenza sullo sviluppo di politiche che influenzano la salute.
- Per maggiori dettagli vedere appendice IV.

1.2.2. Valorizzazione dei sistemi di appoggio sociale

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 14:

Entro il 1990 tutti gli Stati membri dovrebbero avere programmi che valorizzino il ruolo della famiglia e di altri gruppi sociali per il progresso ed il miglioramento di una vita sana.

Strategia nazionale:

L'art. 29 della Costituzione tutela i diritti della famiglia.

Il legislatore nazionale ha posto finora particolare attenzione alla tutela dei diritti del minore e della maternità.

E' tutt'oggi in corso un dibattito nelle sedi competenti per la modifica della legge 4 maggio 1983, n. 184 che disciplina l'adozione e l'affidamento dei minori.

La valorizzazione del ruolo della famiglia e la promozione ed il sostegno di politiche sociali e programmi che sviluppino la capacità di socializzazione fin dalla prima infanzia non sono ancora oggetto nel nostro Paese di una strategia complessiva di interventi.

La mancanza di una legge quadro sui servizi sociali e sull'assistenza e la necessità di apportare modifiche alla legge n. 184 del maggio 1983, che disciplina l'adozione e l'affidamento di minori, rendono il quadro normativo incerto. In particolare per l'infanzia esiste un programma nazionale per gli asili nido.

Uno degli aspetti che accompagnano gli interventi del Piano sanitario nazionale è quello dell'educazione sanitaria, attraverso informazione e divulgazione, in particolare, per il settore materno-infantile.

INDICATORI O.M.S.:

14.01.01 Esistenza di programmi sanitari e di protezione sociale miranti esplicitamente a rafforzare il supporto dottrinale e le funzioni di assistenza della famiglia e di altri gruppi sociali.

Sono stati indicati sopra nell'ambito della strategia nazionale

14.01.02 Esistenza, scopo e composizione dei gruppi riconosciuti di mutua assistenza.

Esistono numerosi gruppi di volontariato che si propongono di appoggiare le strutture ufficiali nel campo della assistenza sanitaria e sociale, non solo a livello nazionale, ma anche nell'ambito della cooperazione con i Paesi in via di sviluppo.

È stato proposto anche l'indicatore:

14.01.03 Proporzione di persone prive di contatti sociali.

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

L'Organizzazione mondiale della sanità consiglia per questo obiettivo ricerche nei seguenti settori:

- A) Sostegno sociale;
- B) Capacità di fronteggiare le avversità;
- C) Decisioni relative alla salute;
- D) Appoggio a programmi di sostegno.

Per maggiori dettagli vedere appendice IV.

1.2.3. *Promozione, nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, della cooperazione e del lavoro d'équipe tra operatori sanitari, individui, famiglie e gruppi della comunità*

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 29:

Entro il 1990, in tutti gli Stati membri, i sistemi di assistenza sanitaria di base devono fondarsi sul lavoro di gruppo e sulla cooperazione fra prestatori ed utenti dell'assistenza, famiglie e gruppi della comunità.

Strategia nazionale:

La legge 833 stabilisce il principio della partecipazione dei cittadini e il concorso delle associazioni di volontariato ai fini istituzionali del Servizio sanitario nazionale (art. 1), nonché la partecipazione degli operatori all'organizzazione (art.15). La legge n. 109 dell'8 aprile 1988 ed il successivo D.M. sugli standards sul personale ospedaliero hanno previsto forme di lavoro in équipe.

Il principio della partecipazione dei cittadini alla gestione del Servizio sanitario nazionale è stato interpretato dal legislatore in senso formale, prevedendo organi a composizione politica e quindi "rappresentativa".

Si è invece sviluppato, come espressione partecipativa concreta, l'apporto del volontariato, che in molte Regioni ha trovato, attraverso le normative locali, notevoli spazi di diffusione.

La formazione del personale sanitario per il lavoro di équipe potrebbe, senza dubbio, apportare un contributo ad una più efficace cooperazione, anche al fine di evitare la "medicalizzazione" dei problemi sociali, come è frequente nel caso degli anziani per i quali sono ricorrenti, in alternativa e non ancora disponibili soluzioni di tipo socio-residenziale, soluzioni improprie di ricovero in strutture per acuti che gravano sul Servizio sanitario nazionale.

INDICATORI O.M.S.:

29.01.01 Esistenza di meccanismi aventi lo scopo di garantire la massima utilizzazione delle risorse umane nell'attuazione dell'assistenza sanitaria di base (ASB).

Gli obiettivi della legge n. 833 del 1979 ed i principi della programmazione sanitaria a livello nazionale e regionale tendono a favorire l'istituzione di questi meccanismi.

29.02.01 Descrizione delle misure adottate per riorientare il lavoro del personale sanitario, facilitare l'attività di équipe, il coinvolgimento delle persone, l'assistenza in famiglia, i gruppi di mutuo soccorso.

La normativa sugli standards ospedalieri costituisce uno stimolo per il lavoro in équipe.

Nel corso del 1988 una gran parte del personale infermieristico ed ostetrico ha partecipato a "Forum" nazionali, tenuti in molte città italiane, a cura delle rispettive Federazioni ed Associazioni. Durante tali riunioni sono stati discussi, in particolare, questi argomenti. Le relative conclusioni sono state inserite nella relazione nazionale alla Conferenza di Vienna del giugno 1988 sul "Ruolo e formazione del personale infermieristico ed ostetrico nel quadro della 'politica della salute per tutti nell'anno 2000".

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

L'Organizzazione mondiale della sanità suggerisce di compiere le ricerche nei seguenti settori:

- A) Sugli indicatori;
- B) Fornitura di servizi accettabili;
- C) Lavoro con l'assistenza di "laici" e di gruppi di mutuo soccorso.

Per maggiori dettagli vedere l'appendice IV.

1.2.4. Coordinamento delle risorse della comunità per l'assistenza sanitaria di base

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 30:

Entro il 1990, tutti gli Stati membri dovranno dotarsi di meccanismi di coordinamento a livello di comunità, in un sistema di assistenza sanitaria di base, dei servizi assicurati da tutti i settori che hanno rapporto con la sanità.

Strategia nazionale:

L'integrazione tra i servizi sociali e sanitari, già prevista dalla legge 833, è uno degli obiettivi del Piano sanitario nazionale.

Molte Regioni organizzando i servizi sanitari hanno previsto e disciplinato forme di raccordo e coordinamento tra sociale e sanitario, altre tendono al raggiungimento dell'obiettivo dell'integrazione per alcune aree di intervento comuni quali quelle relative agli anziani e ai tossicodipendenti.

L'integrazione socio-sanitaria rientra anche in molti programmi regionali.

L'integrazione tra sociale e sanitario, pure affermata e promossa sul piano legislativo, ha trovato il principale ostacolo nel regime differenziato dei finanziamenti facenti carico, rispettivamente, al bilancio degli enti locali e al Fondo sanitario nazionale.

Questo obiettivo è previsto nel Piano sanitario nazionale per il servizio di assistenza domiciliare integrata, dove, con il coordinamento da parte del settore sanitario, sono previsti interventi anche in campo sociale.

INDICATORI O.M.S.:

30.01.01 Esistenza a livello di comunità di meccanismi di coordinamento dei servizi prestati da settori diversi.

Come accennato sopra, in certi casi questo è stato realizzato a livello regionale con l'istituzione delle unità socio-sanitarie locali.

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

L'Organizzazione mondiale della sanità consiglia, per questo obiettivo, ricerche nei settori seguenti:

- A) Coinvolgimento della comunità;
- B) Cooperazione multisetoriale a livello locale;
- C) Comitati consultivi sanitari.

1.2.5. Miglioramento della qualità dei servizi forniti

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 31:

Entro il 1990 tutti gli Stati membri dovranno avere istituito efficaci meccanismi di controllo della qualità delle cure fornite ai pazienti nel quadro dei vigenti sistemi di assistenza sanitaria.

Strategia nazionale:

Il controllo di qualità dell'assistenza sanitaria è ancora a livello sperimentale: si deve rilevare in proposito che molte lodevoli ed interessanti iniziative sono già state adottate in alcuni ambiti territoriali. Uno degli obiettivi del Piano sanitario nazionale è quello di innalzare il livello qualitativo dell'assistenza sanitaria, attraverso l'attivazione di procedure costanti di "promozione della qualità tecnico-scientifica delle prestazioni erogate (VQR)".

Si prevede, a tal fine, l'istituzione di un Comitato nazionale per la valutazione della qualità tecnico-scientifica ed umana degli interventi sanitari.

Questo obiettivo potrà essere raggiunto anche attraverso l'azione prevista nel Piano sanitario di istruzione e formazione del personale, nonché attraverso un'opera di informazione collettiva.

INDICATORI O.M.S.:

31.03.01 Tasso di mortalità per appendicite, per 100.000 abitanti (0-64 anni):

Per l'Italia questo dato è 0,74 nel 1970, 0,19 nel 1980 e 0,09 nel 1983.

31.03.02 Tasso di mortalità per ernia inguinale, per 100.000 abitanti (0-64 anni):

Per l'Italia questo dato è 2,05 nel 1970, 1,08 nel 1980 e 0,67 nel 1983.

31.03.03 Tasso di mortalità per effetti negativi di agenti terapeutici (0-64 anni):

Per l'Italia questo dato è 0,03 nel 1985.

31.03.04 Tasso di mortalità per appendicite, per 100.000 abitanti (tutte le età):

Per l'Italia questo dato è 0,22 nel 1970, 0,37 nel 1980 e 0,27 nel 1983.

31.03.05 Tasso di mortalità per ernia inguinale, per 100.000 abitanti (tutte le età):

Per l'Italia questo dato è 7,64 nel 1970, 4,71 nel 1980 e 4,10 nel 1983.

31.03.06 Tasso di mortalità per effetti negativi di agenti terapeutici (tutte le età):

Per l'Italia questo dato è 0,05 nel 1985.

E' stato proposto anche l'indicatore seguente:

31.02.02: Vittime per 100.000 di avvelenamenti accidentali, farmacologici/biologici.

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

L'Organizzazione mondiale della sanità consiglia, per questo obiettivo, ricerche nei seguenti settori:

- A) Definizione di qualità;
- B) Come assicurare assistenza di alta qualità.

Per maggiori dettagli vedere l'appendice IV.

1.2.6. Introduzione di norme legislative di appoggio alla strategia della salute per tutti

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 33:

Entro il 1990, tutti gli Stati membri dovrebbero avere accertato che le loro politiche e strategie siano in linea con i principi della salute per tutti e che le loro legislazioni e normative ne rendano effettiva l'attuazione in tutti i settori della società.

Strategia nazionale:

Il dibattito sullo stato di attuazione della legge di riforma del Servizio sanitario nazionale, a dieci anni dalla sua emanazione, in una prospettiva di confronto internazionale e di crisi del "welfare state", ha animato anche in Italia le sedi politiche competenti.

Un migliore adeguamento della legge 833 alle necessità attuali è stato proposto attraverso una serie di disegni di legge di modifica della stessa a partire da quello di iniziativa governativa.

Il confronto sulla rispondenza dei principi dell'O.M.S. alla normativa statale e regionale è stato fatto anche in occasione di discussioni nazionali ed internazionali, a tutti i livelli, e durante l'Assemblea mondiale della sanità e le Riunioni del Comitato O.M.S. per la regione europea.

INDICATORI O.M.S.:

33.01.01 Ratifica della politica della salute per tutti al più alto livello ufficiale (Indicatore mondiale n. 1)

L'Italia, oltre ad avere aderito ufficialmente a tale politica a mezzo delle proprie Delegazioni all'Assemblea mondiale della sanità ed al Comitato regionale O.M.S. per l'Europa, ne ha adottato i principi nel quadro della legge n. 833 del 1978.

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

L'Organizzazione mondiale della sanità propone, in merito, ricerche nei seguenti settori:

- A) Monitoraggio e valutazione del progresso della politica;
- B) Dimostrare quali sono gli effetti della politica.

Per maggiori dettagli vedere l'appendice IV.

1.2.7. Adozione di meccanismi di valutazione sistematica delle tecnologie impiegate nell'ambito della sanità

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 38:

Entro il 1990, tutti gli Stati membri dovranno avere istituito un sistema ufficiale per la valutazione sistematica dell'uso appropriato delle tecnologie sanitarie e della loro efficacia, efficienza, sicurezza ed accettabilità e per stabilire che corrispondano alle politiche nazionali ed alle limitazioni di carattere economico.

Strategia nazionale:

La valutazione sistematica dell'uso appropriato delle tecnologie sanitarie costituisce una delle direttrici lungo le quali dovranno muoversi i programmi del Piano sanitario nazionale, con particolare riferimento alla valutazione dei costi delle prestazioni sanitarie, anche attraverso l'attivazione di un sistema di sorveglianza nazionale, nonché di valutazione dei risultati finali conseguiti.

In riferimento alla valutazione sistematica dell'uso appropriato di tecnologie sanitarie, sono state già emanate norme di qualità per i presidi medico-chirurgici nell'ambito della normativa esistente.

In particolare l'ISPESL ed i presidi multizonali di prevenzione garantiscono l'attività di divulgazione ed i controlli per la parte attinente la prevenzione e la sicurezza del lavoro.

INDICATORI O.M.S.:

38.01.01 Esistenza di un meccanismo di valutazione sistematica della tecnologia sanitaria.

Un meccanismo per la valutazione sistematica è previsto nel Piano sanitario nazionale.

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

L'Organizzazione mondiale della sanità suggerisce, per questo obiettivo, ricerche nei seguenti settori:

- A) Conseguenze della tecnologia sanitaria;
- B) Diffusione della tecnologia sanitaria;
- C) Tappe per la tecnologia sanitaria;
- D) Infrastrutture per gli accertamenti.

Per maggiori dettagli vedere l'appendice IV.

PAGINA BIANCA

TITOLO II

SINTESI DELLA RELAZIONE SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE 1988

CONSIDERAZIONI GENERALI SULLO STATO DI SALUTE DEGLI ITALIANI

Passando all'esame dei principali indicatori, per quello che riguarda lo stato di salute della popolazione, va rilevato che nella presente Relazione sono posti a confronto, per la prima volta, gli indici italiani con quelli messi a punto dall'Organizzazione mondiale della sanità (O.M.S.) e, pertanto, confrontabili a livello internazionale.

Si è voluto, inoltre, richiamare i 38 obiettivi specifici dell'O.M.S. su cui si basa la strategia per la salute per tutti nell'anno 2000, varata dall'Organizzazione, con riferimento ai paesi europei, nonché la descrizione di una serie di ricerche, sempre proposte dall'O.M.S., finalizzate nei settori di riferimento ad un progresso costante del sistema sanitario.

Dal confronto sommario tra Italia e indicatori medi europei risulta che il nostro paese è sostanzialmente in linea sia per quanto riguarda le indicazioni programmatiche (questo vale ad esempio nei settori degli anziani, dell'handicap, della salute mentale, della lotta all'AIDS e alle tossicodipendenze, nella tutela della salute della donna, dell'infanzia e dei lavoratori), sia per i livelli di salute della popolazione come dimostrano i dati sulla mortalità e morbosità che pongono, anzi, in alcuni casi l'Italia al di sopra delle medie europee.

La salute degli italiani è, infatti, sostanzialmente protetta dal sistema che, come rilevato prima, pecca più nei modi e nei tempi di risposta che non nella efficacia terapeutica delle prestazioni erogate, spesso ad altissimo livello di contenuto scientifico e tecnologico. Uniformi anche i trends di crescita della popolazione che fanno anzi rilevare una speranza di vita alla nascita per gli italiani superiore di circa 1 anno alla media europea, cui fa fronte un progressivo invecchiamento della popolazione, anche se va rilevato un incremento sul numero delle nascite di 17 mila unità rispetto al 1987 che interrompe il trend in diminuzione tipico degli anni più recenti.

Per quanto riguarda la mortalità, le malattie del sistema circolatorio restano la prima causa di morte con un'incidenza del 45%, seguono i tumori con il 26% e poi via via tutte le altre cause con percentuali sostanzialmente invariate negli ultimi dieci anni, tranne quelle per malattie infettive in progressiva diminuzione.

L'attenzione delle autorità sanitarie si è comunque concentrata anche nel 1988 verso i fenomeni emergenti che hanno caratterizzato quest'ultimo decennio e cioè la diffusione dell'uso della droga, il propagarsi del virus dell'AIDS e il degrado dell'ambiente con tutte le ripercussioni sullo stato di salute della popolazione.

Per la droga, il 1988 sarà ricordato come l'anno di avvio del processo di riforma dell'attuale normativa per la lotta all'uso e al traffico di sostanze stupefacenti, tuttora all'esame del Parlamento, mentre si rileva un costante incremento delle morti per overdose, del resto in linea con quanto accade in numerosi altri paesi. Da rilevare, sempre in questo settore, un aumento delle strutture per la terapia e la riabilitazione dei tossicodipendenti con un sempre crescente apporto del privato.

Significativamente collegata all'uso della droga anche la diffusione dell'AIDS che in Italia si caratterizza per una altissima percentuale di tossicodipendenti affetti dal virus, rispetto al totale dei casi, contrariamente a quanto avviene nella maggior parte dei paesi esteri. Per la lotta all'AIDS nel 1988 si è dato ulteriore incremento agli interventi già avviati precedentemente e soprattutto si è previsto uno specifico programma all'interno della proposta di Piano sanitario nazionale per il triennio 1989-1991.

Sull'ambiente, infine, va registrato che le iniziative fino ad oggi intraprese non sono state sempre coordinate in modo coerente agli obiettivi prefissati: questo vale non tanto a livello di programmazione generale, dove si fa strada una metodologia di confronto e proposizione comune nei diversi settori, quanto a livello di interventi operativi per i quali l'attuale normativa risulta, se non carente, certamente non compiutamente definita per quanto riguarda competenze e ruolo delle strutture sanitarie preposte al controllo dell'ambiente di vita e di lavoro. Al di là, comunque, delle necessità di soluzioni più rispondenti alle esigenze emerse in questi ultimi anni, va sottolineata l'opportunità di una strategia più ampia ed articolata in grado di porre l'emergenza ambiente tra le grandi emergenze del paese.

2.1. Popolazione

La popolazione residente al 31 dicembre 1988 era di 57.504.691 unità, con un aumento di 105.583 unità rispetto al 1987, di cui 25.510.154 al Nord, 10.970.118 al Centro e 21.024.419 al Sud. L'incremento è stato dell'1,8 per mille contro l'1,9 del 1987.

Natalità

Nel 1988 si sono avute 577.856 nascite contro le 560.265 del 1987. Il quoziente di natalità è risultato del 9,9 per mille contro il 9,6 del 1987. Tale aumento interrompe una lunga serie di nascite annuali in diminuzione. Quale regione con la più alta natalità si conferma la Campania con il 14,2 per mille, la più bassa la Liguria con il 6,5.

Mortalità

Nel 1988 il numero dei morti (riferiti alla popolazione residente) è stato di 537.545 contro i 534.933 del 1987. Il quoziente di mortalità è stato del 9,3 per mille come nel 1987. La regione a più alta mortalità è la Liguria con il 13,3 per mille, quella più bassa la Puglia con il 7,3. Questi valori dipendono dal fatto che nelle regioni meridionali prevalgono nella popolazione le classi più giovani ed in quelle settentrionali le più anziane.

Sopravvivenza alla nascita

Un indicatore particolarmente valido per apprezzare la situazione socio-economico-sanitaria della popolazione è costituito dalla speranza di vita o vita media.

Nel 1985 (ultimo dato disponibile) la speranza di vita alla nascita era di 72,01 anni per i maschi e di 78,61 anni per le femmine. Nel 1984 i valori erano rispettivamente 71,58 e 78,12. Per quanto riguarda i confronti internazionali, il valore italiano non è dissimile da quello degli altri paesi dell'Europa occidentale. Il valore in assoluto più alto è per gli uomini quello della Svezia (73,8) e per le donne quello del Giappone (80,5).

2.2. Le cause di morte degli Italiani

Le principali cause di morte sono riconducibili a due gruppi: i tumori con il 26,6 per cento del totale dei morti e le malattie del sistema circolatorio con il 44,7 per cento.

Fra le cause di morte numerosi sono i tassi in diminuzione. Tra questi quelli delle malattie infettive e parassitarie e quelli delle malattie dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente. La mortalità per malattie del sistema circolatorio, tra cui quelle ischemiche e particolarmente quelle coronariche, è risultata costante o in aumento fino agli ultimi anni dello scorso decennio. Successivamente ha cominciato a diminuire in modo consistente scendendo dal 47,8 per cento del 1980 al 44,7 per cento del 1987.

Meritano sicuramente attenzioni particolari due cause di morte: diabete e cirrosi epatica, quest'ultima infatti ha mostrato un aumento preoccupante soprattutto nell'Italia del Sud.

Per quanto riguarda i suicidi nel 1988 se ne sono verificati 3.810 (2.697 uomini e 1.113 donne) contro i 4.081 (2.899 uomini e 1.182 donne) del 1987. Il maggior numero di suicidi si è verificato nella classe di età superiore ai 65 anni.

2.3. Malattie infettive e non infettive

Malattie infettive

Nel 1988 sono stati notificati 381.940 casi di patologie infettive.

Gli anni '80 stanno vivendo importanti fasi di trasformazione nel modo di vita degli italiani: un inesorabile progresso economico e culturale, importanti effetti demografici, significative modifiche ambientali.

Tutto questo influisce profondamente sulla storia naturale delle malattie infettive, da tempo ormai chiaramente definite come dipendenti dai fattori socio-economici ed ambientali in cui si determinano.

E' possibile identificare alcuni di questi fattori, determinati dal profilo della patologia infettiva del Paese: in particolare l'invecchiamento progressivo della popolazione, l'aumento al ricorso ai servizi ed alla strumentalità diagnostica in medicina, causa di continua iatrogenesi, lo sviluppo di nuovi farmaci con relative pressioni selettive sull'ecologia microbica, il progressivo miglioramento delle condizioni di igiene e di nutrizione della popolazione.

Dopo un'ottimistica fase in cui le infezioni sembravano completamente debellabili dagli antibiotici, dai vaccini e dal miglioramento socio-economico, si torna a considerare l'infezione quale importante capitolo della "non salute" della persona.

In breve il quadro dell'infezione in Italia si può sintetizzare:

1. Calo progressivo delle infezioni "della miseria": le infezioni a trasmissione orofecale, le parassitosi, alcune zoonosi.

2. Diminuzione della patologia infantile.
3. Aumento delle infezioni da manipolazione collettiva degli alimenti.
4. Aumento della patologia infettiva dell'anziano, in particolare la patologia respiratoria.
5. Esplosione delle infezioni iatrogene.
6. Aumento delle infezioni della vita adulta quali quelle sessualmente trasmesse.
7. Emergenza di nuovi invasivi agenti (infezioni da HIV).

AIDS

Particolare problema rivestono le infezioni da HIV (virus dell'immunodeficienza umana) per le gravi implicazioni sulla rete assistenziale ospedaliera e territoriale.

Infatti ai 3.008 casi di AIDS notificati al dicembre 1988 va aggiunta una cifra di almeno 80 mila soggetti infetti dal virus e, di questi, la metà con sintomatologia clinica di diversa gravità.

Due gli elementi che caratterizzano meglio il problema: gli ammalati da HIV non sono "acuti", ma la malattia dura "quoad vitam" e necessita di assistenza e diagnostica sofisticata e specializzata.

L'infezione è in esplosione epidemica: il numero dei casi di AIDS raddoppia ogni anno.

Epatiti virali

L'incidenza delle epatiti acute, in questi ultimi anni, è diminuita in modo rilevante. Tale decremento pure interessando tutti e tre i tipi di epatite è stato maggiormente evidente per l'epatite A. L'incidenza di epatite A è risultata nel suo complesso più elevata nelle età infantili e giovanili e, a differenza degli anni precedenti, maggiore al Nord rispetto al Sud.

L'epatite B e l'epatite non A, non B sia al Nord-Centro che al Sud hanno interessato maggiormente le età giovanili probabilmente per il ruolo che hanno, nella diffusione dell'infezione in questa età, le abitudini sessuali e la tossicodipendenza.

L'attenzione rivolta a questa patologia è molto rilevante tant'è che si è intensificata la campagna vaccinale gratuita contro l'epatite B.

Malattie non infettive

Patologia genetica

Le malformazioni congenite e le malattie genetiche hanno interessato il 3 per cento di tutti i nati vivi; sono state responsabili del 30 per cento circa dei ricoveri ospedalieri nei reparti pediatrici, del 25 per cento delle morti infantili. Dal punto di vista individuale e collettivo il tasso di morbosità è più importante del tasso di mortalità. Le malattie genetiche e quelle congenite sono responsabili di più dell'85 per cento dei casi di ritardo psicomotorio, di handicap mentale e/o fisico e più del 5 per cento dei bambini di sette anni di età presenta forme di disabilità dovuta a malattie genetiche e congenite.

Per la diagnosi, la prevenzione e lo studio delle malattie genetiche e dei difetti congeniti in generale sono necessari:

- a) servizi adeguati in grado di svolgere anche una consulenza genetica;
- b) laboratori specializzati per la diagnostica pre e post natale;
- c) personale professionalmente preparato;
- d) attrezzature adeguate al progresso tecnologico.

Patologie cardiovascolari

Sono la prima causa di morte della popolazione italiana, 234.712 per il 1987 (pari al 44,7 per cento del totale). La mortalità per le malattie del sistema circolatorio, tra le quali quelle ischemiche ed, andando ancor più nello specifico, quelle coronariche, è risultata costante o in aumento fino agli ultimi anni dello scorso decennio, successivamente ha iniziato a diminuire in modo consistente riproducendo anche in Italia un fenomeno già osservato in gran parte delle nazioni sviluppate del mondo occidentale.

Ipotiroidismo congenito

Sono stati notificati 150 nuovi casi di ipotiroidismo congenito grazie allo screening neonatale effettuato su circa l'80 per cento di tutti i nati del Paese, con una variazione lieve rispetto al precedente anno; pertanto l'incidenza dell'ipotiroidismo congenito è stata di un caso ogni 2.763 persone screenate.

Nel 1987 i centri di screening operanti sono stati 19

L'incidenza media dell'ipotiroidismo congenito nelle varie regioni o bacini di utenza, in rapporto alla media nazionale calcolata su oltre 3 milioni di pazienti esaminati dal 1977 al 1987, è di un caso ogni 3.080 soggetti screenati.

Diabete

Manca una stima della prevalenza della malattia nel Paese, mentre esiste una indagine sulle 416 strutture di trattamento della malattia censite dal Ministero della Sanità. Il totale dei soggetti assistiti è risultato di 709.840.

Fra le regioni italiane il primato di soggetti diabetici spetta alla Lombardia con 152.715 casi, seguita dall'Emilia-Romagna con 83.317, anche se questa regione è comunque in testa per quanto riguarda l'indice diabetici/popolazione.

La mortalità per il diabete ha mostrato aumenti consistenti dal 1978 al 1983 per poi diminuire negli ultimi anni.

Considerando l'incidenza dei decessi per diabete su quelli per tutte le cause, dal 1900 al 1975 si è osservato che questo indice è andato aumentando costantemente dall'inizio del secolo: dallo 0,14 per cento è passato al 2,36 per cento.

Patologia neoplastica

Le morti per patologie neoplastiche sono state, per il 1987, 139.624. Il tasso di mortalità per tumori maligni in Italia, in tutte le età e per centomila abitanti, era di 188,45 per il 1970, 198,44 nel 1980, 209,70 per il 1983 e 236,7 per il 1986.

La strategia nazionale per tale patologia, che rappresenta la seconda causa di morte nel Paese prevede linee di azione legate ad una serie di interventi, da quelli per ridurre l'inquinamento dell'aria alle linee strategiche per la prevenzione, la diagnosi precoce e la terapia della patologia neoplastica e l'azione programmata "oncologia" prevista nel Piano sanitario nazionale.

L'azione pubblica nel settore della prevenzione è rivolta essenzialmente all'abbattimento dei tumori occupazionali che, in alcuni settori, può considerarsi ormai acquisito.

La campagna europea contro i tumori si propone soprattutto di sottolineare il ruolo della prevenzione e di superare i problemi di ordine emotivo a volte irrazionali che determinano ripercussioni negative sia sui malati che sui familiari.

2.4. Ambienti di vita e di lavoro

Aria

Nel 1988 particolare attenzione è stata posta all'attuazione di Direttive CEE in materia di qualità dell'aria e il Ministero della Sanità ha predisposto, nell'ambito del programma EMEP (Environmental Monitoring European Program), promosso dalla Commissione Economica per l'Europa (ECE), le tavole statistiche concernenti il grado di inquinamento atmosferico, ricavato in base ai dati più recenti.

Per quanto riguarda le deposizioni atmosferiche i dati raccolti dall'Istituto italiano di idrobiologia del CNR per gli anni 1975-76 e 1986-87 hanno evidenziato un aumento del 65 per cento delle concentrazioni di nitrati, mentre per i solfati una diminuzione tra il 15 e il 18 per cento. Inoltre su tutto il bacino imbrifero del Lago Maggiore le deposizioni acide hanno presentato valori di pH medio-annuo compresi fra 4,3 e 4,5. Dai dati raccolti nelle stazioni dell'Italia settentrionale si è rilevato che le deposizioni acide interessano il nord del Piemonte, il bacino imbrifero del Lago Maggiore e la parte occidentale della Lombardia. Per il restante territorio nazionale le aree interessate da deposizioni acide sono: Toscana, Marche, Campania, Sicilia e Sardegna.

Si sottolinea a proposito la necessità di una ristrutturazione, peraltro già in corso, degli attuali servizi di rilevamento dell'inquinamento atmosferico, al fine di pervenire ad una conoscenza effettiva della situazione.

Quanto ai dati sulla concentrazione di biossido di zolfo, anidride solforosa e particelle sospese, sono attualmente disponibili i dati rilevati nel 1987 in Italia, dalla cui lettura si evince una riduzione dell'inquinamento da biossido di zolfo, come risultato ottenuto in applicazione della legge 615/1966.

Acqua

Con riferimento al grado di inquinamento dell'acqua, nel 1988 il Ministero della Sanità è intervenuto, attraverso ordinanze, per vietare l'uso dei presidi sanitari contenenti atrazina, molinate e bentazone le cui concentrazioni nelle acque potabili di certe zone (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna e Marche) risultavano più alte di quelle previste come soglia, secondo la direttiva CEE 80/778 sui requisiti che debbono avere le acque destinate al consumo umano.

Anche per il 1988 la situazione relativa alle caratteristiche di qualità dei corpi idrici nazionali non si discosta da quella degli anni precedenti. Peraltro, pure in assenza di variazioni significative rispetto al passato, nel 1988 sono esplose alcune 'emergenze ambientali' che hanno riguardato, oltre che le acque destinate al consumo umano, anche le acque di balneazione ed il fenomeno dell'eutrofizzazione. Per quanto concerne le acque in distribuzione, l'Istat ha in corso un censimento degli acquedotti, i cui dati saranno disponibili nel 1989. Circa il grado di inquinamento delle acque costiere, nel 1988 è stato completato il programma di collegamento delle strutture periferiche addette al controllo con il Sistema Informativo Sanitario Centrale (SIS), con incremento nell'anno 1988, rispetto al 1987, dei punti di campionamento e dei campioni prelevati. I risultati che ne sono scaturiti hanno evidenziato che dei 36.235 campioni elaborati 31.647 (pari all'87,3 per cento) sono risultati favorevoli per tutti i parametri di cui al decreto del Presidente della Repubblica 470/82 e successive modifiche.

Per quanto riguarda gli sversamenti in mare di idrocarburi, in base ai dati forniti dal Ministero della Marina Mercantile rielaborati dal GISA (Gruppo interdisciplinare studi ambientali), si possono stimare in circa 865 mila chili a partire dall'anno 1977 fino al 1988. Un fenomeno che si è manifestato particolarmente intenso è stato quello dell'eutrofizzazione che ha riguardato le coste nord adriatiche e va menzionato a proposito che nel 1988 si è provveduto al monitoraggio del livello trofico delle acque, sia marine che lacustri, così come previsto dalla legge n. 7 del 1986, che detta norme per il contenimento dei fenomeni di eutrofizzazione.

L'esame dei dati concernenti le acque lacustri riguarda 43 laghi italiani, per un totale di 594 punti di prelievo nel 1988.

I campionamenti effettuati sono stati 5.772 in 551 punti di prelievo: si registra rispetto al 1987 un incremento sia dei punti campionati (4,21) che dei campioni prelevati (227). I risultati hanno dimostrato che dei 4.902 campioni elaborati, 3.168 (pari al 64,6 per cento) risultano favorevoli per tutti i parametri di cui al D.P.R. 470/82 e successive modificazioni.

Anche se, per i diversi criteri adottati, i dati non sono completamente confrontabili per tutti i laghi, si rileva che per i laghi di maggiore estensione la situazione rispetto al 1987 è migliorata. Per le acque fluviali di balneazione i dati riguardano 15 corsi d'acqua del nord. Dei 573 campioni elaborati per 8 corsi d'acqua il 15,3 per cento risulta favorevole per tutti i parametri di cui al D.P.R. 470/82.

Suolo: smaltimento dei rifiuti

La quantità di rifiuti urbani (r.u.) (compresi i rifiuti speciali assimilabili ai r.u.), prodotta annualmente, è stimata in 18 milioni di tonnellate, e quella dei rifiuti speciali in 80 milioni di tonnellate. Allo stato, la redazione dei Piani regionali di smaltimento dei rifiuti, previsti dalla legge n. 441 del 1987, quale strumento essenziale di programmazione, non ha ancora dato i risultati sperati, perché solo alcuni piani sono stati predisposti.

Nel 1988 è stata emanata la legge n. 475 per lo smaltimento dei rifiuti industriali, che ha previsto procedure di emergenza e procedure a regime, con l'istituzione del catasto dei rifiuti speciali, mentre a partire dal 1990 la raccolta in un sistema unitario, articolato su scala regionale, consentirà di disporre di tutti i dati relativi ai soggetti produttori e smaltitori di rifiuti.

Per quanto attiene i rifiuti tossici e nocivi, in mancanza di un catasto ufficiale, la stima è di una produzione annua da 2 milioni a 5 milioni di tonnellate, elevabile a

15 milioni, se si accettasse l'ipotesi dell'OECD (Organizzazione Comune per lo Sviluppo Economico), secondo cui un terzo dei rifiuti industriali deve essere considerato tossico e nocivo. Soltanto una piccola frazione di tali rifiuti, pari a 400.000 tonnellate annue, viene trattata e smaltita in maniera controllata in impianti centralizzati di solidificazione (Modena, Torino, Brescia) ed in impianti di incenerimento (Mantova, Ferrara, Porto Marghera e Nera Montoro). Comunque va rilevato che tutta la materia è in continua evoluzione, anche con l'approntamento dei Piani regionali, che devono indicare le linee generali di intervento.

Sicurezza ambientale nei settori industriali e rischio da radiazioni

La Direttiva CEE sulla prevenzione degli incidenti connessi con determinate attività industriali, cosiddetta Direttiva Seveso, è stata recepita in Italia soltanto nell'anno 1988, ma già nell'anno 1985 era stato effettuato, dal Ministero della Sanità, un censimento delle attività industriali a rischio di incidente rilevante e notificato alle aziende a rischio l'obbligo di presentare un rapporto sulla sicurezza degli impianti. Come fatto emergente sembra importante ricordare l'incidente avvenuto alla "Farmoplant" di Massa Carrara dovuto al versamento nelle acque circostanti di notevole quantità di insetticida "Rogor".

Anche nell'anno 1988 è stata condotta attività di controllo delle radiazioni ionizzanti, cui va aggiunta l'attività di rilevamento della radioattività ambientale, che ha assunto un interesse crescente dopo Chernobyl.

Per quanto riguarda l'impatto sanitario ed ambientale, dovuto all'esercizio degli impianti elettronucleari, va rilevato che i livelli di esposizione si sono sempre mantenuti al di sotto di quelli fissati dall'attuale legislazione.

Nell'ambito dell'attività di coordinamento, condotta dall'ENEA-DISP, nell'anno 1988 è stato messo a punto un programma di monitoraggio volto alla determinazione del contenuto di radioattività nei principali alimenti costituenti la dieta, sia di produzione locale che importati (cereali, latte di centrale, carne bovina e suina, vegetali a foglia, frutta nonché alcuni prodotti alimentari industriali).

Per quanto riguarda le radiazioni non ionizzanti, va rilevata la mancanza, in Italia, di normative volte a limitare l'emissione di campi elettromagnetici non ionizzanti.

Inquinamento acustico

Negli ultimi anni, in considerazione della crescente sensibilizzazione della collettività al problema dell'inquinamento da rumore, sono state condotte numerose indagini, che, allo stato però, non hanno ancora assunto carattere sistematico.

Le indagini condotte in 23 città italiane e gli ulteriori dati scaturiti dalla Campagna "Treno Verde" condotta nel 1988 dalla Lega per l'Ambiente e dalle Ferrovie dello Stato in 20 città italiane hanno dimostrato valori superiori, nel corso delle 24 ore, ai livelli raccomandati dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) pari a 65 dB per il periodo diurno e 55 dB per il periodo notturno al di sopra dei quali il rumore è da considerare non accettabile per i danni che ne derivano. I dati raccolti delineano una situazione preoccupante per l'inquinamento acustico, che ha raggiunto livelli tali da costituire una concreta minaccia per la salute della collettività e pongono la necessità di un inderogabile intervento legislativo sui limiti di rumorosità ambientale.

Abusivismo edilizio

Accanto a questo preoccupante dato sull'inquinamento acustico vanno segnalati i fattori di rischio degli insediamenti umani legati al fenomeno dell'abusivismo edilizio ed alle conseguenti gravi carenze igieniche delle abitazioni, anche in assenza di adeguato smaltimento dei rifiuti solidi.

Le abitazioni abusive stimate dal CRESME (Centro Ricerche economiche, sociologiche e di mercato dell'edilizia) tra il 1971 e il 1981 sono 1.370.000, di cui il 76,3 per cento è concentrato al Sud.

Incidenti domestici e del traffico

Nel 1988 i decessi sono stati circa 9.000, i feriti 228 186 (si prevede che il quadro di mortalità e morbosità verrà modificato dall'uso obbligatorio dei dispositivi di sicurezza). A quest'ultimo proposito si osserva, come risulta dalle figure, un incremento di morti e feriti nell'anno 1988 probabilmente dovuto ad un minor uso del casco ed al fatto che molti utenti portano lo stesso slacciato, vanificandone così l'efficienza.

Per quanto riguarda gli incidenti domestici, questi eventi presentano una mortalità piuttosto alta sul totale degli incidenti (1/2 di tutte le morti per incidenti). Dal 1969 al 1988 sono morte circa 220.000 persone in seguito ad incidenti stradali.

L'obiettivo proposto dall'OMS per il 2000 consiste nella riduzione dei decessi dovuti a incidenti di almeno il 25 per cento.

L'Italia si propone di effettuare campagne di educazione sanitaria sui rischi da incidenti e l'introduzione di norme di sicurezza per prevenire gli incidenti da traffico.

Per ottenere sufficienti informazioni e dati sugli incidenti stradali e non, il Ministero della Sanità ha avviato un programma di ricerca nell'ambito di tre regioni (progetto SISI - Istituto Superiore di Sanità e Regioni Marche, Liguria e Molise). Il programma è composto di sei linee di intervento: linea di documentazione, di sorveglianza, punti neri, gruppi a rischio (analisi dati, mortalità, morbosità, situazione epidemiologica), fattori umani, educazione (dato sconcertante è che negli ultimi 20 anni circa mezzo milione di italiani è morto per incidenti).

Infortuni e malattie professionali

Industria

I casi di patologia da lavoro industriale, indennizzati dall'INAIL, sono risultati, nel 1988, 729.305 di cui 708.365 sono infortuni e 19.984 malattie professionali. Nel complesso i casi mortali sono stati 2.495, i casi con inabilità permanente 50.918, con inabilità temporanea 675.892. Si registra, rispetto al 1987, un aumento del 10,69 per cento dei casi nel complesso, con un incremento di +214,65 per la silicosi e l'asbestosi.

Il trend di casi di infortuni e di malattie professionali presenta tra il 1983 e il 1986 una notevole flessione e una nuova crescita nel 1987 e nel 1988.

I maggiori casi di infortunio si sono registrati nel settore metallurgico (166.657), costruzioni (130.931), mentre la mortalità (in valori assoluti) più alta si registra nelle costruzioni (281) e trasporti (129).

Agricoltura

Nel 1988, l'INAIL ha indennizzato in agricoltura 241.556 eventi dannosi di cui 522 casi mortali, 20.959 casi di inabilità permanente e 220.075 casi di inabilità temporanea. La percentuale più alta ha riguardato gli infortuni, 99,6 per cento, ai quali va addebitata quasi tutta la mortalità (509 casi), quasi tutti gli esiti invalidanti più gravi (20.200 casi).

Rispetto al 1987 l'aumento medio del fenomeno patologico complessivo è stato di circa l'11 per cento. (Il trend dei casi di infortunio e malattia professionale si può dire quasi analogo a quello evidenziato per l'industria).

Patologie emergenti

I dati INAIL, che evidenziano una generale lievitazione degli eventi dannosi in ambienti di lavoro e un notevole aumento della mortalità, che passa da 2.011 a 3.017 casi, rispecchiano, secondo alcuni, un peggioramento della situazione più apparente che reale, conseguente all'ottimizzazione del sistema informativo. Comunque il livello generale degli eventi dannosi è pur sempre preoccupante e si propone, nel breve periodo, l'intervento in determinate patologie accanto all'impostazione di un sistema informativo nazionale per il monitoraggio delle attività produttive con finalità di prevenzione nei luoghi di lavoro.

2.5. Materno-infantile

Nati-mortalità

In Italia sono stati registrati 3.504 nati morti nel 1988 contro i 3.486 nati morti nel 1987. Il quoziente di nati-mortalità (rapporto tra numero nati morti e nati, vivi o morti) è stato pari al 6,1 per mille nel 1988 ed al 6,2 nel 1987 e nel 1980 8,2 per mille. Rispetto al 1980 la riduzione è stata del 25 per cento. I tassi regionali variano nel 1988 da un minimo del 4,5 per mille nel Veneto ad un massimo del 9,3 in Sardegna.

Mortalità perinatale

I nati morti e i morti nella prima settimana di vita sono stati 6.864 nel 1988 contro i 6.941 nel 1987. Il tasso nazionale che era pari al 17,5 per mille nel 1980 continua a diminuire ed ha raggiunto il 12,8 per 1000 nati nel 1986 e il 12,4 nel 1987 e l'11,9 per il 1988. Si osserva comunque che, nonostante i decrementi, le differenze geografiche permangono. La regione più sfavorita è la Sardegna, 16,2 per mille, quella più favorita è il Friuli-Venezia Giulia con il 6,5 per 1000.

Mortalità infantile

Il numero dei morti nel primo anno di vita è stato di 5.144 nel 1988, pari al tasso di 9 per mille nati vivi, contro i 5.312 del 1987 pari al tasso di 9,6. Il tasso di mortalità infantile era stato 14,2 per mille nati vivi nel 1980. Come per la nati-mortalità e per la mortalità perinatale si nota che, pure in un contesto di netto miglioramento, le differenze territoriali permangono.

Mortalità materna

Le donne morte per complicanze della gestazione, del parto e del puerperio sono state nel periodo 1° gennaio-30 settembre 1988 in numero di 35 contro 29 del 1987 e 36 del 1986, considerando lo stesso periodo.

Interruzioni volontarie di gravidanza

Il numero delle IVG per il 1988 è risultato di 179.193 unità con un decremento, rispetto al 1987, del 6,4% ed al 1982 del 23,7%.

E' da rilevare che i dati relativi al 1988 sono stati calcolati sulla base di stime: non sono infatti risultati disponibili i dati analitici del Piemonte; del Friuli sono analizzati i dati del 1° semestre e della Calabria e dell'Abruzzo del solo 1° trimestre; della Sicilia è stato possibile analizzare solo il primo mese dell'anno.

Dai dati elaborati per l'anno 1988 risulta che in tutte le regioni d'Italia si è registrato un decremento del numero degli aborti.

Fa eccezione solo la Sardegna, che nel 1988 ha contato 4.011 interruzioni volontarie di gravidanza, 185 in più rispetto all'anno precedente, pari ad una variazione percentuale di +5,1.

La regione che presenta il più alto tasso di abortività è la Puglia, con un valore del 20,3 per mille donne in età feconda. Seguono l'Umbria, con un tasso di abortività pari a 15,9, l'Emilia-Romagna con 15,6 e il Molise con 15,3.

Il minore tasso di abortività si è registrato nella provincia autonoma di Bolzano, con un valore pari a 4,6; seguono le regioni Veneto con 6,4, Calabria con 6,7 e Basilicata con 7,7. Per quanto riguarda il rapporto di abortività (n. IVG/1000 nati vivi) il maggiore valore si riscontra in Emilia-Romagna, con 564 aborti per 1000 nati vivi. Seguono la Liguria con un rapporto di abortività pari a 497,9, la Toscana con 468,0, l'Umbria con 456,9 e il Piemonte con un valore pari a 450,9.

L'Italia centrale rappresenta, sia per il tasso (14,2) che per il rapporto di abortività (407,8), l'area geografica in cui si manifesta la maggiore concentrazione dei fenomeni presi in considerazione.

L'Italia insulare invece registra i valori più bassi, con un tasso di abortività pari al 9,6 e il rapporto di abortività pari a 194,7.

C'è da tenere presente, comunque, che specialmente nell'Italia meridionale esiste un ampio ricorso all'aborto clandestino.

Il dato numerico per l'anno 1987 è di 191.469 IVG, con una variazione percentuale in valori assoluti rispetto al 1982 di -26,5% per l'Italia settentrionale e di -21,8% per l'Italia centrale. La variazione percentuale relativa al 1987 rispetto al 1986 corrisponde per tutta la penisola a -3,5%.

Le stime per l'anno 1987 dell'Istituto superiore di sanità, infatti, evidenziano circa 85.000 aborti fuori legge.

2.6. Giovani e adolescenti

Per anni si è trascurata la salute dei giovani ritenendoli relativamente al riparo dalle malattie e generalmente meno vulnerabili delle altre fasce di età. Ma il loro comportamento e, quindi, la loro salute sono estremamente sensibili alle condizioni sociali,

considerevolmente cambiate nella nostra epoca. Le modificazioni dei costumi e degli stili di vita hanno accresciuto i rischi di gravidanze non desiderate, di malattie a trasmissione sessuale ed ha fatto pesare una nuova minaccia: quella dell'AIDS. Infatti almeno la metà delle persone affette da HIV ha meno di 25 anni.

Tabacco, alcool, droga, rischi di incidenti con conseguente invalidità, abitudini alimentari diverse sono tutti fattori che incidono sulla salute dei giovani.

In numerosi Paesi, l'adolescenza rappresenta la sola classe in cui la mortalità è in aumento per incidenti; proporzioni considerevoli si hanno anche per l'aumento di invalidità

Il tabacco è la droga più frequentemente utilizzata e più largamente distribuita nel mondo ed il tabagismo è la causa più importante di decessi evitabili nei Paesi industrializzati. L'uso del tabacco tuttavia comincia in età sempre più precoce, molto prima dei 18 anni soprattutto da parte delle donne. Più l'uso del tabacco comincia presto e più la speranza di vita diminuisce: tale diminuzione è calcolata in otto anni se l'uso del tabacco inizia a 15 anni e in 4 se inizia a 25. La cattiva salute cronica e la mortalità associata all'uso del tabacco si manifestano generalmente dopo 20 o 30 anni di tabagismo. Uno studio recente ha dimostrato che gli uomini metabolizzano la nicotina più rapidamente delle donne: sono quindi necessarie, spesso, meno sigarette alle donne per raggiungere gli stessi tassi di nicotina. Di conseguenza sono soggette agli stessi problemi degli uomini che fumano più di loro.

2.7. Handicap

Nel 1988 si può calcolare in circa 3 milioni il numero delle persone disabili, di cui la maggioranza (2.870.000) invalidi ed i restanti ciechi (113.000) e sordomuti (15.000).

Il numero degli invalidi aumenta costantemente nel tempo, ma il dato è dovuto non solo dal fisiologico aumento, ma anche dalla notevole diminuzione della mortalità in soggetti affetti da gravi menomazioni sia congenite che acquisite.

Anche per gli anni futuri è prevedibile un trend in crescita che porterà ad un aumento di tutte le categorie aventi diritto ad indennità economiche e, conseguentemente, a maggiore impegno sul fronte dell'assistenza socio-sanitaria.

2.8. Tossicodipendenze

Droga

Nel 1988 si è avuto un forte incremento dei morti per droga (53 per cento) che ha prodotto una crescita del tasso di letalità giunto a 18,2 decessi per mille tossicodipendenti. Le morti sono infatti così aumentate: 792 nel 1988, 516 nel 1987 contro 276 nel 1986.

Il tasso di letalità nello stesso periodo è così progredito: 8,6 per mille, 14,6 e 18,2. La regione con il più alto numero di morti nel 1988 è la Lombardia con 213 decessi seguita dal Lazio con 92 e dal Piemonte con 84. Ai mutamenti del quadro generale, cui fanno riflesso le condizioni comportamentali nel campo del consumo di droghe e lo sforzo di

adeguamento delle strutture, si affianca la ripartizione dei fondi ex-leggi 297/1987 e 176/1988. Parallelamente si è visto un maggiore intervento da parte delle Amministrazioni Centrali, Ministero dell'Interno, Grazia e Giustizia, Difesa e Sanità che ha portato a rilevare ed elaborare dati più affidabili. L'incremento registrato nel 1988 dei sequestri di cocaina, il doppio rispetto al 1987, ne è una dimostrazione.

Detenuti

Il carattere fortemente a rischio della popolazione detenuta emerge dal confronto dei dati rilevati nell'ultimo triennio.

Su 31.077 detenuti, per il 1988, 7.500 sono risultati tossicodipendenti. Sono saliti al 24,1 per cento contro il 17 per cento del 1987 (5.221 detenuti tossicodipendenti) ed il 19,4 per cento del 1986.

Militari

Il totale dei tossicodipendenti tra la popolazione militare, nel 1988, è stato di 2.246 unità di cui 719 sono stati riformati mentre i rimanenti sono stati inseriti nei programmi di recupero presso gli appositi consultori.

AIDS e tossicodipendenze

Quasi il 70 per cento dei malati di AIDS in Italia è tossicodipendente. Uno specifico contributo conoscitivo viene fornito dai dati relativi alla popolazione detenuta. Sui 35.083 detenuti provenienti dalla libertà esaminati, il 19 per cento, cioè 6.679, è risultato sieropositivo. L'analisi dei sieropositivi ha confermato il trend nazionale del rischio dei tossicodipendenti verso questo tipo d'infezione. Quasi il 95 per cento infatti dei sieropositivi, corrispondente a 6.327 unità pari al 18 per cento della popolazione esaminata, è risultato essere anche tossicodipendente. Sul versante della popolazione non detenuta i casi di AIDS tra i tossicodipendenti registrati in Italia sono 26,9 per mille tossicodipendenti.

Linee guida ed attività anti-droga

Molte indicazioni fornite dal Ministero della Sanità sono state recentemente rielaborate, completate e richiamate nel piano di prevenzione delle infezioni da HIV tra i tossicodipendenti, approvato dalla Commissione nazionale AIDS e diffuso ai servizi per le tossicodipendenze e alle autorità sanitarie regionali nel 1988. Nell'ambito di tale piano di prevenzione è stata prevista anche l'effettuazione di una ricognizione a livello nazionale dello stato di attuazione delle suddette indicazioni, al fine di individuare quali ostacoli vi siano in termini di strutture, personale e di formazione e quali fondi siano necessari per rimuovere detti ostacoli.

Nel 1988 l'attività svolta nel settore antidroga da Carabinieri, Guardia di Finanza e Polizia di Stato è stata molto intensa.

In sintesi sono stati:

- sequestrati 8.373 kg. di sostanze stupefacenti;
- denunciate 28.269 persone per traffico e spaccio;
- segnalate 19.360 persone alle autorità giudiziaria e sanitaria per possesso di modiche quantità di droga o perché risultate tossicodipendenti.

Strutture socio-riabilitative

Le strutture socio-riabilitative esistenti sul territorio nazionale censite al 30 giugno 1988 sono 682 e così ripartite:

- centri di prima accoglienza;
- comunità terapeutiche residenziali;
- centri di reinserimento.

Il 62,90 per cento delle strutture è al Nord, il 20,09 al Centro ed il 17,01 per cento al Sud.

La ricettività delle 323 comunità terapeutiche censite, sulle 356 esistenti, è di circa 7.200 posti.

Tabagismo

Per il 1988, i dati forniti dal monopolio testimoniano la tendenza, già manifestatasi nel 1987, ad un calo dei consumi, mentre gli anni 1982 e 1985 hanno registrato una tendenza moderata all'aumento consolidatasi nel 1986, anno in cui ha avuto inizio un calo dei consumi.

Per l'anno 1988 si è registrato comunque un aumento dell'attività di commercio illecito elevato e di conseguenza è da ridimensionare la significatività del calo dei consumi di tabacco.

I dati ISTAT evidenziano una netta diminuzione del numero dei fumatori nell'arco del periodo dal 1980 al 1986. Si passa, infatti, dal 34,9 per cento del totale della popolazione al di sopra dei 14 anni, al 29,3 per cento. Tra la popolazione maschile i fumatori rappresentano il 38,3 per cento, mentre solo il 17 per cento delle donne fuma.

Il fumatore medio è quello consumatore di 11/20 sigarette al giorno, mentre solo il 3,3 per cento dei fumatori consuma più di 30 sigarette giornaliere.

In aumento il numero dei fumatori con un massimo di 6 sigarette al giorno (14,3 per cento).

L'informazione e la consapevolezza sui rischi del fumo sono le motivazioni guida indicate dalla maggior parte degli intervistati che hanno smesso di fumare.

Secondo l'indagine della CEE svolta nel 1987, gli italiani fumano meno della media europea che si assesta intorno al 37 per cento.

2.9. Anziani

Gli anziani rappresentano ormai quasi il 14 per cento della popolazione complessiva per un totale di 8 milioni di abitanti. Di questi 1.600.000 hanno oltre 80 anni di età.

Dal confronto regionale la Liguria è in testa per l'indice di vecchiaia con 165 ultrasessantacinquenni per 100 giovani di età compresa tra 0 e 14 anni, seguono l'Emilia-Romagna con 131, il Friuli-Venezia Giulia con 129, la Toscana con 124, il Piemonte con 111, l'Umbria con 108 e le Marche con 103.

Per tutte le altre regioni il valore dell'indice è inferiore a 100.

Sono principalmente le regioni del Sud che presentano i più bassi indici di vecchiaia e soprattutto la Campania, la Puglia e la Sardegna.

Secondo le proiezioni dell'ISTAT, il numero degli ultrasessantacinquenni continuerà a crescere arrivando ad oltre 10.600.000 unità nel 2021, con un'incidenza del 20 per cento sul totale della popolazione.

Il sistema di assistenza agli anziani in Italia è composto da una serie di strutture pubbliche e private che si identificano nei reparti geriatrici e per lungodegenti, nelle case albergo, nelle case di riposo e nelle strutture protette la cui erogazione dei servizi di assistenza e beneficenza spetta ai comuni.

Al primo gennaio 1988 i reparti di geriatria negli istituti pubblici erano 141, con circa 7.500 posti letto, cui si aggiungono quasi 1.600 posti letto geriatrici nelle case di cura private convenzionate. Per la lungodegenza i posti letto sono circa 5.900 negli ospedali pubblici ed oltre 7.500 in quelli convenzionati. Da sottolineare che la proposta di piano sanitario nazionale prevede un apposito programma per la tutela della salute degli anziani, cui si aggiungono i finanziamenti previsti dalla finanziaria 1988 per la realizzazione di 140.000 posti letto per anziani non autosufficienti.

2.10. Sanità militare

La Sanità militare esplica, in ambito delle proprie competenze, una attività selettiva del personale di leva e dei quadri permanenti, preventiva, igienico-ambientale, antinfortunistica, diagnostico-terapeutica, medico-legale estesa anche al personale di altre Pubbliche Amministrazioni. Gli ospedali militari sono: 21 dell'Esercito, 7 della Marina (2 principali e 5 secondari), 3 istituti medico-legali e 3 infermerie presidiarie nell'Aeronautica Militare. Inoltre esistono complessivamente circa 300 infermerie di corpo, sale mediche, posti di pronto soccorso, ecc.

La Sanità militare gestisce 4 banche del sangue e l'Istituto Chimico-Farmaceutico.

I posti letto complessivi sono 7.409 elevabili a 8.550. Il numero dei ricoverati, nell'anno 1988, è stato di 6.656 ufficiali, 26.615 sottufficiali e personale di ferma volontaria e di 423.500 di personale di leva. Tra le malattie infettive e parassitarie riscontrate fra il personale delle FF.AA., nel corso del 1988, occupa il primo posto la varicella seguita dal morbillo rispettivamente con 4.660 e 1.597 casi. La meningite cerebro-spinale-epidemica ha registrato un significativo calo, solo 4 casi, da riferire alla specifica profilassi vaccinale, cui sono sottoposti tutti i militari all'atto dell'arruolamento.

Per quanto riguarda la tossicodipendenza si rimanda al paragrafo specifico.

2.11. Sanità negli istituti di pena

La situazione generale sanitaria negli anni 1987-1988 ha presentato una modificazione positiva dei servizi, in senso quantitativo e qualitativo. Ciò è stato reso possibile privilegiando il potenziamento del rapporto libero professionale.

Nel 1988 è stata assicurata la presenza di un medico generico per ogni istituto penitenziario. Per quanto riguarda il servizio specialistico, che annovera 37 branche di specializzazione, al 31 dicembre 1988, risultavano attive 1.629 convenzioni con professionisti privati e 189 convenzioni con Unità sanitarie locali.

Gli infermieri dipendenti dall'Amministrazione penitenziaria, alla fine del 1988, ammontavano a 334 unità, con un incremento di 46 unità rispetto all'anno precedente, mentre il servizio a rapporto libero professionale ha registrato un incremento del 29 per cento rispetto alle ore di servizio del 1987. Un incremento di personale dipendente e libero professionale si è avuto anche tra i tecnici appartenenti alle branche specialistiche.

Per quanto riguarda la tossicodipendenza si rimanda al paragrafo specifico.

2.12. Salute ed alimentazione

Nel 1988, da un'indagine dell'Istituto nazionale della nutrizione, sono apparsi nuovi dati sul sovrappeso degli adulti, mentre sono stati confermati gli alti tassi di prevalenza di sovrappeso negli anziani e nei bambini in età scolare del Centro e del Nord Italia.

Tra gli adulti il problema del sovrappeso coinvolge oltre il 50 per cento della popolazione, sia femminile che maschile, sopra i 30 anni. I tassi di prevalenza scendono con il diminuire dell'età, arrivando intorno al 20-30 per cento nell'età scolare ed al 18 per cento nell'età prescolare.

Nel 1988 per quanto attiene alla tutela igienica degli alimenti il Ministero della Sanità ha emanato diverse norme sia in attuazione delle normative CEE sia per la tutela e la sorveglianza dei prodotti di media e lunga conservazione.

2.13. Sanità animale in rapporto alla salute umana

L'attività di controllo della sanità animale in rapporto alla salute umana è proseguita nel 1988, intensificandosi nei controlli sanitari.

La consistenza del patrimonio zootecnico, all'1-12-1988, risulta essere costituita da circa 8 736 800 di bovini, 9 359.500 di suini, 11.622.900 di ovini.

Per la tubercolosi bovina sono stati controllati oltre 3.500.000 capi, per la brucellosi 2 700.000 bovini e 500.000 ovini: i controlli effettuati hanno portato all'abbattimento di oltre 40.000 bovini infetti e di oltre 10.000 ovini infetti, regolarmente rimborsati nel quadro di un'azione di controllo a livello CEE. Le malattie virali restano un problema importante pur essendo stato il 1988 un anno di minore forza epidemica. L'fta epizootica ha avuto sette focolai epidemici, mentre la peste suina classica ha interessato soltanto 338 suini e la peste suina africana 658 suini, soltanto in Sardegna ove la malattia è endemica e sottoposta ad un rigoroso programma di controllo concordato con la CEE. Il carbonchio ha colpito soltanto 14 animali, mentre 16 sono state le volpi identificate con rabbia silvestre. L'attività di controllo degli ormoni negli animali e nelle carni ha interessato, nell'anno 1988, 25 000 capi di bestiame con una positività del 3,17 per cento contro lo 0,54 per cento dell'anno precedente, testimonianza della necessità di rinforzare questo tipo di controllo a garanzia di una corretta igiene alimentare. Viceversa nei controlli al macello, su 55.000 campioni analizzati, è risultato positivo per ormoni lo 0,18 per cento contro lo 0,25 per cento dell'anno precedente. Una attività di imponente impegno è quella del controllo delle importazioni sia di animali vivi che di carni:

- circa 10 milioni di animali vivi, importati nell'anno 1988, e di questi, oltre un terzo sottoposti a controlli di laboratorio;

- oltre 10 milioni anche i quintali di carni importate nel 1988 con considerevole aumento rispetto al precedente anno.

A queste attività vanno aggiunti i controlli sui prodotti commestibili importati (prodotti della pesca, latte, burro, uova) - circa 4 milioni di quintali - e sui prodotti non commestibili (pelli, lane e mangimi) - oltre 14 milioni di quintali.

2.14. Le attività di ricerca nel settore sanitario

Nel 1988 gli impegni di spesa previsti per la ricerca dall'Amministrazione Pubblica e dalle imprese sono rispettivamente di 8.044 e 7.550 miliardi di lire, per un totale di 15.594 miliardi, con un incremento nominale del 10,4 per cento rispetto al 1987 ed un incremento reale di oltre il 5 per cento.

In particolare sono aumentati gli investimenti dell'Amministrazione Pubblica (+ 19 per cento rispetto al 1987, pari ad un incremento reale del 14 per cento), che rappresentano il 51,5 per cento della spesa complessiva contro il 46,4 per cento del 1987.

Le previsioni di spesa per la ricerca del settore sanitario delle imprese, equivalenti al 48,4 per cento della spesa totale, registrano un aumento del 3 per cento. Più attive le imprese a partecipazione statale (+ 5,4 per cento) in confronto alle private (+ 1,7 per cento).

Se saranno confermate queste previsioni, la percentuale del prodotto interno lordo destinata alla ricerca risulterà pari all'1,4 per cento contro il valore dell'1,3 per cento del 1987. In particolare le ricerche biologiche e mediche, attestandosi al 14,6 per cento del totale, registrano variazioni inferiori al punto percentuale rispetto all'anno precedente. Dal 1987 al 1988 la ripartizione dei finanziamenti per tipo di ricerca si è mantenuta praticamente costante:

- ricerca applicata 41 per cento;
- ricerca di sviluppo 39 per cento;
- ricerca di base 18 per cento.

Per quanto riguarda l'attività di ricerca in campo sanitario si segnala quella svolta nel 1988 da tre delle maggiori istituzioni pubbliche di ricerca.

L'Istituto superiore di sanità ha coordinato la ricerca finalizzata di progetti integrati di rilevanza scientifico-sanitaria, in particolare: malattie infettive, patologie non infettive, ambiente, farmaci, alimenti e salute, valutazione e pianificazione dei servizi sanitari.

Il numero delle pubblicazioni è passato da 269 nel 1983 ad oltre 400 nel 1987, risultato particolarmente significativo se si pensa che è stato ottenuto a spesa praticamente invariata negli ultimi tre anni in termini reali.

L'attività dell'ISPESL nel 1988 si colloca nell'ambito delle linee del piano biennale 1987-88 approvato dal CIPE, e si sviluppa nella rilevazione dei fattori nocivi correlati all'introduzione di nuove tecnologie. Il CNR ha suddiviso la propria attività su tre livelli:

1) progetti strategici: nel 1988 sono stati finanziati 11 progetti prioritari tra cui "sviluppo dei farmaci per l'AIDS", "mappaggio e sequenziamento del genoma umano", i cui dati analitici sono contenuti nella pubblicazione "I progetti strategici del CNR per il 1988";

2) progetti di interesse nazionale: sono progetti che vedono il CNR impegnato nella gestione, promozione, finanziamento ed esecuzione di progetti di carattere e di interesse nazionale. Rispetto ai progetti strategici si caratterizzano per la loro derivazione da attività collaborative con altri importanti enti di ricerca o istituzioni esterne nazionali ed internazionali. I principali sono: "medicina nucleare", "Porto Tolle" (monitoraggio dell'impatto sulle popolazioni della Pianura Padana dall'avvio della centrale termoelettrica di Porto Tolle);

3) progetti finalizzati: nel 1987-1988 si è concluso il progetto "tecnologie biomediche e sanitarie", mentre sono in corso di chiusura i progetti: "oncologia", "medicina preventiva", "malattie da infezione", "ingegneria genetica". I progetti finalizzati, avendo un costo annuale di 180 miliardi, sono nominalmente pari all'1,1 per cento di tutti i fondi di ricerca in Italia. Tali investimenti sono caratterizzati dall'ampia produttività.

2.15. L'educazione sanitaria

Nel 1988, sono state avviate una serie di iniziative tra le quali la campagna pubblicitaria sull'AIDS curata dalla commissione nazionale e quella per l'educazione alimentare rivolta al consumatore.

A livello locale è invece da segnalare l'attività di educazione e prevenzione sanitaria soprattutto in alcune regioni quali Friuli-Venezia Giulia, Liguria ed Umbria.

Dal quadro delle attività degli ultimi periodi emergono tuttavia i seguenti punti critici che hanno reso difficoltosa una programmazione complessiva degli interventi:

- la mancanza a livello centrale di un collegamento adeguato tra le diverse direzioni e servizi del Ministero della Sanità;
- la mancata formalizzazione di un interlocutore unico a livello centrale che coordini, nel senso di dare omogeneità alle diverse iniziative, il complesso delle attività svolte dai vari enti e istituti preposti all'educazione sanitaria;
- la persistenza a livello regionale e locale di una organizzazione inadeguata nel settore;
- la mancanza di un coordinamento fra le istituzioni sanitarie e scolastiche;
- lo scarso coinvolgimento e la carenza di coordinamento tra le diverse associazioni di volontariato.

2.16. L'organizzazione del Servizio sanitario

Per assicurare la tutela della salute alla totalità dei cittadini residenti in Italia, il Servizio sanitario nazionale è suddiviso in 673 unità sanitarie locali cui fanno riferimento 623.510 dipendenti nei diversi ruoli: sanitario, professionale, tecnico e amministrativo.

L'assistenza ospedaliera è garantita da 1.774 ospedali, suddivisi per tutto il territorio nazionale, di cui 1.158 gestiti direttamente dalle USL e 616 da privati.

La rete ambulatoriale conta su 12.101 ambulatori e poliambulatori, di cui 4.642 gestiti dalle USL, cui si aggiungono 3.016 consultori (2.971 pubblici), 2.478 punti di guardia medica e 15.127 farmacie pubbliche e private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, che formano la rete delle strutture di assistenza di primo e secondo livello.

2.17. L'attività del Servizio sanitario nazionale

Il personale delle USL

In Italia al 1° gennaio 1988 il personale dipendente delle USL ammontava a circa 623.510 unità. Il 59,9 per cento appartiene al ruolo sanitario, lo 0,2 per cento al ruolo professionale, il 28,7 per cento al ruolo tecnico e l'11 per cento a quello amministrativo; il rimanente 0,2 per cento ha qualifiche atipiche.

Il ruolo sanitario è rappresentato da 372.616 unità, quello professionale da 1.259, quello tecnico da 179.963 e quello amministrativo da 68.282 unità.

Per quanto riguarda il numero di unità di personale ogni 1.000 abitanti in Italia è di 10,8; il massimo valore si ha in Friuli-Venezia Giulia con 15,65, il minimo in Sicilia con 7,58. Il solo personale sanitario, sempre ogni 1.000 abitanti, è di 6,49 unità, con un massimo nel Friuli-Venezia Giulia (9,35) e minimo in Sicilia (4,33).

Complessivamente in Italia ogni unità di personale ha avuto in carico 92 abitanti.

Analizzando in dettaglio il ruolo sanitario si nota che è così ripartito: 22 per cento medici, 1,1 veterinari, 0,6 farmacisti, 0,9 biologi, 0,3 chimici, 0,1 fisici, 0,9 psicologi, 0,5 personale con funzioni didattico-organizzative, 61,7 infermieri, 7,1 personale tecnico, 1,4 personale di vigilanza ed ispezione, 3,3 personale con funzioni riabilitative. Il rapporto infermieri/medici è di 2,8, costante rispetto all'anno precedente.

Medicina generale

L'attività di medicina di base è stata svolta in Italia da 63.807 medici di base (111 ogni centomila abitanti) di cui 59.128 medici generici (93 per cento) e 4.679 pediatri (7 per cento). Il valore medio è di 817 assistibili adulti per medico con un massimo di 1.760 nella provincia autonoma di Bolzano ed un minimo di 533 in Campania. Per quanto riguarda la popolazione in età pediatrica il valore medio è di 1.768 bambini per medico con un massimo di 5.260 in Molise ed un minimo di 815 in Liguria.

Guardia medica

Nel 1988 il numero dei punti di guardia medica è stato mediamente di 0,56 ogni 10.000 assistibili. Il numero più alto si è avuto in Basilicata con 2,31 punti ogni 10.000 assistibili, vengono poi Calabria, Sardegna, Sicilia e Valle d'Aosta mentre i valori minimi si riferiscono al Veneto e alla Lombardia.

Consulenza familiare e materno-infantile

Nel 1987 l'attività di consulenza familiare e materno-infantile è stata gestita da 3.016 consultori quasi tutti a gestione diretta (98,5 per cento). Il 62 per cento dei consultori è al Nord, il 21 per cento al Centro, il 12 nel Sud ed il 5 nelle Isole.

Ambulatori e medicina specialistica non ospedaliera

Nel 1987 hanno operato 12.101 ambulatori e poliambulatori, il 37 per cento dei quali gestiti direttamente dal S.S.N. In media esiste una struttura ambulatoriale ogni 12.187 persone: è da notare come al Sud ci sia una maggiore proporzione di strutture private convenzionate (il 70 per cento dell'attività ambulatoriale).

Assistenza farmaceutica

L'assistenza farmaceutica nel 1988 è stata gestita da 15.127 farmacie, il 92 per cento delle quali private, valore che varia a seconda delle regioni. In media c'è una farmacia ogni 3.795 abitanti. Le ricette sono state 526 milioni, circa il 6,64 per cento in più rispetto al 1987. Ogni cittadino ha ricevuto mediamente 9,2 ricette. Nel 1988 e nel 1987 si è avuto un deciso incremento del numero medio di ricette pro-capite. La regione con il maggior numero di ricette pro-capite è la Sicilia (11,3).

Assistenza ospedaliera

Nel 1987 l'attività ospedaliera è stata svolta da 1.774 istituti di cui 1.158 pubblici (il 65 per cento) e 616 privati convenzionati (il 35 per cento).

Di questi ultimi il 45 per cento sono ubicati nelle regioni meridionali con una punta del 54 per cento in Campania.

Per quanto riguarda i posti letto, essi sono circa 440.000 (dato parziale) di cui 370.000 negli istituti pubblici (pari a circa il 76 per cento del totale).

Le giornate di degenza sono state 112.645.331, di cui 90.738.588 in istituti pubblici. La degenza media è stata di 10,3 giorni negli istituti pubblici e 20 giorni nelle case di cura private convenzionate.

Tale maggiore durata della degenza rispetto agli istituti pubblici si spiega con il maggior numero di posti letto dislocati in reparti i cui pazienti richiedono un trattamento prolungato (lungodegenti, neuropsichiatria, riabilitazione, ecc.).

Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)

Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) erano, al 31 dicembre 1988, 22 di cui 13 con personalità giuridica di diritto pubblico e 9 con personalità giuridica di diritto privato. Tali istituti svolgono, insieme a prestazioni sanitarie assistenziali, specifiche attività di ricerca scientifica biomedica.

Tutela mentale

I dati disponibili sono fermi al 1986. In quell'anno gli ospedali psichiatrici erano 84 con 33.405 posti letto e circa 40.000 degenti.

I servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno degli ospedali contano su circa 2.800 letti, cui si aggiungono quasi 2.000 presidi territoriali alternativi.

Tossicodipendenze

I servizi, al 31 dicembre 1988, erano 492. Per quanto riguarda il settore esclusivamente della riabilitazione si è verificato un aumento delle strutture riabilitative non pubbliche (di accoglienza, di reinserimento e comunità terapeutiche) che da 477 nel 1985 sono diventate 682 nel 1988. La maggior parte delle strutture e delle comunità (59,5 per cento) è al Nord. In totale i tossicodipendenti in trattamento sono stati 43.423 di cui 27.906 nelle strutture pubbliche, 8.017 in comunità terapeutiche residenziali e 7.500 nelle carceri.

Dialisi

Al 31 dicembre 1988 erano operanti 511 centri ospedalieri ed altri 192 ad assistenza limitata rispettivamente contro i 490 e 180 del 1987.

I pazienti assistiti sono stati 24.351 in dialisi e 4.482 con trapianto funzionante, contro i 22.940 e 3.865 del 1987.

Assistenza termale

Operano circa 430 aziende termali distribuite in 210 comuni, e con un numero complessivo di assistiti annuo di circa 1.900.000, di cui 1.390.000 circa avviati dal S.S.N.

2.18. Finanziamento e spesa del Servizio sanitario nazionale

Il finanziamento

Il Fondo sanitario nazionale, che assicura il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, è determinato ogni anno dalla legge finanziaria e costituito dai contributi malattia dei datori di lavoro e lavoratori pubblici e privati, dalle quote fiscalizzate da parte dello Stato, dall'integrazione a carico del bilancio statale per sopperire integralmente al fabbisogno finanziario. Nel 1988 il Fondo sanitario nazionale di parte corrente è stato di 52.650 miliardi (+ 11.39 per cento) e quello in conto capitale di 1.800 miliardi (+ 7 14 per cento), mentre nel 1987 sono stati assegnati 47.265 miliardi per la parte corrente e 1.680 per il conto capitale.

A questi finanziamenti si aggiungono poi gli introiti derivanti dal ticket che costituiscono tuttavia, più che una quota di entrata, una minore spesa per le USL.

Complessivamente i cittadini, in qualità di datori di lavoro e lavoratori, contribuiscono per il 60 per cento, la quota fiscalizzata per il 14, l'integrazione a carico dello Stato per il 26 per cento. Se si considera poi che ogni anno a partire dall'avvio della riforma sanitaria lo Stato è intervenuto con ripiani a pie' di lista per colmare i disavanzi di gestione delle USL in misura di circa il 10 per cento annuo sul totale della spesa sanitaria, si può concludere che attualmente la sanità è pagata per metà direttamente dai cittadini attraverso i contributi malattia e per l'altra metà dallo Stato sotto forma di integrazioni, di fiscalizzazioni e di ripiani.

Complessivamente i contributi provenienti dal lavoro dipendente, compreso quello derivante dallo Stato in qualità di datore di lavoro, e le quote fiscalizzate coprono circa il 56 per cento del Fondo sanitario nazionale contro l'8,2 per cento dei contributi derivanti dal lavoro autonomo.

La forbice tra dipendenti e autonomi si evidenzia ancora di più se si considera il rapporto diretto tra le due categorie.

Ponendo uguale a 100 il totale dei contributi malattia, infatti, quelli da lavoro dipendente relativi alla copertura assistenziale di 37.800.000 cittadini (65,9 per cento degli assicurati) coprono l'87,2 per cento del totale, contro il 12,8 per cento della quota proveniente dal lavoro autonomo relativa alla copertura assistenziale di 15.000.000 di cittadini (26,1 per cento degli assicurati). Rapportando questi valori a livello medio annuo pro-capite si rileva che ogni cittadino afferente a redditi da lavoro dipendente paga per il S.S.N. circa 890 mila lire, a fronte delle 328 mila pagate dagli autonomi

La spesa

Nel 1988 la spesa corrente delle USL è stata di oltre 61.300 miliardi di lire con un incremento rispetto al 1987 di 7.455 miliardi di lire (+ 13,8 per cento). La spesa media per abitante è stata di 1 milione 77 mila lire con un massimo di un milione 239 mila lire in Emilia-Romagna e 1 milione e 219 mila lire in Liguria, con un minimo di 934 mila lire in Basilicata e di 942 mila lire in Calabria. Le spese per il personale del S.S.N. sono ammontate a 24.587 miliardi di lire (+ 11,7 per cento rispetto al 1987) e sono pari al 40 per cento dell'intera spesa sanitaria. Per beni e servizi sono stati spesi 10.554 miliardi (+ 13,7 per cento rispetto al 1987). Per la farmaceutica (10.727 miliardi) si è registrato, per l'effetto ticket, il passaggio da un trend di crescita nel primo trimestre del 30 per cento ad un incremento su base annua del 14 per cento. Si spende di più in Sicilia (244 mila lire pro-capite) e di meno nella provincia autonoma di Bolzano (100 mila lire).

Per la medicina generica la spesa è stata di 4.140 miliardi con una media per assistito di 73 mila lire, con punte di 86 mila lire in Sardegna e di 68 mila lire in Piemonte.

Per quanto riguarda la medicina specialistica la spesa è stata suddivisa in 676 miliardi per la specialistica interna e 2.730 miliardi per quella esterna (93 mila lire per assistito in Campania contro le 12 mila lire per assistito in Piemonte).

Per l'importo relativo alla spesa ospedaliera pubblica è da rilevare che non esiste tale voce di spesa in quanto viene compresa tra le voci "beni e servizi" e "personale". Si stima che la spesa ospedaliera sia rappresentata da circa l'82 per cento della spesa per il personale e da circa il 72 per cento da quella per beni e servizi

Disavanzo USL

E' stato nel 1988 di circa 8.000 miliardi di lire che sommati ai disavanzi degli anni precedenti portano a quota 32.996 miliardi il disavanzo complessivo delle USL dal 1980 ad oggi. Nel 1988 il disavanzo è cresciuto del 13 per cento sul totale della spesa contro un'incidenza del 12,3 per cento nel 1987.