CAPITOLO 10

ATTIVITÀ SANITARIA DELLE USL E DI ALTRI SERVIZI E PRESIDI DEL S.S.N.

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 27:
Entro il 1990 in tutti gli Stati membri le infrastrutture dei sistemi di erogazione dell'assistenza dovrebbero essere riorganizzate in modo da distribuire le risorse secondo i bisogni e rendere servizi fisicamente ed economicamente accessibili alla popolazione e culturalmente accettabili.

Strategia nazionale:
I criteri di ripartizione del Fondo sanitario nazionale, rivisti anno per anno, dovrebbero consentire una razionale distribuzione delle risorse in relazione alle effettive esigenze della popolazione.

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 28:
Entro il 1990 il sistema di assistenza sanitaria di base di tutti gli Stati membri dovrà essere in grado di assicurare una vasta gamma di servizi di promozione della salute, di cura, di riabilitazione e di sostegno per rispondere alle fondamentali esigenze sanitarie della popolazione con particolare attenzione a individui e gruppi esposti a rischi specifici, vulnerabili e meno assistiti.

Strategia nazionale:
L'approvazione del Piano sanitario nazionale consentirà anche all'Italia di raggiungere questo obiettivo.

Si avverte che, per alcuni settori, si riportano i dati 1987 anziché quelli 1988 che non risultano elaborati a causa della modifica dei modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle USL.

I dati relativi al 1987 possono differire da quelli riportati nella Relazione sullo stato sanitario del Paese 1987, in quanto, per la presente Relazione sono stati usati dati maggiormente consolidati.

10.1. Attività di prevenzione delle USL e dei presidi multizonali di prevenzione

Dal 1988 il Ministero della Sanità ha avviato la rilevazione delle attività di medicina scolastica e di medicina dello sport delle USL.

Premesso che i dati fino ad ora pervenuti riguardano l'86,8 per cento delle USL, si possono sottolineare alcuni fatti più significativi. La maggiore attività di medicina scolastica si è avuta in Lombardia (290.941 visite), in Puglia (168.232) e nel Lazio (136.661) che corrispondono rispettivamente ad un tasso di visite pari a 330,68, a 427,41 ed a 496,35 ogni 10.000 assistibili (tav. 10.1).

La minima attività si è avuta in Abruzzo con un tasso di 14,95 visite/10.000 assistiti. Peraltro mancano i dati relativi a Valle d'Aosta, Molise, Basilicata e Sardegna, mentre per altre regioni non sono disponibili i dati relativi a tutte le USL.

L'attività di medicina dello sport vede ai primi posti l'Emilia-Romagna con 58.148 visite, corrispondenti ad un tasso di 157,95 visite ogni 10.000 assistibili. (tav. 10.1).

Per quanto riguarda l'attività dei presidi multizonali di prevenzione si rimanda al Capitolo 2 "Ambienti di vita e di lavoro". Si sottolinea il fatto che tutti i presidi di prevenzione sono collegati al Sistema informativo sanitario del Ministero della Sanità e che attualmente vengono trasmessi i dati relativi alle acque marine di balnezione e a quelle lacustri e fluviali.

Si prevede che nel 1990 saranno disponibili i dati relativi alle analisi sugli alimenti effettuate dai presidi multizonali di prevenzione e dagli istituti zooprofilattici sperimentali. E' inoltre prevista, a livello di Ministero della Sanità, una serie di analisi statistiche relative al singolo alimento, classe di alimenti e una serie di determinazioni analitiche a livello di singolo presidio multizonale di prevenzione e istituto zooprofilattico sperimentale, sia regionale che nazionale.

10.2. Attività di medicina generale in regime convenzionale

Poiché solo l'84 per cento delle USL ha fornito i dati sull'attività di medicina generale la cifra di 53.127 medici di base relativa a tale percentuale è certamente inferiore al totale nazionale dei medici di base convenzionati.

Nel 1987 i medici di base risultavano essere 63.807 di cui 59.128 medici generici (93 per cento) e 4.679 pediatri (7 per cento). Il totale di medici di base nel 1986 era 62.098; non risulta, quindi, essersi verificata una variazione significativa, tenendo anche conto della diversa completezza nei dati forniti dalle USL nei due anni in esame (tavv. 10.2 e 10.3).

Se si tiene conto della popolazione assistibile nelle varie regioni, si nota che la distribuzione degli assistibili adulti (oltre 14 anni) per medico generico varia in modo notevole da regione a regione. Infatti, a valori superiori a 1.000 nelle province autonome di Bolzano e di Trento, e nelle regioni Veneto e Umbria, si contrappongono valori intorno ai 700 assistibili per medico nel Lazio e valori inferiori a 700 in Campania (tavola 10.3).

Il valore medio italiano è di 857 assistibili per medico.

Per quanto riguarda la popolazione in età pediatrica, la situazione è invece molto diversa. Infatti, agli 846 bambini per pediatra della Liguria si contrappongono i 3.926 bambini della Calabria e i 3.865 della Basilicata (tav. 10.3).

Tavola 10.1 - Medicina dei servizi - Numero di visite ed indicatori di attività - Anno 1988

REGIONE	Numero visite				Indicatori di med dei servizi per 10 000 assist				Visite reg / visite naz	% di USL rilevate	Numero medio di mesi rilevati per USL
	Medicina scolastica	Medicina sportiva	Guardia turistica	Medicina legale	Medicina scolastica	Medicina sportiva	Guardia turistica	Medicina legale			
Piemonte	39.054	2.511	1.820	25.409	92,26	5,93	4,30	60,02	3,7	96,8	11,8
Valle d'Aosta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100,0	12,0
Lombardia	290,941	4.803	22.971	67.768	330,68	5,46	26,11	73,61	20,4	100,0	11,9
P.a. Bolzano	3.693	9.396	—	2.061	84,75	215,63	—	47,30	0,8	100,0	11,9
P.a. Trento	9.829	5.678	43.855	1.355	220,99	127,66	986,03	7,53	3,2	100,0	12,0
Veneto	28.551	9.703	52.446	1.766	66,35	22,55	121,88	4,10	4,9	100,0	12,0
Friuli-Venezia Giulia	32.246	—	2.182	1.842	271,14	—	18,35	15,49	1,9	100,0	11,8
Liguria	126.779	968	5.799	43.564	738,17	5,64	33,76	253,65	9,4	100,0	12,0
Emilia-Romagna	31.472	58.148	19.812	15.505	85,49	157,95	53,82	42,12	6,6	95,1	11,3
Toscana	26.803	9.601	45.117	21.318	81,75	31,07	137,60	65,02	5,5	92,5	11,9
Umbria	6.485	432	4.329	13.062	95,78	6,38	63,04	192,92	1,3	66,7	11,3
Marche	6.830	837	28.242	12.952	47,80	5,86	197,65	90,64	2,6	100,0	11,5
Lazio	136.661	3.444	5.883	66.762	496,35	12,51	21,37	242,48	11,31	56,9	11,4
Abruzzo	1.800	3.359	9.058	1.375	14,95	27,89	75,21	11,42	0,8	93,3	11,7
Molise	—	—	8.066	—	—	—	921,70	—	0,4	28,6	7,5
Campania	55.848	572	37.568	73.772	102,90	1,5	69,22	135,93	8,9	82,0	11,5
Puglia	168.232	762	381	18.463	427,41	1,94	0,97	46,91	10,0	100,0	11,9
Basilicata	—	1.637	1.773	6.803	—	29,74	32,21	123,59	0,5	85,7	12,0
Calabria	28,446	1.538	34.461	30.507	164,73	8,91	199,56	176,67	5,0	80,6	11,3
Sicilia	2.450	397	12.503	6.579	7,99	1.29	40,76	21,45	1,2	54,8	11,1
Sardegna	—	762	20.715	5.957	—	5,27	143,34	91,22	1,5	81,8	11,7
Totale nazionale	**996.120**	**114.548**	**356.981**	**412.800**	**197,25**	**22,68**	**70,69**	**81,74**	—	**86,8**	**11,7**

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario.

Tavola 10.2 - Distribuzione della popolazione e dei medici di base nelle varie regioni - Anno 1988

REGIONE	% acquisiz dati dalle USL	Popolazione assistibile per classi di eta				Medici di base		
		0-11 anni	12-59 anni	60 anni oltre	Totale	Generici	Pediatri	Totale
Piemonte	100	485 672	2 907.521	977 911	4 371 104	5.077	462	5 539
Valle d'Aosta	100	12.415	77 370	23.947	113 732	108	6	114
Lombardia	100	1.106 948	6 049.775	1 656 096	8 812 819	8 168	469	8 637
P.a Bolzano	100	68 342	292 904	67 981	429 227	205	19	224
P a Trento	100	58.904	290 104	96.136	445 144	328	27	355
Veneto	100	595.998	2.923.634	798.673	4 318.305	3 505	323	3 828
Friuli-Venezia Giulia	100	132 082	776.253	293 946	1 202.281	1 195	68	1.263
Liguria	100	189 055	1 112 160	441.221	1.742 436	2.031	232	2 263
Emilia-Romagna	100	385.419	2.557 099	948.149	3.890 667	3 544	359	3 903
Toscana	98	358.664	2 240 499	860.516	3 459 679	3.578	385	3 963
Umbria	92	101 472	494.065	169 854	765.391	701	71	772
Marche	100	190 600	911.117	327 236	1 428.953	1 333	105	1 438
Lazio	100	857.842	3.515.720	914.810	5.288.372	6.129	345	6.474
Abruzzo	93	152 336	706.996	244 956	1.104 288	1 142	125	1 267
Molise	100	52.596	218.823	73 034	344.453	366	10	376
Campania	97	1.017 576	3 607 701	889.285	5 514 562	8.435	389	8 824
Puglia	100	732 178	2 558.910	681 783	3 972.871	3 934	358	4.292
Basilicata	100	103.604	393 712	118 203	615.519	592	36	628
Calabria	100	390 637	1 318.154	347 143	2.055 934	2 108	90	2 198
Sicilia	100	960.533	3 177 585	1 046.877	5 184.995	5 338	677	6 015
Sardegna	91	317.519	964 308	230 864	1 512.691	1 311	123	1.434
Totale nazionale	**99**	**8.270.392**	**37.094.410**	**11.208.621**	**56.573.423**	**59.128**	**4.679**	**63.807**

Fonte Elaborazione ISIS su dati Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Tavola 10.3 - Distribuzione della popolazione e dei medici di base nelle varie regioni - Anno 1987

REGIONE	Numero medici generici	Assistibili per medico generico	% di USL rilevate	Numero medici pediatri	Assistibili per medico pediatra	% di USL rilevate
Piemonte	3.901	900	92,1	315	1 385	87,3
Valle d'Aosta	105	977	100,0	6	2 004	100,0
Lombardia	7.252	953	87,0	433	2 209	89,7
P a. Bolzano	205	1.794	100,0	20	3.402	100,0
P a. Trento	331	1 171	100,0	33	1.878	100,0
Veneto	3.469	1 058	100,0	348	1 807	100,0
Friuli-Venezia Giulia	907	856	75,0	66	2.134	91,6
Liguria	2.054	740	100,0	233	846	100,0
Emilia-Romagna	3.332	990	92,7	369	1 121	95,1
Toscana	3 026	914	90,0	366	1.193	90,0
Umbria	582	1.060	75,0	57	1.385	58,3
Marche	1.175	974	91,7	103	1.899	91,6
Lazio	5.884	705	100,0	368	2 260	100,0
Abruzzo	1.100	847	86,7	124	1 184	80,0
Molise	35	717	14,3	2	2 657	14,2
Campania	6.951	673	80,3	363	2.430	77,0
Puglia	3.708	816	98,2	392	2.123	100,0
Basilicata	485	845	71,4	32	3.865	100,0
Calabria	1.587	768	74,2	76	3 926	74,1
Sicilia	1.789	828	33,9	317	1.352	41,9
Sardegna	1 101	880	68,2	125	2.215	72,7
Totale nazionale	**48.979**	**857**	**83,5**	**4.148**	**1.797**	**84,3**

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Le grandi differenze che si notano tra queste regioni non sono totalmente giustificate dalla diversa ripartizione per età della popolazione. In Liguria, infatti, la popolazione assistibile con meno di 14 anni è di 197.200 unità, meno della metà della popolazione infantile della Calabria, che ha d'altra parte un numero di pediatri tre volte inferiore a quello della Liguria (76 contro 233).

I dati dimostrano una carenza complessiva dell'assistenza pediatrica in quanto dai dati relativi al 1987 risulta che solo il 25 per cento degli assistibili in età pediatrica viene assistito in regime convenzionale dai pediatri.

È quindi da presumere che il rimanente 75 per cento circa sia assistito dai medici generici.

10.2.1. *Attività di guardia medica*

Per il 1988 sono a disposizione indicatori che consentono di valutare questa attività nelle varie regioni.

Il numero dei punti di guardia medica è stato mediamente di 0,52 ogni 10.000 assistibili (tav. 10.4). Il numero più alto si è avuto in Basilicata, con 2,18 punti/10.000 assistibili; vengono poi Molise, Sardegna e Valle d'Aosta, tutte con valori sopra 1/10.000. I valori minimi si riferiscono a Veneto e Lombardia (i dati del Lazio, della Sicilia e della Calabria, e della p.a. di Bolzano sono considerevolmente incompleti).

Il numero dei medici titolari di guardia medica ogni 10.000 assistibili presenta notevole variabilità da regione a regione; il valore medio nazionale è stato di 2,65 con oscillazioni tra i 7,47 medici/10.000 assistibili in Molise e l'1,01 in Liguria.

Il numero degli interventi a domicilio , sempre per 10.000 assistibili, è stato massimo nelle Marche (1.329,16) ed in Valle d'Aosta (1.086,02). Il valore nazionale è stato di 597,57.

10.2.2. *Attività di medicina legale*

Nel 1988 si sono avute 412.800 visite medico-legali pari ad un tasso di 81,74 visite ogni 10.000 assistibili. La maggiore attività si è avuta nella Liguria con 253,65 visite ogni 10.000 assistibili, la minore nel Veneto con 4,10 visite ogni 10.000 assistibili (vedi tavola 10.1).

10.2.3. *Attività di guardia turistica*

Nel 1988 sono state effettuate 356.981 visite nell'ambito della guardia turistica. Il numero maggiore di visite si è avuto nel Veneto con 52.446 interventi, il minore in Puglia con 381 interventi. Non risulta alcuna attività in Valle d'Aosta e nella p.a. di Bolzano.

10.3. Attività di consulenza familiare e materno-infantile

Per il 1988 non sono ancora disponibili i dati.

Nel 1987 l'attività di consulenza familiare e materno-infantile è stata svolta in Italia da 3.016 consultori, quasi tutti a gestione diretta (98,5 per cento) (tavv. 10.5 e 10.6).

Poiché nel 1986 il numero totale di consultori era 3.038, non si rimarcano sostanziali mutamenti.

Tavola 10.4 - Indicatori di attività di guardia medica - Anno 1988

REGIONE	Numero punti di guardia medica	Numero medici titolari	Numero ore totali	Numero interv a domicil	Indicatori per 10 000 assistibili				% di USL rilev	Numero medio mesi rilev per USL
					Punti di g m	Medici titolari	Ore totali	Interv domicil		
Piemonte	140	809	885 229	267.527	0,40	2,34	2.555,86	772,41	85,7	11,8
Valle d'Aosta	13	54	69.794	12.443	1,13	4,71	6 091.61	1.086.02	100,0	12,0
Lombardia	218	1 084	1.556.018	339.280	0,29	1,46	2.102.,25	458,38	80,6	12,0
P.a Bolzano	1	24	7.198	2.314	0,05	1,20	359,71	115,64	25,0	6,0
P.a. Trento	36	156	197.704	23.912	0,81	3,51	4.445,13	537,63	100,0	12,0
Veneto	121	746	927.881	145.790	0,28	1,73	2.156,30	338,80	100,0	11,8
Friuli-Venezia Giulia	45	230	292.591	42.882	0,38	1,93	2.460,21	360,57	100,0	11,3
Liguria	59	174	246.202	282.946	0,34	1,01	1.433,51	482,95	100,0	11,8
Emilia-Romagna	172	770	997.133	256.736	0,47	2,09	2.708,62	697,40	95,1	11,3
Toscana	193	983	1.246.410	290.952	0,64	3,23	4.101,78	957,49	87,5	11,9
Umbria	30	148	242.915	36.721	0,42	2,06	3.374,80	510,16	75,0	10,7
Marche	90	363	549.342	189.927	0,63	2,54	3.844,45	1.329,16	100,0	11,6
Lazio	67	335	447.530	42.765	0,26	1,30	1.733,13	165,61	54,9	11,3
Abruzzo	98	430	394.196	83.762	0,81	3,57	3.272,98	695,47	93,3	10,9
Molise	53	236	223.651	8.673	1,68	7,47	7.074,85	274,36	100,0	10,3
Campania	242	2.045	2 005.397	410.131	0,45	4,43	3 693,08	755,29	82,0	10,8
Puglia	21	946	1.491.995	191.613	0,54	2,40	3.790,60	486,82	100,0	11,7
Basilicata	120	267	289.431	22.376	2,18	4,85	5.258,01	406,50	85,7	11,0
Calabria	190	619	706.204	184.161	1,33	4,33	4.939,23	1.288,03	67,7	11,4
Sicilia	228	1.091	1.062.886	138.213	0,80	3,83	3.730,01	485,03	53,2	11,3
Sardegna	154	706	679.648	59.788	1,10	5,02	4.836,90	425,50	81,8	11,2
Totale nazionale	**2.482**	**12.576**	**14.519.355**	**2.832.912**	**0,52**	**2,65**	**3.062,70**	**597,57**	**82,2**	**11,5**

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario.

Invece la distribuzione geografica dei consultori presenta delle differenze rilevanti; infatti, il 6 per cento di questi si concentra nelle regioni settentrionali (il 19 per cento di tutti i consultori italiani si trova in Lombardia), il 21 per cento nel Centro, il 13 per cento nel Sud e il 5 per cento nelle Isole.

Rispetto a un valore medio italiano di circa 3.900 donne in età fertile per consultorio, si trovano valori intorno a 13.000 in Molise e Sicilia, valori intorno a 10.000 in Campania e Calabria e valori superiori a 4.000 donne per consultorio nelle Marche, Lazio, Abruzzo, Puglia, Sardegna e provincia autonoma di Trento (tav. 10.5).

Tavola 10.5 - Distribuzione dei consultori nelle varie regioni - Anno 1987

REGIONE	Acquisiz dati da USL %	Gestione diretta		Convenz n	Totale n
		N	Donne età feconda per consultorio gest dir		
Piemonte	100	359	2 662	3	362
Valle d'Aosta	100	25	1.126	-	25
Lombardia	100	575	3.807	1	576
P.a. Bolzano	100	47	2.400	-	47
P a Trento	100	25	4.437	-	25
Veneto	100	310	3.444	5	315
Friuli-Venezia Giulia	100	107	2.145	3	110
Liguria	100	103	3 350	-	103
Emilia-Romagna	100	273	2.620	6	279
Toscana	98	322	2.105	1	323
Umbria	92	76	2.337	-	76
Marche	100	53	4.569	1	54
Lazio	100	177	4 255	3	180
Abruzzo	93	66	4 031	-	66
Molise	100	6	12.928	-	6
Campania	97	107	10.637	-	107
Puglia	100	112	5.684	3	115
Basilicata	100	34	1.867	5	39
Calabria	100	41	9.849	1	42
Sicilia	100	91	12.771	11	102
Sardegna	91	62	4.149	2	64
Italia	**99**	**2.971**	**3.908**	**45**	**3.016**

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario.

Tavola 10.6 - Distribuzione degli ambulatori e poliambulatori nelle varie regioni - Anno 1987

REGIONE	Acquisiz dati da USL %	Gestione diretta	Convenzionati	Totale	Assist per ambul e poliamb
Piemonte	100	481	141	622	9.088
Valle d'Aosta	100	3	1	4	37.911
Lombardia	100	454	628	1 082	19 411
P.a. Bolzano	100	32	26	58	13 413
P a. Trento	100	120	13	133	3.710
Veneto	100	515	357	872	8.385
Friuli-Venezia Giulia	100	123	118	241	9 775
Liguria	100	160	332	492	10.890
Emilia-Romagna	100	196	369	565	19.850
Toscana	98	390	470	860	8.871
Umbria	92	113	129	242	6.773
Marche	100	67	166	233	21 328
Lazio	100	323	978	1.301	16.373
Abruzzo	93	66	144	210	16.732
Molise	100	13	20	33	26 496
Campania	97	167	1.055	1.222	33.021
Puglia	100	736	998	1.734	5 398
Basilicata	100	69	37	106	8.921
Calabria	100	173	129	302	11.884
Sicilia	100	215	1 228	1.443	24 116
Sardegna	91	226	120	346	6.693
Italia	**99**	**4.642**	**7.459**	**12.101**	**12.187**

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario.

10.4. Attività ambulatoriale e medicina specialistica

Nel 1987 hanno operato in Italia 12.101 ambulatori e poliambulatori. Il 38 per cento circa è gestito direttamente dal Servizio sanitario nazionale (tav. 10.6).

Il 62 per cento circa delle strutture è costituito da ambulatori e singoli medici convenzionati.

10.5. Attività farmaceutica

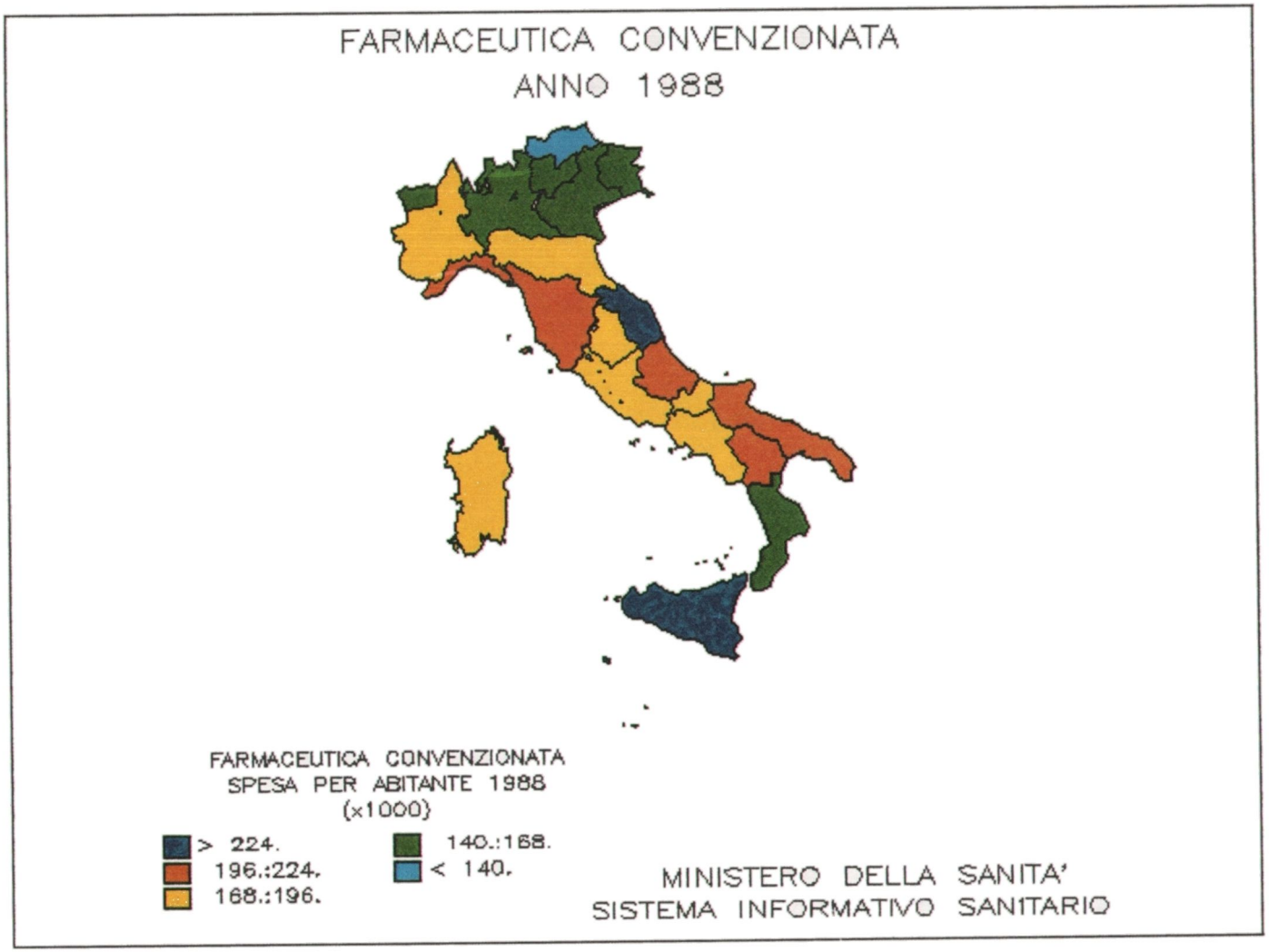
L'attività farmaceutica nel 1988 è stata gestita in Italia da 15.127 farmacie pubbliche e private (tav. 10.7 e fig. 10.1).

Tavola 10.7 - Farmacie pubbliche e private ripartite per provincia - Anno 1988

REGIONE	Numero farmacie		
	Private	Pubbliche	Totale
Piemonte	1.214	98	1.312
Valle d'Aosta	26	4	30
Lombardia	1.889	427	2.316
Trentino-Alto Adige	187	19	206
Veneto	1.058	73	1.131
Friuli-Venezia Giulia	332	15	347
Liguria	495	24	519
Emilia-Romagna	730	189	919
Toscana	796	195	991
Umbria	192	35	227
Marche	405	54	459
Lazio	1.073	79	1 152
Abruzzo	411	10	421
Molise	151	4	155
Campania	1.311	3	1.314
Puglia	923	17	940
Basilicata	142	1	143
Calabria	686	0	686
Sicilia	1.363	2	1.365
Sardegna	492	2	494
Italia	**13.876**	**1.251**	**15.127**

Fonte: Federfarma.

Le farmacie pubbliche costituiscono circa l'8 per cento di tutte le farmacie operanti sul territorio nazionale, con variazioni notevoli da regione a regione: in Emilia-Romagna e in Toscana rappresentano il 20 per cento del complesso delle farmacie, mentre in Calabria sono totalmente assenti. Mediamente in Italia c'è una farmacia ogni 3.795 abitanti.



Fonte: Ministero della Sanità sistema informativo sanitario

Fig. 10.1

PAGINA BIANCA

Le ricette sono state 526 milioni circa, il 6,64 per cento in più del 1987. Ogni cittadino ha ricevuto mediamente 9,2 ricette (tav. 10.8).

Tavola 10.8 - Numero delle ricette farmaceutiche spedite nel 1988 per regione

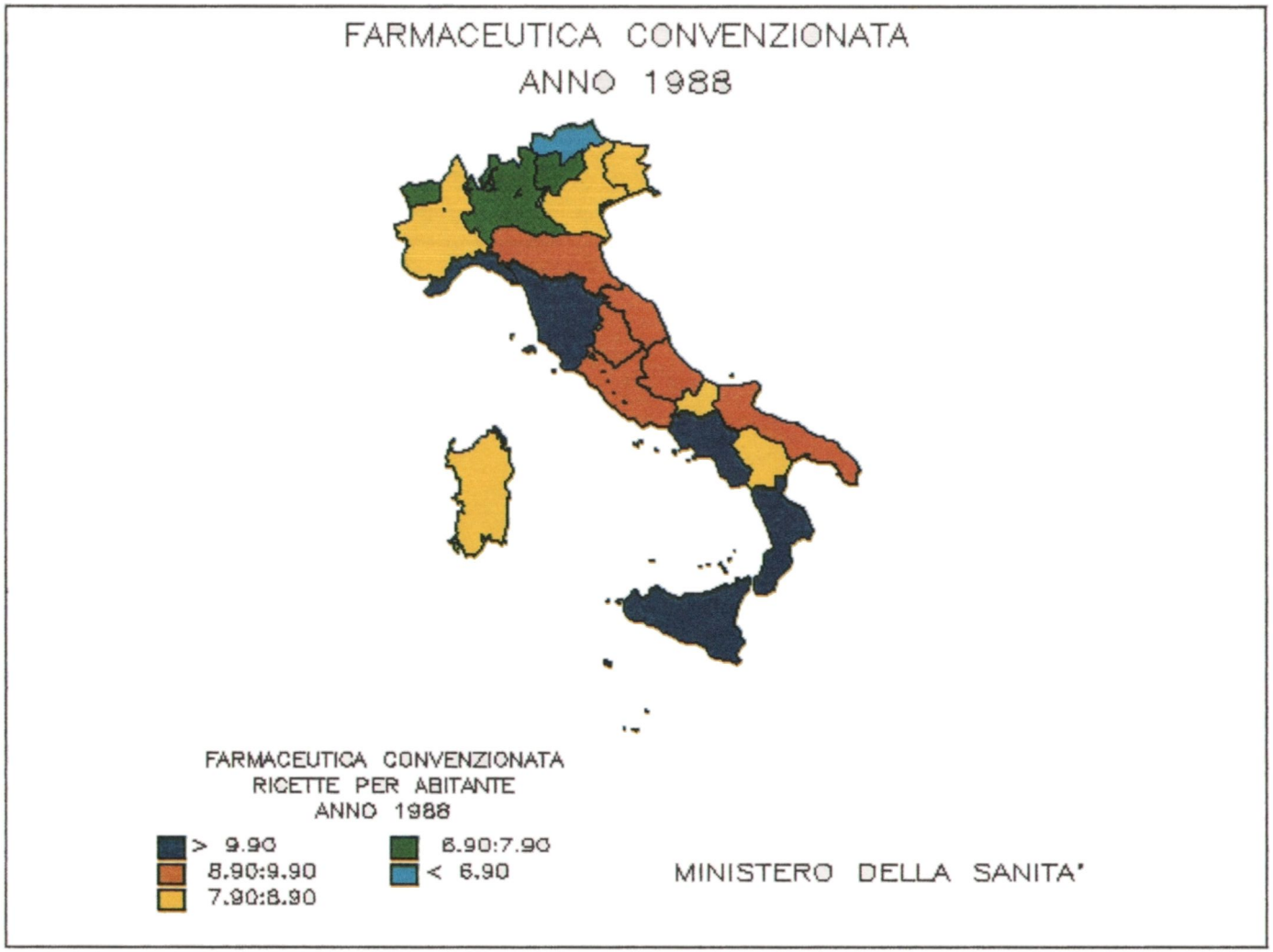
REGIONE	Ricette	
	Numero	Pro capite
Piemonte	36 026.687	8,2
Valle d'Aosta	829.927	7,3
Lombardia	68.493.521	7,7
P a. Bolzano	2.506 399	5,7
P.a. Trento	3.421.860	7,7
Veneto	35.471.652	8,1
Friuli-Venezia Giulia	9 858 904	8,1
Liguria	18 596.893	10,6
Emilia-Romagna	37.178 994	9,5
Toscana	35.740.204	10,0
Umbria	8.079 495	9,9
Marche	13.703.717	9,6
Lazio	46.708.740	9,1
Abruzzo	11 739 828	9,3
Molise	2.719.124	8,1
Campania	58.002.249	10,1
Puglia	37 211.064	9,2
Basilicata	5.255.159	8,5
Calabria	21 843.320	10,2
Sicilia	58.214 017	11,3
Sardegna	14.179.181	8,6
Italia	**525.780.925**	**9,2**

Fonte Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Dal 1982 ad oggi il numero medio di ricette pro-capite ha subito delle oscillazioni, però nel 1987 e nel 1988 si è avuto un deciso incremento rispetto agli anni precedenti (tav. 10.9 e fig. 10.2).

La regione con il maggior numero di ricette pro capite è stata la Sicilia (11,3 per cento), quelle con meno sono state la Valle d'Aosta e la p.a. di Bolzano (rispettivamente con 7,3 e 5,7) (tavola 10.8). Mediamente al Nord sono state compilate meno ricette pro-capite che al Centro-Sud.

PAGINA BIANCA



Fonte: Ministero della Sanità sistema informativo sanitario

Fig. 10.2

PAGINA BIANCA

Tavola 10.9 - Assistenza farmaceutica - Numero medio di ricette pro-capite dal 1982 al 1988

ANNO	Ricette
1982	6,3
1983	5,8
1984	6,6
1985	6,8
1986	6,1
1987	8,6
1988	9,2

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario.

Tavola 10.10 - Percentuale degli esenti da ticket sulla popolazione - Anni 1987-1988

REGIONE	1987	1988 (*)
Piemonte	11,1	9,5
Valle d'Aosta	7,0	6,3
Lombardia	7,5	4,6
P.a. Bolzano	5,2	5,8
P.a. Trento	12,2	9,0
Veneto	12,8	11,7
Friuli-Venezia Giulia	13,3	12,2
Liguria	11,3	10,1
Emilia-Romagna	12,9	12,3
Toscana	12,9	11,9
Umbria	18,2	17,9
Marche	18,6	17,3
Lazio	12,2	10,9
Abruzzo	24,1	23,8
Molise	36,9	40,9
Campania	26,0	28,3
Puglia	33,0	33,0
Basilicata	41,0	36,6
Calabria	36,0	32,6
Sicilia	34,1	33,4
Sardegna	30,1	30,6
Italia	**18,5**	**16,4**

(*) Dato incompleto relativo alle sole esenzioni dichiarate dalle USL che hanno risposto alla rilevazione (84 per cento)

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario.

Per quanto riguarda gli esenti da ticket il confronto tra gli anni 1987 e 1988 non è significativo per quanto segnalato in nota alla tavola 10.10.

Tuttavia, anche per l'anno 1988 si conferma l'andamento crescente della percentuale di esenti sulla popolazione nel passare dalle regioni del Nord Italia a quelle del Sud.

10.6. Attività ospedaliera

I dati relativi al numero degli ospedali sono disponibili al 1° gennaio 1988. In tale periodo l'attività ospedaliera è stata svolta da 1.774 istituti, il 65 per cento pubblici ed il 35 per cento privati convenzionati (tav. 10.11).

La percentuale maggiore di istituti privati è al Sud (dove il 45 per cento degli istituti sono privati convenzionati); in Campania tale rapporto arriva al 54 per cento. Anche nel Lazio c'è una proporzione maggiore di istituti privati.

I reparti e le sezioni aggregate erano 10.497, di cui 8.706 in istituti pubblici e 1.791 in case di cura private convenzionate (tavv. 10.12 e 10.13).

Nel 1987 i posti letto sono stati 437.739 di cui 368.364 (84 per cento) negli istituti pubblici e 69.375 (16 per cento) in quelli privati.

Per quanto concerne i ricoveri, questi sono stati complessivamente 9.182.178, di cui 8.231.158 (89,6 per cento) negli istituti pubblici e 951.020 (10,4 per cento) nelle case di cura private convenzionate. Il tasso di ospedalizzazione è stato di circa 160 per 1.000 abitanti, così come previsto dalla legge n. 595/85. Dall'analisi regionale vediamo come tale tasso sia alto al Nord (massimo in Friuli-Venezia Giulia con 214 ed in Liguria con 198), medio al Centro e basso al Sud (minimo in Sardegna con 107 ed in Sicilia con 124) (tavola 10.14).

Per quanto riguarda i ricoveri per gruppi di discipline, si nota che negli istituti pubblici il 56 per cento dei pazienti è stato ricoverato in discipline di base, il 4 per cento in discipline di alta specialità ed il 40 per cento in altre discipline; nelle case di cura private convenzionate il 64 per cento dei ricoveri si è avuto nelle discipline di base, solo l'1 per cento nelle discipline di alta specialità, il 35 per cento in altre discipline. Nelle case di cura private convenzionate quindi si è avuto, rispetto agli istituti pubblici, una percentuale maggiore di ricoveri in discipline di base ed una minore in discipline di alta specialità.

Le giornate di degenza sono state complessivamente 112.645.331, di cui 90.738.588 in istituti pubblici e 21.906.743 in case di cura private convenzionate (tavv. 10.12 e 10.13).

La degenza media è stata, negli istituti pubblici, di 10,3 giorni, in linea con i parametri tendenziali della legge n. 595/85 (11 giorni) (tav. 10.12). Si è avuto il valore massimo in psichiatria (76,6 giorni) ed il minimo in astanteria (2,9 giorni). Nelle case di cura private convenzionate la degenza media è stata di 20 giorni (tav. 10.13).

Tale maggiore durata della degenza rispetto agli istituti pubblici è dovuto anche al maggiore numero di posti letto in reparti i cui pazienti richiedono un trattamento prolungato (lungodegenti, fisiochinesiterapia e riabilitazione, neuropsichiatria, rieducazione funzionale) (figg. 10.3, 10.4, 10.5).

Tavola 10.11 - Distribuzione degli istituti di ricovero e cura pubblici e privati convenzionati al 1° gennaio 1988

REGIONE	Istituti pubblici	Posti letto	Istituti privati	Posti letto	Totale istituti	Totale p letto
Piemonte	86	26.364	46	4.164	132	30.528
Valle d'Aosta	1	577	0	0	1	577
Lombardia	151	57.103	76	11.178	227	68.281
P.a. Bolzano	10	2.637	9	321	19	2.958
P.a Trento	14	3.887	8	545	22	4.432
Veneto	102	39.346	29	3.495	131	42.841
Friuli-Venezia Giulia	28	12.298	9	948	37	13.246
Liguria	45	15.924	10	690	55	16.614
Emilia-Romagna	105	29.409	45	4.331	150	33.740
Toscana	88	26.202	30	2.714	118	28 916
Umbria	20	5.894	4	235	24	6.129
Marche	54	10.707	13	1.556	67	12.263
Lazio	87	25.465	100	13.550	187	39.015
Abruzzo	23	8.845	12	2.078	35	10.923
Molise	7	1.824	2	148	9	1.972
Campania	75	23.824	89	7.885	164	31.709
Puglia	82	28.990	43	7.015	125	36.005
Basilicata	12	3.005	2	878	14	3.883
Calabria	44	12.477	32	2.950	76	15.427
Sicilia	89	24.477	43	2 959	132	27.436
Sardegna	85	9.514	14	1.735	99	11.249
Italia	**1.158**	**368.364**	**616**	**69.375**	**1.774**	**437.739**

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario.

Tavola 10.12 - Indicatori degli istituti di cura pubblici nelle varie discipline - Anno 1987

DISCIPLINA	Reparti e sez agg	Posti letto	Giorni di degenza	Degenza media	Tasso di utilizz	Indice di turn-over	Indice di rotaz	% di interv chir
Chirurgia generale	1 042	57 892	14.075 589	10,0	66,6	5,0	24,3	40
Medicina generale	1.181	70.884	19 537.682	11,9	75,5	3,9	23,1	—
Ostetricia e ginecologia	762	30 954	6.705 648	5,9	59,4	4,0	37,0	43
Pediatria	643	20.280	2 761.654	5,2	37,3	8,7	26,4	—
Cardiochirurgia	41	1 226	309.499	10,2	69,2	4,5	24,8	31
Ematologia	51	1.321	351.065	6,8	72,8	2,6	38,8	—
Grandi ustionati	10	179	51 498	16,3	78,8	4,4	17,7	—
Nefrologia con trap. e dial.	48	1 063	252 095	8,0	65,0	4,3	29,5	2
Neurochirurgia	81	2.919	867.136	10,0	81,4	2,3	29,7	25
Rianimaz. e terap. intens.	285	2 313	527 215	6,0	62,0	3,6	37,7	—
Unità coronarica	133	1 214	350 597	5,8	79,1	1,5	50,0	—
Allergologia	11	603	134.080	14,9	60,9	9,6	14,9	—
Angiologia	7	190	61 305	15,8	88,4	2,1	20,4	25
Broncopneumologia	60	2,888	722.256	16,2	68,5	7,5	15,4	—
Cardiologia	207	5 437	1.533 697	9,0	77,3	2,6	31,5	51
Chirurgia maxillo-facciale	20	473	111.132	6,7	64,4	3,7	35,2	44
Chirurgia pediatrica	56	1 770	371 045	5,2	57,4	3,9	40,1	56
Chirurgia plastica	45	1.271	324 549	8,2	70,0	3,5	31,3	23
Chirurgia toracica	33	1 008	247.621	12,6	67,3	6,1	19,5	36
Chirurgia vascolare	40	1.180	324.636	13,4	75,4	4,4	20,5	—
Cure riabilitative interm.	2	60	9.614	39,7	43,9	50,8	4,0	—
Deg. temporanea (astanteria)	89	1 335	328 955	2,9	67,5	1,4	86,2	—

Segue: Tavola 10 12 - Indicatori degli istituti di cura pubblici nelle varie discipline - Anno 1987

DISCIPLINA	Reparti e sez agg	Posti letto	Giorni di degenza	Degenza media	Tasso di utilizz	Indice di turn-over	Indice di rotaz	% di interv chir
Dermatologia	103	3 653	825.408	11,6	61,9	7,1	19,6	—
Dermosifilopatia	36	1.396	311 198	12,4	61,1	7,9	18,0	—
Diabetol e malatt. metabol.	15	251	67.982	9,8	74,2	3,4	27,6	—
Emodialisi	29	383	87 453	5,6	62,6	3,4	40,4	—
Endocrinologia	42	973	63.323	9,3	74,1	3,3	29,0	—
Farmacologia clinica	3	85	21.558	34,9	69,5	15,3	7,3	—
Fisiochinesiterapia e riabil	30	1 340	359 233	27,8	73,4	10,1	9,6	—
Fisiopatol. della riproduz.	2	42	13.212	4,5	86,2	0,7	69,8	—
Gastroenterologia	48	1.413	396.383	9,8	76,9	3,0	28,6	—
Geriatria	141	7.458	2.211 394	16,8	81,2	3,9	17,6	—
Laboratorio di analisi	1	25	5.928	11,7	65,0	6,3	20,2	—
Lungodegenti	97	5 871	1.530 731	35,1	71,4	14,0	7,4	—
Malattie infettive	189	6 639	1 148 678	11,1	47,4	12,3	15,6	—
Medicina del lavoro	23	759	162.714	11,9	58,7	8,4	18,0	—
Medicina leg. e assicur. soc.	5	134	25 153	6,7	51,4	6,3	28,0	—
Medicina nucleare	4	140	52 081	31,9	101,9	- 0,6	11,7	—
Nefrologia	69	1.465	355.970	9,6	66,6	4,8	25,3	—
Neonatologia	135	3.626	667 381	7,0	50,4	6,9	26,2	—
Neurologia	203	8.362	2 286.336	12,2	74,9	4,1	22,4	—
Neuropsichiatria	14	1.719	384.249	67,0	61,2	42,4	3,3	—
Neuropsichiatria infantile	28	704	109.997	5,3	42,8	7,0	29,7	—
Oculistica	288	9 101	1 900 786	8,4	57,2	6,3	24,7	44

Segue: Tavola 10.12 - Indicatori degli istituti di cura pubblici nelle varie discipline - Anno 1987

DISCIPLINA	Reparti e sez agg	Posti letto	Giorni di degenza	Degenza media	Tasso di utilizz	Indice di turn-over	Indice di rotaz	% di interv chir
Odontoiatria e stomatologia	64	964	167.318	5,2	47,6	5,8	33,2	61
Oncologia	70	2.290	578.844	9,8	69,3	4,4	25,8	—
Ortopedia e traumatologia	648	31.497	8.266.860	8,1	71,9	3,1	32,6	27
Otorinolaringoiatria	351	10.156	2.082.526	6,3	56,2	4,9	32,3	49
Patologia chirurgica	26	1.147	299.931	12,9	71,6	5,1	20,2	34
Patologia clinica	26	1.115	285.292	14,2	70,1	6,0	18,1	—
Pensionanti	21	615	132.883	10,9	59,2	7,5	19,9	—
Pneumologia	136	5.831	1 566.754	15,3	73,?	5,5	17,5	—
Psichiatria	424	31.693	8.915.753	76,6	77,1	22,8	3,7	—
Radiodiagnostica	1	23	7.618	37,2	90,7	3,8	8,9	—
Radioterapia	38	1.410	325.366	12,9	63,2	7,5	17,9	—
Reumatologia	16	602	156 990	15,0	71,4	6,0	17,4	—
Rieducazione funzionale	53	2.323	610.890	26,3	72,0	10,2	10,0	—
Terapia intensiva neonatale	63	1.417	267.112	13,2	51,6	12,3	14,3	—
Tisiologia	67	3.433	729.130	27,7	58,2	19,9	7,7	—
Urologia	241	9.660	2.605.244	11,1	73,9	3,9	24,3	37
Urologia pediatrica	8	262	72.574	10,9	75,9	3,4	25,5	17
Altre	101	2.510	521.787	6,6	57,0	5,0	31,3	—
Totale nazionale	**8.706**	**368.947**	**90.738.588**	**10,3**	**67,4**	**5,0**	**23,9**	**38**

Fonte: Elaborazione ISIS su dati Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario.

Tavola 10.13 - Indicatori delle case di cura private convenzionate nelle varie discipline - Anno 1987

DISCIPLINA	Reparti e sez agg	Posti letto	Giorni di degenza	Degenza media	Tasso di utilizz	Indice di turn-over	Indice di rotaz	% di interv chir
Chirurgia generale	319	9 034	2.798.220	9,4	84,9	1,7	32,9	69
Medicina generale	262	9 035	3.213 402	17,7	97,4	0,5	20,1	—
Ostetricia e ginecologia	215	4 173	1.090.745	6,8	71,6	2,7	38,4	50
Pediatria	17	299	40.873	8,4	37,5	14,0	16,3	—
Cardiochirurgia	3	65	21.702	10,3	91,5	1,0	32,5	54
Ematologia	1	9	1.747	8,1	53,2	7,2	23,9	—
Nefrologia con trap. e dial.	1	10	5 564	61,8	152,4	-21,3	9,0	11
Neurochirurgia	2	35	8.487	13,6	66,4	6,9	17,8	—
Rianim. e terap. intens.	7	47	11.545	8,9	67,3	4,3	27,7	—
Unità coronarica	2	21	5 920	6,4	77,2	1,9	44,3	—
Allergologia	1	10	1.917	5,4	52,5	4,9	35,5	—
Angiologia	7	124	49.225	16,6	108,8	-1,3	23,9	24
Broncopneumologia	7	241	78.156	18,1	88,8	2,3	17,9	—
Cardiologia	91	1 724	468 721	15,3	74,5	5,2	17,8	—
Chirurgia maxillo-facciale	2	51	12.364	4,3	66,4	2,2	55,8	96
Chirurgia pediatrica	1	5	114	6,3	6,2	95,1	3,6	83
Chirurgia plastica	4	70	14.862	15,0	58,2	10,8	14,1	52
Chirurgia vascolare	7	132	51.520	12,4	106,9	-0,8	31,4	45
Dermatologia	10	139	36,448	12,3	71,8	4,8	21,2	—
Dermosifilopatia	3	65	18.685	11,0	78,8	3,0	26,1	—
Diabetol. e malatt. metabol.	2	90	29.242	25,6	89,0	3,2	12,7	—

Segue: Tavola 10.13 - Indicatori delle case di cura private convenzionate nelle varie discipline - Anno 1987

DISCIPLINA	Reparti e sez agg	Posti letto	Giorni di degenza	Degenza media	Tasso di utilizz	Indice di turn-over	Indice di rotaz	% di interv chir
Emodialisi	4	80	20.014	16,9	68,5	7,7	14,8	—
Endocrinologia	4	60	19 636	16,3	89,7	1,9	20,0	—
Fisiochinesiterapia e riabil.	52	5.644	1.684 360	69,0	81,8	15,4	4,3	—
Gastroenterologia	5	113	37.519	15,0	91,0	1,5	22,2	—
Geriatria	42	1 589	608.891	38,8	105,0	-1,8	9,9	—
Lungodegenti	80	7.928	2.681 973	111,1	92,7	8,8	3,0	—
Malattie infettive	2	18	2.822	6,3	43,0	8,3	25,0	—
Medicina del lavoro	2	30	5 620	9,0	51,3	8,5	20,8	—
Medicina leg. e assicur. soc.	2	40	11.925	13,0	81,7	2,9	23,0	—
Medicina nucleare	2	185	60 641	62,3	89,8	7,1	5,3	—
Nefrologia	6	112	22 942	14,1	56,1	11,0	14,5	—
Neonatologia	3	31	7 429	9,5	65,7	5,0	25,3	—
Neurologia	52	2 031	647 119	26,7	87,3	3,9	11,9	—
Neuropsichiatria	51	5.257	1.820.382	51,7	94,9	2,8	6,7	—
Neuropsichiatria infantile	4	90	10.482	29,9	31,9	63,7	3,9	—
Oculistica	75	1.103	268.520	8,8	66,7	4,4	27,8	63
Odontoiatria e stomatologia	2	15	524	2,8	9,6	26,3	12,5	20
Oncologia	7	152	45 650	18,7	82,3	4,0	16,1	—
Ortopedia e traumatologia	148	4.038	1.427.131	11,1	96,8	0,4	31,8	33
Otorinolaringoiatria	101	1 074	169.597	4,6	43,3	6,1	34,0	78
Patologia clinica	1	260	96.455	35,7	101,6	-5,7	1,1	—

Segue: Tavola 10.13 - Indicatori delle case di cura private convenzionate nelle varie discipline - Anno 1987

DISCIPLINA	Reparti e sez agg	Posti letto	Giorni di degenza	Degenza media	Tasso di utilizz	Indice di turn-over	Indice di rotaz	% di interv chir
Pensionanti	1	15	651	3,3	11,9	24,6	13,1	—
Pneumologia	14	693	246 552	36,4	97,5	0,9	9,8	—
Psichiatria	42	7.475	2.261.305	12,2	82,9	31,4	2,0	—
Radioterapia	3	70	24.851	42,0	97,3	1,2	8,4	—
Reumatologia	5	299	106.164	29,1	97,3	0,8	12,2	—
Rieducazione funzionale	39	3 077	907.802	74,3	80,8	17,6	4,0	—
Tisiologia	3	214	45.202	107,9	57,9	78,5	2,0	—
Urologia	58	941	246.728	12,2	71,8	4,8	21,6	59
Altre	17	1.880	458 397	122,7	66,8	61,0	2,0	—
Totale nazionale	**1.791**	**69.893**	**21.906.743**	**20,0**	**85,9**	**3,3**	**15,7**	**57**

Fonte: Elaborazione ISIS su dati Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario.

Tavola 10.14 - Tasso medio di ospedalizzazione per 1.000 abitanti - Anno 1988

REGIONE	Tasso
Piemonte	142
Valle d'Aosta	137
Lombardia	172
P.a. Trento	195
P.a. Bolzano	178
Veneto	182
Friuli-Venezia Giulia	214
Liguria	198
Emilia-Romagna	194
Toscana	156
Umbria	168
Marche	189
Lazio	141
Abruzzo	184
Molise	153
Campania	137
Puglia	168
Basilicata	140
Calabria	154
Sicilia	124
Sardegna	107
Italia	**160**

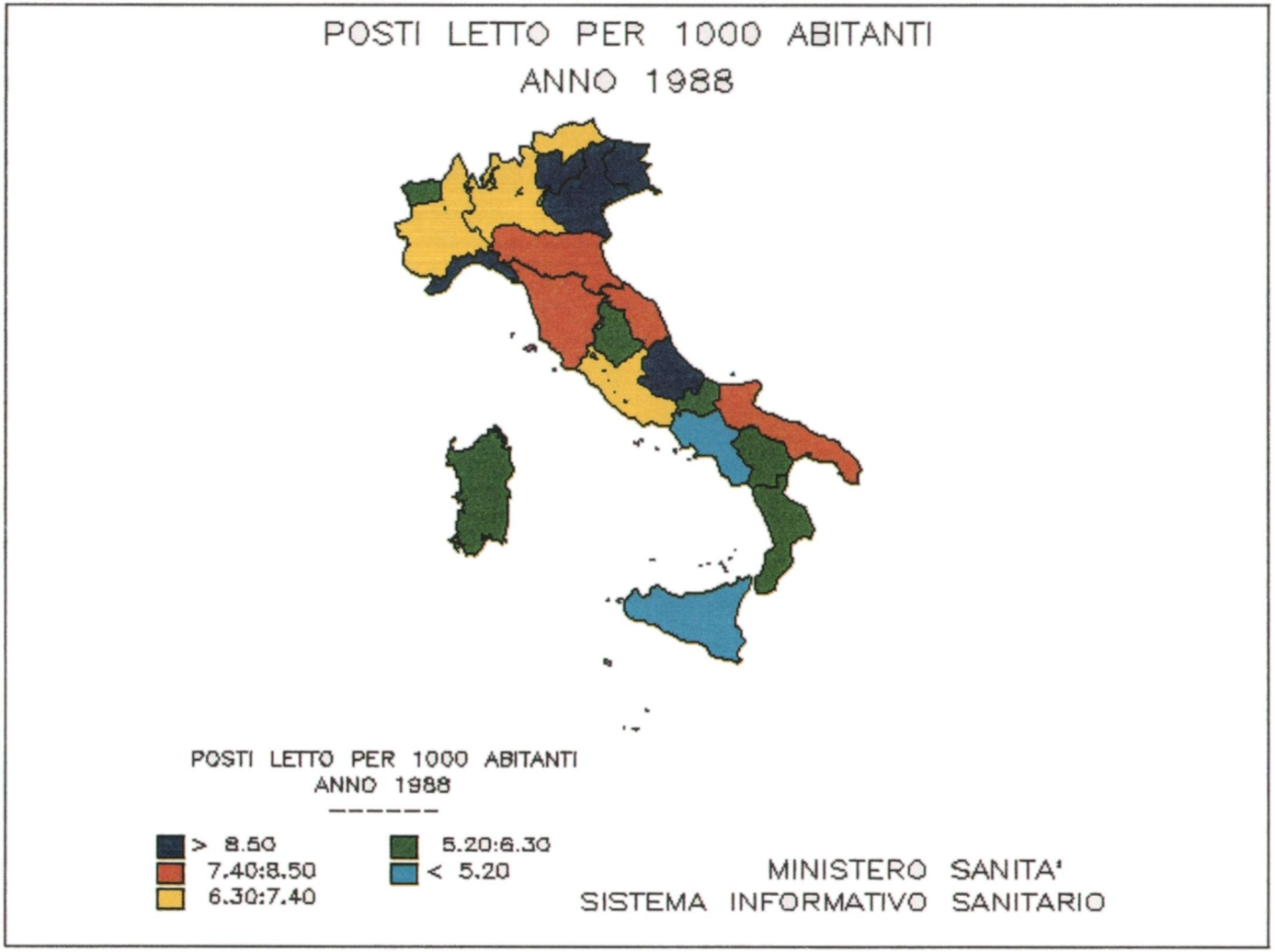
Fonte. Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario.

Sempre nel 1987 il tasso di utilizzazione dei posti letto è stato di 67,4 per cento negli istituti pubblici e 85,9 per cento in quelli privati convenzionati (tavv. 10.12 e 10.13).

Rispetto alla legge n. 595/85, in cui si stabilisce come parametro tendenziale un tasso minimo compreso tra il 70 ed il 75 per cento, negli istituti pubblici tale tasso si è mantenuto al di sotto di tale cifra. Per le discipline di base, solo medicina generale ed ortopedia hanno superato rispettivamente il 75 per cento ed il 70 per cento; negativo il dato della pediatria con solo il 37 per cento e molto basso il dato della ostetricia e ginecologia con il 59 per cento.

L'indice di rotazione, che indica il numero medio di pazienti che passa per un posto letto, è stato 23,9 per gli istituti pubblici e 15,7 per le case di cura private convenzionate (tavv. 10.12 e 10.13).

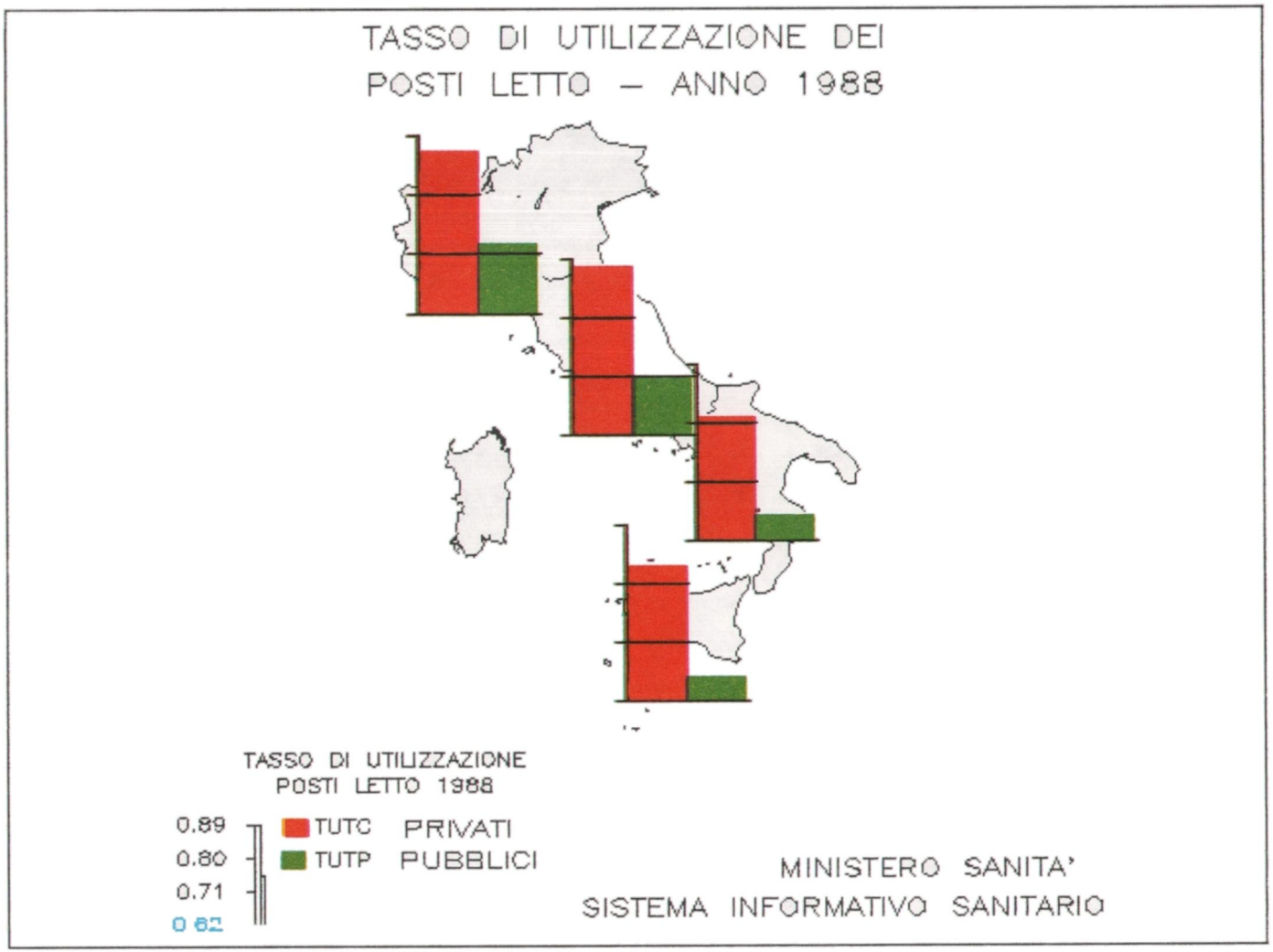
Per quanto concerne la "mobilità" interregionale il saldo tra i ricoverati provenienti da altre regioni e quelli indirizzatisi verso altre regioni è molto attivo per: Emilia-Romagna (+41.323) e Lombardia (+30.346), molto negativo per Sicilia (-43.357), Campania (-37.371) e Calabria (-36.920). Tale saldo è in generale negativo per le regioni del Sud e positivo per quelle del Centro-Nord (escluse Piemonte, Valle d'Aosta e Abruzzo) (figure da 10.6 a 10.26 in appendice V).



Fonte: Ministero della Sanità sistema informativo sanitario

Fig. 10.3

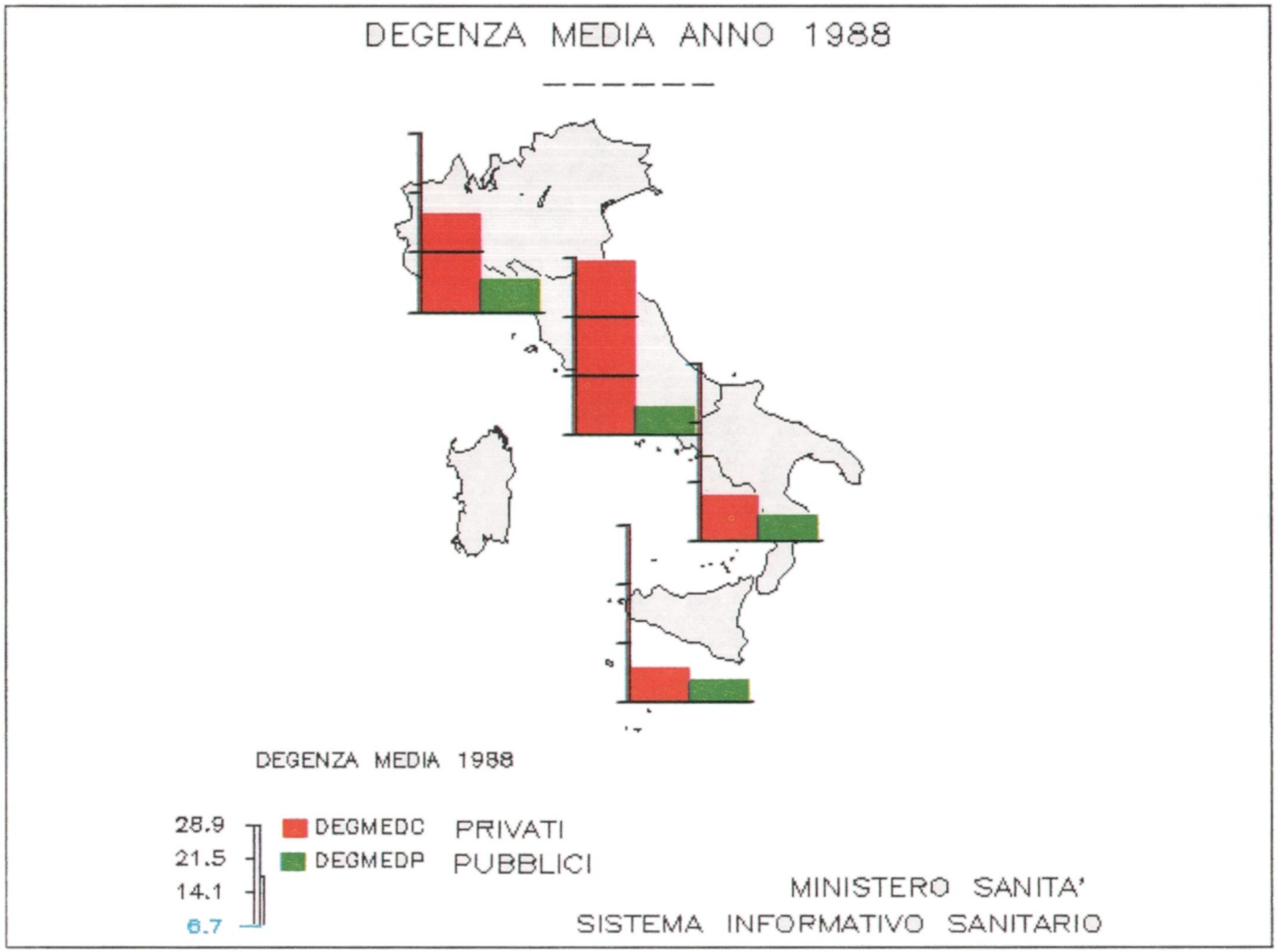
PAGINA BIANCA



Fonte: Ministero della Sanità sistema informativo sanitario

Fig. 10.4

PAGINA BIANCA



Fonte: Ministero della Sanità sistema informativo sanitario

Fig 10 5

PAGINA BIANCA

10.7. Tutela della salute mentale

I dati disponibili si riferiscono alla situazione dell'anno 1986 e sono riportati nella tavola 10.15.

Il confronto con i dati del 1983, riportato nella stessa tavola, indica che il numero degli ospedali psichiatrici è diminuito nel triennio considerato.

Tavola 10.15 - Ospedali psichiatrici pubblici e privati - Anni 1983 e 1986

REGIONE	Istituti		Posti letto		Degenti	
	1983	1986	1983	1986	1983	1986
Piemonte	6	5	3 514	2 245	2.221	1 573
Valle d'Aosta	0	0	0	0	0	0
Lombardia	15	15	6.842	5.858	8.894	8 282
Trentino-Alto Adige	2	2	641	540	598	642
Veneto	11	11	4.089	3.305	4 083	3.397
Friuli-Venezia Giulia	2	2	940	1.004	1.076	1.123
Liguria	2	2	1 567	1 485	2 268	2 224
Emilia-Romagna	15	15	4.292	2.870	8 763	6 852
Toscana	7	8	3 313	2.848	3.436	2.951
Umbria	1	1	225	250	177	319
Marche	4	1	1.810	247	1 484	247
Lazio	4	4	1 829	1 599	1.568	1 255
Abruzzo	2	1	1 035	470	188	1 632
Molise	0	0	0	0	0	0
Campania	6	7	5 066	4.66	4.541	4.347
Puglia	1	1	650	738	834	689
Basilicata	0	0	0	0	0	0
Calabria	2	2	1 070	1 270	1 089	896
Sicilia	6	5	4.454	2.876	4.578	2.762
Sardegna	3	2	1 535	1 140	1.149	714
Italia	**89**	**84**	**42.872**	**33.405**	**46.947**	**39.885**

Fonte Indagine ISIS sull'applicazione della legge 180/78 (dicembre 1986).

Per quanto riguarda i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), la tavola 10.16 mostra un incremento nel triennio 1983-1986. Si possono notare, però, delle forti differenze tra regioni del Nord, del Centro e del Sud.

Tavola 10.16 - Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) e cliniche universitarie (CU) - Anni 1983 e 1986

REGIONE	SPDC		Posti letto SPDC		CU 1986
	1983	1986	1983	1986	
Piemonte	21	21	255	255	1
Valle d'Aosta	1	1	15	15	0
Lombardia	37	45	601	647	1
Trentino-Alto Adige	5	4	75	60	2
Veneto	31	37	465	495	0
Friuli-Venezia Giulia	4	4	88	88	1
Liguria	8	9	86	101	2
Emilia-Romagna	10	9	134	150	4
Toscana	18	18	138	30	3
Umbria	2	2	30	30	1
Marche	12	14	125	181	3
Lazio	5	5	75	75	1
Abruzzo	3	3	45	44	1
Molise	3	3	35	35	0
Campania	13	17	197	—	1
Puglia	15	13	201	—	0
Basilicata	5	5	41	41	2
Calabria	9	17	79	—	0
Sicilia	24	27	280	312	2
Sardegna	6	7	90	105	2
Italia	**232**	**261**	**3.055**	**2.772**	**27**

Fonte: Indagine ISIS sull'applicazione della legge 180/78 (dicembre 1986).

Per quanto riguarda le altre strutture psichiatriche territoriali, la tavola 10.17 mostra una consistenza numerica ancora insufficiente, soprattutto per ciò che concerne le strutture intermedie ed alternative al ricovero. Inoltre, le cifre danno un quadro disomogeneo tra regione e regione per quanto riguarda il numero dei servizi attivati. Basta confrontare, ad esempio, i dati della Lombardia con quelli del Lazio.

Tavola 10.17 - Strutture psichiatriche alternative ed intermedie - Anno 1986

1) Numero di USL
2) Servizi territoriali
3) SIR (Serv. inter. reg.)
4) Day hospital
5) Ambulatori
6) Comunità alloggio/casa famiglia
7) Comunità protette
8) Centri attività

REGIONE	1	2	3	4	5	6	7	8	Totale
Piemonte	76	76	—	4	—	29	1	21	131
Valle d'Aosta	1	1	—	1	—	—	—	—	3
Lombardia	80	86	38	12	108	43	7	17	311
Trentino-Alto Adige	14	16	—	4	1	6	3	—	30
Veneto	36	10	—	17	—	20	—	4	51
Friuli-Venezia Giulia	12	26	29	9	—	50	—	—	114
Liguria	20	20	4	0	—	2	—	—	26
Emilia-Romagna	41	41	6	—	141	135	15	—	338
Toscana	32	32	25	5	—	60	28	—	150
Umbria	12	14	15	1	5	33	—	—	68
Marche	24	31	4	2	—	14	33	5	89
Lazio	59	47	1	4	—	28	1	2	83
Abruzzo	15	13	2	3	13	1	—	—	32
Molise	7	3	4	—	—	—	—	—	7
Campania	61	46	7	—	—	—	—	—	53
Puglia	55	52	9	2	—	17	—	1	81
Basilicata	7	5	—	—	—	—	—	1	30
Calabria	31	13	9	2	—	4	—	—	28
Sicilia	52	3	3	4	70	3	1	—	115
Sardegna	22	23	21	1	—	18	—	—	63
Italia	**657**	**582**	**185**	**79**	**338**	**471**	**89**	**51**	**1.795**

Fonte: Indagine ISIS sull'applicazione della legge 180/78 (dicembre 1986).

Ma non è solo su queste cifre che si rilevano marcate differenze. Esiste una eterogenea concezione dei singoli servizi ed una notevole diversificazione nella denominazione degli stessi da regione a regione. Questa situazione trova una spiegazione nell'assenza di una idonea programmazione nazionale dei servizi psichiatrici, a cui si è cercato di porre rimedio con una nutrita serie di leggi regionali sulla psichiatria.

Per quanto riguarda l'attività nei reparti ospedalieri di psichiatria, neuropsichiatria e neuropsichiatria infantile, i dati relativi al 1987 indicano l'esistenza di 46.380 posti letto complessivi pari allo 0,8 per mille abitanti, articolati in 562 divisioni (tavole 10.18 e 10.19).

Tavola 10.18 - Posti letto, divisioni, degenti nei reparti di psichiatria, neuropsichiatria infantile e neuropsichiatria - Anno 1987

REGIONE	Psichiatria			Neuropsichiatria infantile			Neuropsichiatria		
	P L	Divisioni	Degenti	P L	Divisioni	Degenti	P L	Divisioni	Degenti
Piemonte	2 082	36	8 679	38	1	2 044	621	8	6 524
Valle d'Aosta	15	1	458	0	0	0	0	0	0
Lombardia	6 839	76	28.329	142	5	2.843	660	3	1 139
P a. Bolzano	15	1	592	0	0	0	0	0	0
P.a. Trento	547	6	1 782	15	1	240	0	0	0
Veneto	4.355	58	14 677	0	0	0	65	1	940
Friuli-Venezia Giulia	1.218	9	3.708	15	1	965	0	0	0
Liguria	1.786	26	8 789	30	1	1 306	0	0	0
Emilia-Romagna	2.947	30	12 141	30	2	557	338	4	3 513
Toscana	2.175	23	7.157	85	4	1 903	135	2	667
Umbria	256	2	652	40	1	882	0	0	0
Marche	421	14	3.182	21	2	1 779	15	1	251
Lazio	3 016	17	5 777	48	2	1 220	1.909	21	8.956
Abruzzo	455	5	2 044	0	0	0	30	2	637
Molise	50	4	1.120	5	1	82	0	0	0
Campania	2 856	43	6 301	190	5	2 077	735	7	7 499
Puglia	5.036	45	9 064	42	2	1 248	192	5	2.345
Basilicata	61	5	919	0	0	0	503	1	568
Calabria	1 517	17	3.133	0	0	0	287	4	3 446
Sicilia	2 424	37	10.113	68	3	3 836	902	3	1 256
Sardegna	1.097	11	3.016	25	1	271	26	2	549
Totale nazionale	**39.168**	**466**	**131.633**	**794**	**32**	**21.253**	**6.418**	**64**	**38.290**

Fonte. Elaborazione ISIS su dati del Sistema Informativo Sanitario.

Tavola 10.19 - Degenti e posti letto in reparti di pschiatria, neuropschiatria e neuropschiatria *infantile* - *Anno* 1987

REGIONE	Degenti	Posti letto	Divisioni
Piemonte	17.247	2.741	45
Valle d'Aosta	458	15	1
Lombardia	32.311	7 641	84
P a. Bolzano	592	15	1
P.a. Trento	2.022	562	7
Veneto	15 617	4 420	59
Friuli-Venezia Giulia	4.673	1.233	10
Liguria	10.095	1 816	27
Emilia-Romagna	16.211	3 315	36
Toscana	9.727	2.395	29
Umbria	1 534	296	3
Marche	5.212	457	17
Lazio	1 5953	4.973	40
Abruzzo	2.681	485	7
Molise	1.202	55	5
Campania	15.877	3 781	55
Puglia	12.657	5 270	52
Basilicata	1 487	564	6
Calabria	6.579	1 804	21
Sicilia	15.205	3.394	43
Sardegna	3.836	1 148	14
Italia	**191.176**	**46.380**	**562**

Fonte: Elaborazione Consiglio Sanitario Nazionale su dati del Sistema Informativo Sanitario.

10.8. Attività per le tossicodipendenze

Si rimanda al capitolo 3.

10.9. Attività per la dialisi

I dati attualmente disponibili sono quelli consolidati al 31 dicembre 1987.

In Italia, nel 1987, l'attività per la dialisi è stata svolta in 490 centri ospedalieri ed in 180 ad assistenza limitata (tavola 10.20).

I pazienti assistiti presso questi centri sono stati 26.805, di cui 22.940 in dialisi e 3.865 con trapianto funzionante (tav. 10.22). Dei 22.940 in dialisi, 16.922 sono stati trattati in centri pubblici e 6.018 in privati (tav. 10.21). L'attività privata è stata maggiore al Centro-Sud, soprattutto in Campania, Sicilia e Lazio, regioni in cui oltre il 50 per cento dei posti di dialisi è in strutture private.

Rispetto al 1986 si è avuto un aumento di 499 posti e di 29 centri di dialisi. I pazienti assistiti sono aumentati di 1.893 unità, di cui 1.353 in dialisi e 540 con trapianto funzionale. Pertanto, nel complesso, l'attività dialitica in Italia nel 1987 è aumentata. Per quanto riguarda la dialisi domiciliare, la percentuale dei pazienti così trattati ha subito un lieve calo rispetto al 1986, passando dal 10,6 per cento al 10,4 per cento; si è avuto invece un incremento della dialisi ad assistenza limitata, della quale hanno usufruito il 10,79 per cento dei pazienti rispetto al 10,25 per cento del 1986. Il trattamento in "assistenza limitata" si è andato sempre più diffondendo, in linea con quanto previsto dalla proposta di Piano sanitario nazionale, che pone l'obiettivo di trattare nei centri di dialisi ad assistenza limitata il 15 per cento dei dializzati entro il 1991. Lo stesso Piano prevede inoltre un'incentivazione della dialisi domiciliare, con l'obiettivo di trattare a domicilio almeno il 15 per cento dei pazienti entro il 1991.

Tavola 10.20 - Situazione dei servizi di dialisi in Italia al 31 dicembre 1987

REGIONE	Servizi dialisi		Posti dialisi		Pazienti in trattamento			
	O	A L	O	A L	Osped	A L	Domic	Totale
Piemonte	21	18	317	110	1.161	340	315	1.816
Valle d'Aosta	1	1	10	5	28	12	3	43
Lombardia	47	41	629	230	2.106	635	1 023	3.764
Trentino-Alto Adige	5	6	63	36	189	94	25	308
Veneto	22	18	341	114	1.082	319	153	1 554
Friuli-Venezia Giulia	10	6	133	25	457	66	69	592
Liguria	12	3	156	20	474	50	61	585
Emilia-Romagna	13	43	220	192	844	550	113	1.507
Toscana	27	12	351	60	1 152	156	104	1.412
Marche	9	8	124	28	402	43	59	504
Umbria	4	4	53	17	197	36	74	307
Lazio	46	—	646	—	1.804	2	45	1.851
Abruzzo	14	1	129	2	383	3	6	392
Molise	3	2	35	14	105	27	11	143
Campania	108	—	1 068	—	2.341	—	15	2.356
Puglia	31	10	501	35	1 629	71	93	1 793
Basilicata	4	—	56	—	175	—	7	182
Calabria	15	4	177	20	597	49	59	705
Sicilia	81	2	1.022	6	1 402	10	19	2.431
Sardegna	17	1	179	4	546	12	137	695
Italia	**490**	**180**	**6.210**	**918**	**18.074**	**2.475**	**2.391**	**22.940**

Nota per i servizi di cui non è giunto aggiornamento sono stati considerati validi i dati d'archivio

Fonte. ANED (Associazione Nazionale Emodializzati) - Censimento dei Servizi di dialisi e trapianto italiani al 31 dicembre 1987

Tavola 10.21 - Strutture pubbliche e centri privati di dialisi - Situazione al 31 dicembre 1987

REGIONE	Centri dialisi		Posti dialisi				Pazienti trattati in strutture			
	Pubblici	Privati	Pubblici	%	Privati	%	Pubbliche	%	Private	%
Piemonte	21	—	427	100	—	—	1 816	100,0	—	—
Valle d'Aosta	1	—	15	100	—	—	43	100,0	—	—
Lombardia	43	4	789	91,9	70	8,1	3.544	94,2	220	5,0
Trentino-Alto Adige	4	1	91	91,9	8	8,1	273	88,6	35	11,4
Veneto	22	—	455	100	—	—	1 554	100,0	—	—
Friuli-Venezia Giulia	10	—	158	100	—	—	592	100,0	—	—
Liguria	12	—	176	100	—	—	585	100,0	—	—
Emilia-Romagna	13	—	412	100	—	—	1 507	100,0	—	—
Toscana	27	—	411	100	—	—	1 412	100,0	—	—
Marche	9	—	152	100	—	—	504	100,0	—	—
Umbria	4	—	70	100	—	—	307	100,0	—	—
Lazio	27	19	268	41,5	378	58,5	701	37,9	1.150	62,1
Abruzzo	13	1	123	93,9	8	6,1	389	99,2	3	0,8
Molise	2	1	39	79,6	10	20,4	111	77,6	32	22,4
Campania	20	88	177	16,6	891	83,4	319	13,5	2 037	86,5
Puglia	25	6	357	66,6	179	33,4	1 243	69,3	550	30,7
Basilicata	3	1	47	83,9	9	16,1	153	84,1	29	15,9
Calabria	15	—	197	100	—	—	705	100,0	—	—
Sicilia	22	59	237	23,1	791	76,9	550	22,6	1 881	77,4
Sardegna	16	1	159	86,9	24	13,1	614	88,4	81	11,6
Italia	**309**	**181**	**4.760**	**—**	**2.368**	**—**	**16.922**	**—**	**6.018**	**—**

Fonte: ANED (Associazione Nazionale Emodializzati) - Censimento dei servizi di dialisi e trapianto italiani al 31 dicembre 1987

Tavola 10.22 - Utilizzazione dei posti di dialisi e pazienti in trattamento - Situazione al 31 dicembre 1987

REGIONE	Abitanti	Posti dialisi		Utilizzazione posti dialisi				Pazienti in trattamento					
		Totale	Per milione abitanti	Pazienti in emodialisi	Coeff (*)	Totale paz in emodialisi	Coeff (**)	In dialisi	Per milione abitanti	Con trapianto funzionante	Per milione abitanti	Totale	Per milione abitanti
Piemonte	4 389.430	427	97,28	1 487	3.48	1.593	3,73	1 816	413,72	294	66,99	2 110	480,70
Valle d'Aosta	113.855	15	131,75	40	2,67	43	2,87	43	377,67	10	87,83	53	465,50
Lombardia	8.876 787	859	96,80	2.724	3,17	3.092	3,60	3 764	424,03	883	99,47	4 647	523,50
Trentino-Alto Adige	880 237	99	112,47	281	2,84	291	2,94	308	349,91	111	126,10	419	476,01
Veneto	4 372 869	455	104,05	1.394	3,06	1.428	3,14	1.554	355,37	352	80,50	1 906	435,87
Friuli-Venezia Giulia	1.214 557	158	130,08	511	3,23	529	3,35	592	487,42	95	78,22	687	565,64
Liguria	1 758.961	176	100,06	522	2,97	528	3,00	585	332,58	144	81,87	729	414,45
Emilia-Romagna	3.931.014	412	104,81	1 384	3,36	1.425	3,46	1.507	383,36	335	85,22	1 842	468,58
Toscana	3 571.538	411	115,08	1 303	3,17	1.349	3,28	1.412	395,35	161	45,08	1 573	440,43
Marche	1 426.965	152	106,52	445	2,93	446	2,93	504	353,20	70	49,06	574	402,25
Umbria	817 852	70	85,59	229	3,27	236	3,37	307	275,37	49	59,91	356	435,29
Lazio	5.116 125	646	126,27	1.804	2,79	1.820	2,82	1 851	361,78	233	45,54	2 084	407,34
Abruzzo	1 254 129	131	104,45	386	2,95	389	2,97	392	312,57	72	57,41	464	369,98
Molise	334.195	49	146,62	132	2,69	132	2,69	143	427,89	13	38,90	156	466,70
Campania	5.690.431	1 068	187,68	2 340	2,19	2 340	2,19	2 356	414,03	342	60,10	2.698	474,13
Puglia	4 026.151	536	133,13	1.697	3,17	1 705	3,18	1 793	445,34	274	68,06	2.067	513,39
Basilicata	620 260	56	90,28	175	3,13	177	3,16	182	293,43	20	32,24	202	325,67
Calabria	2.139 301	197	92,02	646	3,28	654	3,32	705	329,55	113	52,82	818	382,37
Sicilia	5.112 073	1.028	201,09	2.412	2,35	2.417	2,35	2.431	475,54	204	39,91	2.635	515,45
Sardegna	1 643.789	183	111,33	558	3,05	597	3,26	695	422,80	90	5,75	785	477,56
Italia	**57.290.519**	**7.128**	**124,42**	**20.470**	**2,87**	**21.191**	**2,97**	**22.940**	**400,42**	**3.865**	**67,46**	**26.805**	**467,88**

(*) Coefficiente di utilizzazione considerando solo pazienti ospedalieri e in assistenza limitata
(**) Coefficiente di utilizzazione considerando anche pazienti in emodialisi domiciliare

Fonte: ANED (Associazione Nazionale Emodializzati) - Censimento dei servizi di dialisi e trapianto italiani al 31 dicembre 1987.

10.10. Attività per l'assistenza termale

I dati disponibili sono tratti dalla recente Conferenza nazionale sul Termalismo.

In Italia, nel 1988, hanno operato circa 430 aziende termali (private, comunali, provinciali, regionali ed a partecipazione statale), distribuite in circa 210 comuni. I curandi complessivi annui sono stati circa 1.900.0000 di cui 1.390.000 circa avviati dal S.S.N.

Il fatturato termale ammonta a circa 240 miliardi (escluse le prestazioni alberghiere).

I curandi stranieri sono stati circa 380.000 (con una permanenza media di 14 giorni, più che tripla rispetto al curando ordinario), con un apporto valutario di oltre 450 miliardi.

10.11. Assistenza sanitaria per italiani all'estero

L'assistenza sanitaria dei cittadini italiani residenti in Italia (per cittadinanza si intende iscrizione alla USL e non la cittadinanza in senso stretto) è regolamentata dalla legge 833/78, che attribuisce (art. 6) la competenza allo Stato e (art. 37) delega il Governo ad emanare decreti, aventi valore di legge ordinaria, per disciplinare l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini italiani all'estero. Tale assistenza, dice la 833/78, dovrà essere regolata attraverso forme di assistenza diretta o indiretta.

I decreti delegati della legge quadro (833/78) oggi vigenti sono i D.P.R. 618 e 620 del 1980, il primo per i lavoratori dipendenti pubblici e privati, i lavoratori autonomi e i liberoprofessionisti, il secondo per l'assistenza al personale navigante marittimo e dell'aviazione civile. Per ambedue i decreti la forma di assistenza è sia diretta che indiretta e la copertura è totale.

Con la legge n. 398 del 1987 è stata assicurata la tutela della salute ai lavoratori italiani operanti nei Paesi extra comunitari con copertura totale ma solo in assistenza indiretta.

La legge 23-10-1985 n. 595 che detta le "Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88" (questo piano non è ancora stato varato) all'art. 3, punto 5, precisa che con decreto del Ministro della Sanità sono previsti i criteri di fruizione, in forma indiretta, di prestazioni assistenziali presso centri di altissima specializzazione all'estero in favore di cittadini italiani residenti in Italia per "prestazioni che non siano ottenibili nel nostro Paese tempestivamente o in forma adeguata alla particolarità del caso clinico".

Lo stesso decreto deve anche stabilire i limiti e le modalità per il concorso nella spesa relativa a carico dei bilanci delle singole USL escludendo la concessione di concorsi alle spese di carattere non strettamente sanitario.

Tale decreto acquisito il parere del Consiglio Superiore di Sanità ha avuto, nella seduta del 12-4-1988, anche il voto favorevole del Consiglio sanitario nazionale.

L'assistenza sanitaria all'estero è regolamentata soprattutto dalla legislazione CEE, con i regolamenti 1408/71, 542/72 e successive modificazioni.

Tale disciplina comunitaria - adottata con regolamento del Consigli delle Comunità Europee - è direttamente applicabile in ciascuno degli Stati membri (non necessita, cioè di ratifica da parte dei Parlamenti) e prevale su ogni contraria norma di diritto interno.

Secondo la legislazione CEE i soggetti assistiti sono: i lavoratori privati, i dipendenti pubblici, i lavoratori autonomi e i libero-professionisti (in attività o pensionati) e familiari a carico. Le situazioni protette sono: missione per motivi di lavoro, distacco per motivi di lavoro, temporaneo soggiorno per qualsiasi motivo, trasferimento per cure, trasferimento temporaneo all'estero per motivi di lavoro e residenza del pensionato in uno degli Stati membri; la forma è quella dell'assistenza diretta e solo in alcuni casi particolari può essere anche quella indiretta. La copertura è totale.

Le competenze sono ripartite fra Stato (Ministero della Sanità) e regioni (USL) come segue.

Stato: la forma di assistenza con oneri a carico del bilancio del Ministero della Sanità può essere diretta (convenzioni internazionali o convenzioni dirette con enti e strutture estere) o indiretta (rimborso spese anticipate dagli assistiti o dai datori di lavoro) e la copertura è totale (rimborso di tutte le spese sostenute).

Regioni: la forma di assistenza è solamente quella indiretta con oneri a carico del Fondo sanitario nazionale a rimborso delle spese sostenute per tutti i cittadini residenti (iscrizione alla USL) per trasferimento per cure presso centri di altissima specializzazione.

Prima della legge 833, le regioni, in attuazione dell'art. 12 della legge 17-8-1974, n. 386 avevano provveduto a disciplinare particolari forme di assistenza ospedaliera all'estero in regime di assistenza indiretta.

Il D.P.R. 618/80 non ha previsto la possibilità per le regioni di continuare ad assicurare forme di assistenza per prestazioni usufruite all'estero, anzi ha previsto espressamente, all'art. 16, che "dal primo gennaio 1981 il Ministero della Sanità subentra nelle funzioni in materia di assistenza sanitaria all'estero alle regioni".

Nonostante le richiamate disposizioni di legge le regioni hanno tuttavia continuato ad assicurare, in base alle leggi a suo tempo emanate, interventi di assistenza indiretta prevalentemente per ricoveri ospedalieri all'estero dando una particolare interpretazione all'art. 25 della legge 833/78, all'art. 5 del decreto legge 663/79 e all'art. 25 della legge 27-12-1983, n. 730.

In base a tali leggi le regioni applicano sostanzialmente due regimi di assistenza in forma indiretta di cui uno, senza preventiva autorizzazione, analogo al sistema dell'assistenza indiretta nelle case di cura italiane non convenzionate e l'altro con la preventiva autorizzazione, limitato alle prestazioni non ottenibili in Italia.

Il primo regime, che ha limitata rilevanza, comporta concorsi nelle spese di norma uguali a quelli previsti per i ricoveri nelle case di cura private italiane non convenzionate; il secondo regime, che è il prevalente, comporta concorsi alle spese diversamente determinati dalle singole leggi regionali come si rileva dalla tavola 10.23.

Dal 1982 al 1987 compreso, la spesa complessiva sostenuta dalle regioni ammonta a circa 238 miliardi. Per il confronto tra il 1982 ed il 1987 si veda la tav. 10.24.

La sopravvenuta disciplina organica dettata nell'art. 3 della legge 595/85 che - come detto - prevede espressamente le prestazioni erogabili in forma indiretta, ha quindi reso incompatibili questo attuale duplice regime regionale di assistenza all'estero.

Con il citato decreto di cui alla legge 595 viene richiesta, in linea di massima, la preventiva autorizzazione dietro istanza, che l'assistito deve presentare alla USL di competenza, corredata dalla proposta motivata di trasferimento all'estero, rilasciata da un medico specialista e contenente l'indicazione del centro estero prescelto per la prestazione.

Tavola 10.23 - Rimborsi per ricoveri all'estero per prestazioni non ottenibili in Italia

REGIONE	Percentuale massima del rimborso	Massimale del rimborso	Valutazione condizioni sociali
Piemonte	50%	10.000 000	—
Valle d'Aosta	80%	12.000.000	—
Lombardia	50%	10 000.000	si
Veneto	50%	12 000 000	—
P a Bolzano	—	—	si
P a Trento	100%	—	—
Friuli-Venezia Giulia	70%	—	—
Liguria	100%	—	si
Emilia-Romagna	50%	16.000.000	—
Toscana	50%	13.000 000	si
Marche	100%	—	si
Umbria	100%	—	—
Lazio	75%	15 000 000	si
Abruzzo	50%	—	—
Molise	50%	40.000.000	—
Campania	100%	—	—
Basilicata	100%	—	si
Puglia	100%	—	si
Calabria	66%	—	—
Sicilia	100%	—	si
Sardegna	100%	—	si

Nota la disciplina dei ricoveri all'estero per prestazioni non ottenibili in Italia è rimessa a provvedimenti amministrativi delle singole regioni, per cui i dati suesposti sono soggetti a variazione

Fonte. Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Tavola 10.24 - Rimborso agli assistiti per ricoveri all'estero (se ed in quanto previsti dalle norme vigenti)

(periodo di riferimento: gennaio-dicembre 1982; gennaio-dicembre 1987)

REGIONI	Previsione annuale		Impegni		Pagamenti		Rimasto da pagare	
	1982	1987	1982	1987	1982	1987	1982	1987
Piemonte	1.051.000.000	1.871.258.000	976.000.000	1 802.681 000	517.000.000	843 202.000	—	959 479.000
Valle d'Aosta	120.000 000	202.000.000	120.000.000	201.923.250	76 000.000	121 163.920	—	959.479 000
Lombardia	—	1.126 167.029	—	1 078.838.901	—	457 405.827	—	621.433.074
P a. Bolzano	—	5.600 000	—	172.255	—	172.255	—	—
P.a. Trento	232.000.000	189.596.027	232.000.000	189.596.027	201.000.000	169.011.717	—	20.584.310
Veneto	481.000.000	2.112 751.150	387.000.000	1 336.738 426	141.000.000	790.355.612	—	546 382.814
Friuli-Venezia Giulia	266.000 000	363.767 325	266 000.000	328 797.865	87.000.000	206.541.265	—	122.256.600
Liguria	432.000.000	411.373.438	287.000 000	315.707.569	169 000.000	180.385.018	—	135.322.551
Emilia-Romagna	1.790 000.000	1.827.576.290	1 763.000.000	1.801.100 940	941.000.000	704 607.720	—	1.096 493.220
Toscana	590.000 000	1.608.138.200	556 000.000	1.551.004.322	308.000 000	1.062 361.287	—	488.643.035
Umbria	11.000.000	2.510.378.000	272.000.000	2 492.630.500	5.000.000	2.140.942.500	—	351.688.000
Marche	20.000 000	—	1.000.000	—	—	—	—	—
Lazio	873.000.000	699.165 950	1.217.000.000	713 961.324	575.000.000	87.500.752	—	626460.572
Abruzzo	52.000.000	326.134 614	48.000.000	286.156.701	25.000.000	135.584.434	—	150 572.267
Molise	108.000.000	69.171.859	103.000.000	68.311.559	73.000 000	19.542.486	—	48.769 073
Campania	5.795.000.000	10 102.982.403	952 000.000	9.274.887.208	66.000.000	6.049915.887	—	3 224.971.321
Puglia	25 000.000	7.128.900.000	5.381.000.000	7 121.075.270	5381.000.000	5.465.199.409	—	1 655.875 861
Basilicata	—	139.895.796	—	139.895.796	—	41.764 093	—	98.131.703
Calabria	632.000 000	1.320.219 780	876 000.000	1.294 081.243	321.000.000	388.673 975	—	90.407.268
Sicilia	—	20.050.450.000	7.991.000.000	20.033.304.352	6.255.000.000	14.754.806.100	—	1.683.600.806
Sardegna	—	3.229.649.716	—	3.061.217.849	—	1 377.617.043	—	1.683.600.806
Italia	**12.478.000.000**	**55.295.175.577**	**21.428.000.000**	**53.092.082.357**	**15.141.000.000**	**34.996.753.300**	**—**	**18.095.329.057**

Fonte. Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario.

Si prescinde da tale preventiva autorizzazione per le prestazioni di eccezionali gravità ed urgenza nonché per le prestazioni richieste dai cittadini che si trovano già all'estero.

Le spese di carattere strettamente sanitario sostenute dai cittadini presso centri di altissima specializzazione sono rimborsate nella misura dell'80 per cento se i centri sono di natura pubblica o di natura privata senza scopo di lucro, le cui tariffe siano approvate o controllate dalle locali autorità sanitarie competenti; se vengono utilizzati centri diversi il rimborso è pari all'80 per cento e il rimborso non può comunque essere superiore a quello cui l'assistito avrebbe il diritto, per analoghe prestazioni, presso i centri sopra citati. Le spese per prestazioni libero-professionali comprese quelle fornite in regime di ricovero ospedaliero presso i centri pubblici sono rimborsate nella misura del 40 per cento.

In base al suddetto decreto sono da considerarsi centri di altissima specializzazione le strutture estere, notoriamente riconosciute in Italia, che sono in grado di assicurare prestazioni sanitarie di altissima specializzazione e che posseggono caratteristiche superiori paragonate a standard, criteri e definizioni propri dell'ordinamento sanitario italiano. La valutazione relativa è rimessa al centro di riferimento italiano territorialmente competente.

Con la pubblicazione del decreto in parola le USL non potranno più far carico al Fondo sanitario nazionale per i rimborsi di spese di assistenza sanitaria fruita all'estero con modalità diverse da quelle richieste dallo stesso decreto.

Con esso, dunque, si è voluta regolarizzare la normativa legislativa ed amministrativa regionale in materia che era estremamente differenziata.

La nuova normativa quindi investe esclusivamente le competenze regionali (USL) mentre non investe la materia dei "trasferimenti per cure" disciplinati dai trattati bilaterali o multilaterali di reciprocità sottoscritti dall'Italia.

Trasferimenti per cura

Nei casi della CEE ai cittadini, assistiti in base ai regolamenti comunitari, sono assicurate in regime di reciprocità:

a) se residenti, tutte le prestazioni sanitarie;

b) se temporaneamente presenti, le sole prestazioni sanitarie urgenti.

Le spese per l'assistenza stessa vengono reciprocamente rimborsate dai vari Stati su presentazione di fatture (rimborso al costo) o di inventari (rimborso a forfait). In tali casi l'assistito ha diritto alle prestazioni con le stesse modalità e i limiti previsti per gli assistiti dalle istituzioni estere (in concreto le prestazioni sono erogate gratuitamente o previo pagamento di una quota di partecipazione ticket).

Dal 1981 con il regolamento CEE n. 2793 che ha modificato il precedente n. 1408/71, il Consiglio delle Comunità Europee ha ritenuto di adottare un nuovo testo che è diretto a soddisfare l'esigenza di estendere il potere di apprezzamento per accordare o rifiutare le autorizzazioni alle istituzioni degli Stati membri (Ministero della Sanità). In base a ciò l'Italia ha subordinato la possibilità di autorizzare il trasferimento alle seguenti condizioni:

a) che la prestazione rientri fra quelle garantite in Italia alla generalità dei cittadini; sono, quindi, da escludere le prestazioni non erogate dal S.S.N.;

b) che le cure non possono essere praticate entro il lasso di tempo normalmente necessario per ottenere il trattamento in Italia e sempre che sussista una effettiva esigenza di provvedere alle cure medesime entro il predetto lasso di tempo.

La valutazione deve essere fatta con riferimento sia allo stato di salute del richiedente al momento della domanda, sia al probabile evolversi della malattia.

L'assistenza sanitaria nei Paesi della CEE (e negli altri Paesi con i quali vigono accordi internazionali) è erogata dalle Istituzioni competenti tramite i propri servizi ed i presidi pubblici convenzionati con le predette istituzioni.

Le prestazioni usufruite da soggetti non assistibili in base ai Regolamenti nonché le prestazioni usufruite dai soggetti assistibili in base ai Regolamenti stessi in strutture private non convenzionate con l'istituzione estera competente nonché quelle usufruite nelle stesse strutture pubbliche in regime libero-professionale non rientrano nell'ambito d'applicazione della normativa comunitaria; pertanto dette prestazioni sono a carico diretto degli assistiti.

I trasferimenti per cure, autorizzati in base alla normativa comunitaria (mod. E112), riguardano, quindi, esclusivamente prestazioni che l'istituzione estera eroga in forma diretta ai propri assistiti nelle strutture pubbliche e private convenzionate e non comportano rimborsi delle spese sostenute dall'interessato per il viaggio, soggiorno, accompagnatore, ecc.

I trasferimenti per cure, ancora di competenza regionale, concernono, invece, sia le prestazioni di strutture pubbliche sia le prestazioni in strutture private e quelle erogate nelle strutture pubbliche in regime libero-professionale nonché, per alcune regioni, le spese di viaggio, soggiorno, ecc.

L'assistenza in forma indiretta di competenza regionale, nei Paesi con i quali vigono accordi internazionali che prevedono il trasferimento per cure, si configura, quindi, rispetto a quella di competenza dello Stato:

– come aggiuntiva per le prestazioni non erogate in regime convenzionale (strutture private e prestazioni libero-professionali) nonché per le spese di viaggio, soggiorno, ecc.

– come sostitutiva per le categorie che non rientrano fra quelle aventi diritto all'assistenza in base alle convenzioni stesse.

Come già espressamente detto, tale normativa regionale decadrà con la pubblicazione del decreto di cui all'art. 3, punto 5 della legge 595/85.

In riferimento ai "trasferimenti per cure" in applicazione ai regolamenti CEE, nel 1987 il numero complessivo dell'assistenza agli italiani all'estero è stato di 25.707 casi con una spesa a carico del Ministero della Sanità di circa 123 miliardi mentre l'assistenza a stranieri in Italia è stata di 15.902 casi con un introito di circa 16 miliardi di lire (tavola 10.25).

Nello stesso anno, come si evidenzia nella tavola 10.26, il numero complessivo delle prestazioni di assistenza ad italiani all'estero per "malattie occasionali" (art. 34 del regolamento CEE) è stato pari a 89.737 con una spesa complessiva di lire 31 miliardi, mentre per malattie occasionali l'assistenza a stranieri in Italia è stata di 109.958 prestazioni con un introito pari a lire 6 miliardi.

Dei 25.707 casi di "trasferimento per cura" nei Paesi comunitari l'80 per cento si è trasferito in Francia, il 12 per cento in Germania, il 7 per cento nel Belgio e l'1 per cento negli altri Paesi, mentre per la provenienza dei 15.902 casi di assistenza a stranieri in Italia, il 67 per cento proveniva dalla Germania, il 14 per cento dalla Francia, il 6 per cento dal Belgio, il 6 per cento anche dalla Gran Bretagna e l'ulteriore 7 per cento diviso tra gli altri Paesi comunitari.

Tavola 10.25 - Assistenza sanitaria in applicazione regolamenti CEE di sicurezza sociale
(stime provvisorie 1987)

PAESE	Assistenza ad italiani all'estero		Assistenza a stranieri in Italia	
	Trasferimenti per cure		Trasferimenti per cure	
	Numero	Importi (milioni di lire)	Numero	Importi (milioni di lire)
Belgio	2.079	3.462	1.057	1.251
Germania	3.114	11.190	10 766	11.046
Danimarca	20	7	57	39
Francia	20.029	106 537	2.366	2.354
Gran Bretagna	194	1.078	1 080	824
Grecia	—	—	160	198
Lussemburgo	58	121	102	111
Olanda	203	731	275	194
Spagna	10	35	10	13
Portogallo	—	—	—	—
Irlanda	—	—	29	13
Totali	**25.707**	**123.161**	**15.902**	**16.043**

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Tavola 10.26 - Assistenza sanitaria in applicazione regolamenti CEE di sicurezza sociale
(stime provvisorie 1987)

PAESE	Assistenza ad italiani all'estero		Assistenza a stranieri in Italia	
	Malattie occasionali		Malattie occasionali	
	Numero	Importi (milioni di lire)	Numero	Importi (milioni di lire)
Belgio	13.586	6.746	14 506	736
Germania	30.965	5.164	69.296	3.657
Danimarca	—	—	69	11
Francia	43.319	18.093	19.860	1.481
Gran Bretagna	—	—	3.325	221
Grecia	93	3	226	18
Lussemburgo	713	127	1 232	46
Olanda	851	888	1.295	35
Spagna	190	135	100	20
Portogallo	20	3	10	2
Irlanda	—	—	39	3
Totali	**89.737**	**31.159**	**109.958**	**6.230**

Fonte Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Dei 25.707 casi il 59 per cento sono stati uomini e il 41 per cento donne con la seguente classificazione nosologica: 38 per cento oncologia, 15 per cento nefro-urologia, 10 per cento ortopedia, 10 per cento cardio-angiologia e cardiochirurgia, seguono poi oftalmologia, ematologia, gastro-enterologia, epatologia, ecc.

Presso il Ministero della Sanità non esiste nessuna classificazione nosologica per l'assistenza a stranieri in Italia.

In base ai regolamenti CEE esiste poi una spesa a carico del Ministero della Sanità per i pensionati che si trasferiscono temporaneamente all'estero (tavola 10.27), e dalle stime relative al 1987 tali pensionati risultano essere 5.729 di contro i pensionati esteri in Italia, sempre con stime provvisorie 1987, risultano essere 16.109.

Altra medesima spesa avviene (tavola 10.28) per i familiari in Italia di lavoratori residenti all'estero e per i familiari di lavoratori stranieri residenti in Italia.

Convenzioni internazionali

L'Italia ha stipulato con molti Paesi extra CEE convenzioni bilaterali in materia di sicurezza sociale comprendenti anche, per determinate situazioni, la tutela contro l'evento malattia (Argentina, Austria, Brasile, Capoverde, Jugoslavia, Norvegia, Principato di Monaco, San Marino, Svezia, Tunisia, Uruguay). Tali convenzioni già attualmente operanti sono anche in corso di perfezionamento: infatti c'è una tendenza ad ampliare la sfera di protezione utilizzando gli accordi per il raggiungimento di finalità quali:

a) la tutela delle esigenze delle collettività italiane residenti negli Stati contraenti;

b) l'incremento di fenomeni di turismo;

c) la tutela di interessi economici e culturali;

d) il contenimento di coperture assistenziali a cittadini italiani in quei Paesi che non concedono l'ammissione a sistemi assistenziali pubblici e, conseguentemente, prestazioni, se non dopo un lungo periodo detto di "stage" (esempio Austria - sei mesi o Svizzera - superato quest'ultimo con un accordo definito di "libero passaggio").

Di regola, nelle convenzioni bilaterali in atto la tutela è assicurata nelle seguenti ipotesi:

a) distacco del lavoratore: si intende una permanenza all'estero per motivi di lavoro ma alle dipendenze di una ditta avente sede in Italia. I versamenti contributivi continuano ad avvenire sul territorio nazionale, l'altro Stato concede le prestazioni a carico e per conto dell'Italia;

b) temporaneo soggiorno nell'altro Stato contraente: l'ipotesi generalmente si identifica con il "turismo";

c) trasferimento di residenza nell'altro Stato contraente;

d) trasferimento per cure nell'altro Stato contraente: la fattispecie non è stata più inserita oltre che per non favorire l'esodo di pazienti all'estero, anche per varie altre motivazioni quali, ad esempio, la distanza fra i Paesi contraenti, la poca ricettività ospedaliera, la mancanza nell'altro Stato di strutture altamente qualificate. Quando l'altro Paese contraente ha insistito per ottenere tale situazione protetta il Governo italiano ha cercato sempre di proporre accordi di collaborazione in campo sanitario;

Tavola 10.27 - Assistenza sanitaria in applicazione regolamenti CEE di sicurezza sociale
(stime provvisorie 1987)

PAESE	Pensionati italiani all'estero		Pensionati esteri in Italia	
	Numero	Importi (milioni di lire)	Numero	Importi (milioni di lire)
Belgio	1.346	3.037	6.500	7.800
Germania	1.222	2.311	3 600	4.320
Francia	2.910	5.638	5.500	6.600
Grecia	106	137	15	18
Lussemburgo	105	163	274	328
Olanda	40	50	220	264
Spagna	—	—	—	—
Portogallo	—	—	—	—
Totali	**5.729**	**11.336**	**16.109**	**19.330**

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario.

Tavola 10.28 - Assistenza sanitaria in applicazione regolamenti CEE di sicurezza sociale
(stime provvisorie 1987)

PAESE	Familiari in Italia di lavoratori residenti all'estero		Familiari di lavoratori esteri residenti in Italia	
	Numero	Importi (milioni di lire)	Numero	Importi (milioni di lire)
Belgio	35	38	410	450
Germania	—	—	13.000	14.300
Francia	60	66	350	385
Grecia	1	1	400	440
Lussemburgo	1	1	80	88
Olanda	25	27	95	104
Spagna	—	—	—	—
Portogallo	—	—	—	—
Totali	**122**	**133**	**14.335**	**157.67**

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario.

e) familiari rimasti in Italia di lavoratore occupato nell'altro Stato contraente alle dipendenze di datore di lavoro locale: le convenzioni sanciscono l'obbligo del datore di lavoro di provvedere alla copertura sanitaria dei familiari a carico rimasti nel Paese di origine (tavv. 10.29 e 10.30).

Tavola 10.29 - Assistenza sanitaria in applicazione regolamenti CEE di sicurezza sociale
(stime provvisorie 1987)

PAESE	Assistenza ad italiani all'estero		Assistenza a stranieri in Italia	
	Trasferimenti per cure		Trasferimenti per cure	
	Numero	Importi (milioni di lire)	Numero	Importi (milioni di lire)
Austria	non previsti		non previsti	
Brasile	non previsti		—	—
Jugoslavia	non previsti		—	—
P. di Monaco	158	3.000	—	—
Rep. S. Marino	—	—	—	—
Totali . . .	**158**	**3.000**	**—**	**—**

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario.

Tavola 10.30 - Assistenza sanitaria in applicazione regolamenti CEE di sicurezza sociale
(stime provvisorie 1987)

PAESE	Assistenza ad italiani all'estero		Assistenza a stranieri in Italia	
	Malattie occasionali		Malattie occasionali	
	Numero	Importi (milioni di lire)	Numero	Importi (milioni di lire)
Austria	2.213	442	3.350	641
Brasile	non pervenuti		100	50
Jugoslavia	597	200	60	80
P. di Monaco	40	80	—	—
Rep. S. Marino	500	682	1.200	2.524
Totali . . .	**3.350**	**1.404**	**4.710**	**3.295**

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario.

10.12. Assistenza sanitaria agli stranieri in Italia

Gli ultimi dati a disposizione sono relativi al 1987, anno per il quale esistono stime provvisorie sui cittadini provenienti dai Paesi della CEE e da alcune nazioni extracomunitarie (fonte: Ufficio attuazione del S.S.N. - Ministero della Sanità, "Assistenza sanitaria in applicazione del regolamento CEE di sicurezza sociale"). Da tali stime, per quanto riguarda i cittadini della CEE, risulta che si sono avuti circa 16.000 trasferimenti in Italia per motivi di tipo sanitario e che sono state erogate 110.000 prestazioni sanitarie per malattie occasionali, con una spesa globale di circa 22 miliardi di lire. Per quanto riguarda i cittadini extracomunitari sono disponibili i dati solamente per quelli provenienti da Austria, Brasile, Jugoslavia, Principato di Monaco, Repubblica di S. Marino. A questi sono state erogate 4.700 prestazioni sanitarie per una spesa globale di circa 3 miliardi.

Nel 1988 la presenza di stranieri extracomunitari in Italia ha continuato a costituire un dato di notevole importanza socio-sanitaria. Infatti, in base alla legislazione vigente, solo una parte degli immigrati può usufruire del S.S.N. Per le categorie non assistite le prestazioni sanitarie sono limitate a quelle di pronto soccorso in caso di emergenza.

Si è rilevata utile l'attività di quegli organismi di volontariato socio-sanitario che, intervenendo a supporto del S.S.N., si sono dimostrati in grado di affrontare, e parzialmente risolvere, i problemi scaturiti dalla presenza di stranieri in condizioni di indigenza.

È comunque da rilevare la necessità di regolamentare l'accesso all'assistenza sanitaria.

10.13. Associazionismo e volontariato

Da tempo, ma soprattutto in questi ultimi anni, si assiste alla continua e graduale espansione del volontariato e dell'associazionismo in campo sociale, volontariato individuale libero da legami con gruppi e volontariato istituzionale.

Da notizie riportate dall'ISIS - Istituto Internazionale per gli Studi e l'Informazione Sanitaria (31-10-1989), nel 1973 il Ministero del Lavoro aveva individuato un volontario ogni 89 abitanti; nel 1987 si è arrivati ad una punta massima di un volontario ogni 36 abitanti, i gruppi di volontariato sarebbero in Italia non meno di 15.000.

Da una indagine, realizzata dall'Istituto Eurisko di Milano nel 1985, è emerso che oltre 3,5 milioni di italiani tra i 18 ed i 74 anni svolgeva attività di volontariato nell'ambito sociale (ANFFAS Famiglie n. 34-35 anno VII, ott.-dic. 1988).

Il volontariato ha assunto caratteristiche sue proprie e copre uno spazio ben definito nella società attuale, conducendo una azione, in campo sociale, caratterizzata da flessibilità e capacità di adattamento ai mutamenti della situazione sociale, affiancando così l'opera degli enti pubblici.

In quest'ultimo decennio l'attenzione di numerosi gruppi si è rivolta ai problemi sanitari forse a causa del non ottimale funzionamento dei consultori, dei servizi per drogati, per l'entrata in vigore della legge 180 con conseguente dimissione dei soggetti ricoverati negli ospedali psichiatrici.

A questo fenomeno ha probabilmente contribuito anche l'istituzione del Servizio sanitario nazionale con la previsione, nell'art. 45 della legge 833/78, di possibili convenzioni da stipulare con le associazioni di volontariato.

Si sono così potenziati alcuni gruppi nei vari campi di intervento (handicappati, anziani, drogati, malati oncologici), come i Centri CEIS, il gruppo Abele, la Comunità Agape, l'Opera Don Calabria, la Comunità di Capodarco e di S. Egidio, l'AVO (Associazione per l'assistenza volontari ospedalieri), l'AMSO (Associazione per l'assistenza morale e sociale negli istituti oncologici) di Roma, l'associazione VIDAS (Volontari italiani domiciliari per l'assistenza ai sofferenti) di Milano, ecc.

Alcune di queste associazioni svolgono una importante opera, oltre che nei riguardi del malato (in particolare dei malati oncologici), anche nei confronti della famiglia, che spesso necessita di sostegno psicologico.

Una particolare attenzione è rivolta ai malati anziani e soli per i quali il volontariato deve sostituire la famiglia provvedendo, oltre che a compiti di carattere assistenziale e medico-psicologico, anche all'espletamento di pratiche burocratiche assistenziali e pensionistiche.

Alla innegabile positiva opera svolta da questi gruppi occorre contrapporre e valutare i numerosi problemi connessi alle attività di volontariato:

– la mancanza spesso riscontrata, di una preparazione di base del volontario, che in genere non è un professionista del settore. Una adeguata qualificazione, oltre a consentire delle prestazioni corrette, creerebbe la possibilità di collaborazione con gli operatori professionali;

– difficoltà di rapporti fra iniziative di volontariato e realtà istituzionali locali che si possono sintetizzare in: non informazione reciproca, rapporto concorrenziale, preconcetti e/o diffidenze reciproche;

– spesso l'azione volontaria è limitata ad attività giovanili e tale limitazione si ripercuote negativamente per l'inevitabile incrociarsi con i problemi di prima occupazione e del precariato;

– assenza di una legge-quadro che regolamenti con chiarezza la materia (vi sono varie proposte di legge quadro) anche ai fini di dare omogeneità alle diverse normative regionali.

E' necessario giungere ad un riconoscimento dello status del volontario, come singolo e come membro di una associazione; la certezza del diritto darebbe garanzie al libero e corretto esplicarsi del volontariato.

Accanto alle associazioni di volontariato e, spesso integrandosi con esse, operano le associazioni di disabili che, nella maggior parte, oltre ad interpretare nei loro interventi le esigenze delle singole categorie, a rappresentarne gli interessi morali ed economici presso la Pubblica amministrazione, svolgono un vasto lavoro sociale di assistenza medico-riabilitativa.

Si citano qui alcune delle associazioni come l'AIAS, l'UILDM, l'ANFFAS, l'AISM, ecc. e se ne descrivono brevemente le attività.

L'AIAS è nata nel 1954 per iniziativa di un gruppo di genitori di bambini disabili, di cittadini sensibilizzati al problema degli invalidi, in particolare degli spastici. Nei primi anni della sua attività, per la inadeguatezza delle strutture pubbliche riabilitative, ha promosso, attraverso le proprie sezioni, la costituzione di più di 100 centri di rieducazione motoria, tutti convenzionati con il Ministero della Sanità, larga parte dei quali sono oggi gestiti dalle USL.

L'Associazione è articolata in 138 sezioni con un totale di 37.000 soci. Attraverso i centri l'AIAS svolge attività di riabilitazione e recupero funzionale di soggetti cerebrolesi e motulesi, mediante tecniche moderne nel campo della fisiokinesiterapia, logoterapia e terapia occupazionale.

I centri di riabilitazione tuttora gestiti dalle sezioni dell'AIAS sono 50 e assistono, tramite convenzioni stipulate con le USL, oltre 10.000 disabili con 2.230 dipendenti e 250 consulenti.

L'AIAS ha creato diverse scuole per terapisti della riabilitazione ed ha svolto corsi di qualificazione per il personale insegnante su specifica autorizzazione del Ministero della Pubblica Istruzione.

L'UILDM è nata principalmente con lo scopo preciso di promuovere con tutti i mezzi la ricerca scientifica sulla distrofia muscolare.

Gli iscritti prestano la loro opera, a titolo di volontariato, a livello della propria professionalità nei campi in cui la loro opera è utile all'ammalato.

Con alcune delle sue sezioni gestisce centri ambulatoriali di riabilitazione altamente specializzati. Detti centri operano in stretta collaborazione con le strutture universitarie e socio-sanitarie di base avvalendosi, tramite apposita convenzione nazionale, dell'apporto degli obiettori di coscienza.

L'ANFFAS promuove e gestisce (tramite convenzioni con enti locali) servizi differenziati, nell'ambito dell'integrazione scolastica, formazione professionale, inserimento lavorativo, riabilitazione, ecc.

Inoltre l'AISM (Associazione Italiana Sclerosi Multipla), tramite i suoi cinque centri, eroga circa 25.000 ore annue di fisiokinesiterapia con trattamento ambulatoriale e domiciliare.

Notevole è l'attività svolta dalla "Nostra Famiglia" per il fine sociale della riabilitazione e dell'inserimento dei disabili.

In una trentina di centri di riabilitazione (sorti nelle regioni Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Campania, Puglia) la "Nostra Famiglia" assiste, nella forma diurna od ambulatoriale, oltre 5.000 soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali in età evolutiva.

L'attività dei centri si svolge con le famiglie e col territorio ed è collegata con l'Istituto a carattere scientifico "Eugenio Medea" di Bosisio Parini (dove funzionano quindici laboratori relativi a sei settori di ricerca per lo studio delle problematiche mediche e psicoeducative delle varie disabilità) per la necessità di offrire ai bambini assistiti strumenti diagnostici sofisticati e con il centro polivalente di riabilitazione per quei casi che presentano necessità di interventi plurisettoriali e più complessi nel campo riabilitativo.

L'esperienza storica conferma che il volontariato organizzato, in tutti i Paesi, riesce a realizzare con più efficacia i suoi scopi laddove la pubblica amministrazione e le autonomie locali funzionano in maniera adeguata.

Il volontariato oltre che programmare e realizzare i suoi interventi in campo sociale, affiancando la sua opera a quella delle Istituzioni, anticipa spesso l'intervento di queste ultime con le sue sperimentazioni innovative, stimola l'Amministrazione a volte inadempiente, rivendica i diritti degli assistiti.

INDICATORI O.M.S.:

27.01.01A Percentuale della spesa sanitaria per l'assistenza sanitaria di base.

Per l'Italia questo dato era di 31,13 nel 1982 e di 31 nel 1985 (Fonte: O.M.S.).
Nel 1987 (medici di base + farmaceutica): 24,4 e nel 1988: 24,4 (calcolato su dati del Ministero della Sanità).

27.02.02A Medici, per 100.000 abitanti.

Per l'Italia questo dato era 180,77 nel 1970 e 397,69 nel 1984 (Fonte: O.M.S.). Nel 1987: 140,0 (calcolato su dati del Ministero della Sanità).

27.02.02A Infermieri diplomati, per 100.000 abitanti.

Per l'Italia questo dato è: 393 per il 1987 (calcolato su dati del Ministero della Sanità).

27.02.03A Dentisti per 100.000 abitanti.

Nel 1987: 6,47 (Fonte: O.M.S.).

27.02.04A Farmacisti per 100.000 abitanti.

Per l'Italia: 52.500 (iscritti all'albo professionale).

27.02.05A Letti ospedalieri, per 100.000 abitanti.

Per l'Italia nel 1987: 773,91 (compresi gli istituti privati) (Fonte: Ministero della Sanità).

27.02.08A Infermieri ausiliari, per 100.000 abitanti.

Per l'Italia questo dato era 213,58 nel 1970 e 345,13 nel 1985 (Fonte: O.M.S.).

27.02.09A Ostetriche, per 100.000 abitanti.

Per l'Italia questo dato è per il 1986: 10 (calcolato solo per dipendenti dagli istituti di cura pubblici su dati del Ministero della Sanità).

27.03.01 Medici dell'assistenza sanitaria di base.

Per l'Italia nel 1987: 63.807.

27.03.01 Percentuale di medici dell'assistenza sanitaria di base, per 100.000 abitanti.

Per l'Italia nel 1987: 113 (calcolato su dati del Ministero della Sanità).

27.03.09 Farmacisti dell'assistenza sanitaria di base.

Per l'Italia nel 1988: 43.500 (titolari di farmacie 15.000, collaboratori 28.000).

27.03.10 Percentuale di farmacisti dell'assistenza sanitaria di base, per 100.000 abitanti.

Per l'Italia nel 1988: 76,3 (calcolato sul totale dei titolari di farmacie e collaboratori).

27.03.14 Letti ospedalieri dell'assistenza sanitaria di base, per 100.000 abitanti.

Per l'Italia nel 1987: 554,8 (considerando tali i posti letto a gestione diretta delle USL) (calcolato su dati del Ministero della Sanità).

27.04.01 Percentuale della popolazione coperta da assicurazione.

In Italia tutta la popolazione residente è assistita dal Servizio sanitario nazionale.

28.01.01A Percentuale di bambini vaccinati contro la difterite.

Per l'Italia nel 1986: 95 per cento.

28.01.02A Percentuale di bambini vaccinati contro il tetano.

Per l'Italia nel 1984: 10 per cento, nel 1986: 98 per cento (Fonte: O.M.S.).

28.01.04A Percentuale di bambini vaccinati contro il morbillo.

Per l'Italia nel 1987: 21 per cento (Istituto superiore di sanità).

28.01.05A Percentuale di bambini vaccinati contro la poliomielite.

Per l'Italia: 90 per cento nel 1983, 95 per cento nel 1986 (Fonte: O.M.S.).

28.01.05A Percentuale di bambini vaccinati contro la tubercolosi.

Per l'Italia: 50 per cento nel 1984, 29 per cento nel 1986 (Fonte: O.M.S.); 30 per cento nel 1987 (Istituto superiore di sanità).

28.03.01 Percentuale di bambini in età pediatrica che dispongono di servizi pediatrici.

Per l'Italia il Servizio sanitario nazionale mette a disposizione il pediatra di base per tutti i bambini in età da 0 a 10 anni.

28.04.01 Percentuale di donne gravide che dispongono di assistenza prenatale.

Il Servizio sanitario nazionale mette a disposizione di tutte le donne gravide l'assistenza prenatale.

28.05.00 Proporzione di aborti per mille nati vivi (donne di tutte le età).

Per l'Italia: 314,2 (1988) (rapporto di abortività).

28.06.01 Percentuale di tutti i nati vivi da madri inferiori ai 20 anni.

Per l'Italia nel 1981: 6,10 per cento (Fonte: O.M.S.).

28.08.01 Percentuale della popolazione con accesso alla pianificazione familiare.

Tutta la popolazione ha accesso, dal punto di vista giuridico, ai consultori familiari.

Vengono proposti anche i seguenti indicatori:

27.03.02 Infermieri dell'assistenza sanitaria di base.

27.03.04 Percentuale degli infermieri dell'assistenza sanitaria di base, per 100.000 abitanti.

27.03.05 Ostetriche dell'assistenza sanitaria di base.

27.03.06 Percentuale delle ostetriche dell'assistenza sanitaria di base, per 100.000 abitanti.

27.03.07 Percentuale di dentisti dell'assistenza sanitaria di base.

27.03.08 Dentisti dell'assistenza sanitaria di base, per 100.000.

27.03.11. Infermieri ausiliari dell'assistenza sanitaria di base.

27.03.12 Percentuale di infermieri ausiliari dell'assistenza sanitaria di base, per 100.000 abitanti.

28.01.03A Percentuale di bambini vaccinati contro la pertosse.

28.01.07A Percentuale di donne gravide vaccinate contro il tetano.

28.05.01 Proporzione di aborti per mille nati vivi (in minori di 20 anni).

28.05.02 Proporzione di aborti per mille nati vivi (in maggiori di 35 anni).

28.05.03 Proporzione di aborti per mille nati vivi (in donne da 20 a 34 anni di età).

28.06.02 Percentuale di tutti i nati vivi da madri ultratrentacinquenni.

20.06.03 Percentuale di tutti i nati vivi da madri in età tra 20 e 30 anni.

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

A) Miglioramento degli indicatori;

B) Rinforzo dell'assistenza sanitaria di base;

C) Adattamento dell'assistenza sanitaria di base alla situazione locale;

D) Integrazione dei servizi dell'assistenza sanitaria di base;

E) Assegnazione delle risorse necessarie ai vari modelli dell'assistenza sanitaria di base.

TITOLO VI

RISORSE E STRUMENTI DEL S.S.N.

CAPITOLO 11

IL FINANZIAMENTO E LA SPESA

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 27:
Entro il 1990 in tutti gli Stati membri le infrastrutture dei sistemi di erogazione dell'assistenza dovrebbero essere riorganizzate in modo da distribuire le risorse secondo i bisogni e rendere servizi fisicamente ed economicamente accessibili alla popolazione e culturalmente accettabili.

Strategia nazionale:
La ristrutturazione del Fondo sanitario e il riordinamento delle USL previsto dal d.d.l. governativo n. 4227 dovrebbero consentire una razionale distribuzione delle risorse in relazione agli effettivi bisogni della popolazione.

11.1. Finanziamento

L'analisi delle entrate sanitarie mostra che nel 1988 la quota più consistente di finanziamento deriva dai contributi riscossi dall'INPS, con il 79,80 per cento del totale delle entrate. Tuttavia il trend 1985-1988 rivela un andamento ciclico di tale dato, con un alternarsi di valori che oscillano a volte al di sotto, a volte al di sopra, dell'80 per cento (tavola 11.1).

La disaggregazione di tale dato dimostra un andamento estremamente diversificato dei contributi dei lavoratori dipendenti, rispetto a quello dei lavoratori autonomi.

Infatti, mentre il contributo dei primi tende a decrescere in valore percentuale nel corso degli anni, viceversa per i secondi tale dato presenta un trend in aumento.

Complessivamente, comunque, 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% del Fondo sanitario nazionale contro l'8,2% 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.

Tavola 11.1 - Contributi di malattia - Situazione di competenza

(cap. 3342 Ministero del Tesoro)

RIFERIMENTI	1985		1986		1987		1988	
	val ass	%	val ass	%	val ass	%	val ass	%
Contr di malattia lavoratori dipend privati e pubblici non statali	17 577	60,12	18 592	53,98	19.583	56,27	21,325	54,32
Contr. di malattia dei lav e assim	2.720	9,30	3.594	10,43	3.842	11,04	4,183	10,66
Altre entrate varie a carico INPS	1 293	4,42	1 472	4,27	1 429	4,11	1,618	4,12
Eccedenza fondo nazionale ass. ospedaliera (1)	2.770	9,48	3 400	9,87	3 930	11,29	4,200	10,70
Ammontare contribuzioni tramite INPS	243 608	3,32	27.058	78,55	28 784	82,71	31,326	79,80
Contr a carico dello Stato datore di lavoro e dei lavoratori statali.	4 266	14,59	6 642	19,28	5.120	14,71	7,200	18,34
Altre entrate	610	2,09	749	2,17	899	2,58	730	1,86
Totale entrate	**29.236**	**100,00**	**34.449**	**100,00**	**34.803**	**100,00**	**39,256**	**100,00**
Finanziamento del Fondo sanitario								
Da datori di lavoro e lav pubb. e priv.	20.374	51,97	26 930	64,74	26.764	56,63	31.096	50,06
Da enti locali, regioni e USL	610	1,56	749	1,80	899	1,90	730	1,39
Fiscalizzazione	8 252	21,05	6.770	16,27	7 140	15,11	7 430	14,11
Finanziamento statale per igiene pubblica.	3 406	8,69	3.613	8,69	3.780	8,00	3.950	7,50
Integrazione al F S.N a carico del bilancio statale	6.558	16,73	3 538	8,50	8.676	18,36	9.444	17,94
F S N (2)	39 200	100,00	40 857	100,00	47.259	100,00	52 650	100,00
Autofinanziamento locale	750		950		550		650	
Spesa prevista a carico del S S N.	43 993		47 320		54.542		59 138	
Disavanzo	**3.443**		**5.513**		**6.733**		**5.838**	

(1) Solo la quota non impiegata per i mutui a ripiano dei debiti del 1975 viene versata al F S
(2) È stato considerato il Fondo sanitario solo per la parte corrente

Fonte Senato della Repubblica - Relazione generale sulla situazione economica del Paese (1988 per spesa e disavanzo USL, Fonte ISIS)

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% degli assicurati) coprono l'87,2% del totale, contro il 12,8% della quota proveniente dal lavoro autonomo relativa alla copertura assistenziale di 15.000.000 di cittadini (26,1% degli assicurati).

Rapportando questi valori a livello medio annuo pro-capite si rileva che ogni cittadino afferente da redditi di lavoro dipendente paga per il S.S.N. circa 890 mila lire, a fronte delle 328 mila pagate dagli autonomi.

L'insieme delle entrate provenienti dai lavoratori e dai datori di lavoro (compreso lo Stato), che nel 1987 è stato di 34.803 miliardi, nel 1988 registra una crescita del 12,8 per cento, relativa ad un totale di 39.256 miliardi Questo conferma il trend di crescita dal 1985 ad oggi.

In aumento in questi ultimi due anni la voce riguardante la fiscalizzazione degli oneri contributivi (7.430 miliardi nel 1988), che mostra un'inversione di tendenza rispetto alla netta diminuzione verificatasi nel biennio 1985-1986.

L'alternarsi di netti miglioramenti ed altrettanto rapidi peggioramenti si registra anche per la voce di integrazione statale al fondo sanitario nazionale: in quest'ottica il 1988 può considerarsi un anno di forte crescita (9.444 miliardi) con un aumento dell'8,8 per cento rispetto all'anno precedente.

11.2. Analisi della spesa sanitaria 1988 per grandi funzioni e confronti con il 1987

Nel 1988 la spesa corrente delle USL è stata di 61.319 miliardi, con un incremento rispetto al 1987 di 7.455 miliardi, pari al 13,8 per cento.

Si riporta, di seguito, il riepilogo sintetico delle spese per grandi funzioni, ulteriormente analizzato nelle tavole da 11.2 a 11.9 e nelle figure da 11.1 a 11.12

11.2.1. *Spesa complessiva per regioni e per abitante*

Sono Emilia-Romagna e Toscana, con 1 milione 250 mila per abitante, le regioni con la più alta spesa sanitaria pro-capite, rispetto ad una media nazionale di un milione e 80 mila lire.

In coda, Molise e Basilicata con rispettivamente 929 e 944 mila lire l'anno per assistito

Rispetto agli anni passati, comunque, il "gap" storico tra Nord e Sud del Paese si è notevolmente ridotto, come testimonia il folto gruppo di regioni - la maggioranza - poste su livelli di spesa omogenei tra il milione e 200 mila lire di spesa sanitaria per cittadino.

11.2.2. *Personale*

Le spese per il personale ammontano, per il 1988, a 24.587 miliardi, pari al 40 per cento dell'intera spesa sanitaria, per un valore medio di 431 mila lire annue pro-capite, rispetto a punte massime di 597 mila lire per la p.a. di Trento e punte minime di 334 mila lire in Sicilia. Tali spese sono aumentate, in confronto al 1987, dell'11,7 per cento, contro un incremento complessivo della spesa sanitaria del 13 per cento.

11.2.3. *Beni e servizi*

Per beni e servizi, la spesa nel 1988 è di 10.554 miliardi, pari al 17 per cento dell'intera spesa sanitaria. Le maggiori uscite per l'acquisto di beni e servizi, il che vuol dire anche tecnologie, ammodernamento, nonché investimenti per la manutenzione ordinaria delle strutture, si rilevano nelle regioni settentrionali dove, in alcuni casi, la quota pro-capite per assistito risulta addirittura doppia, rispetto ad altre regioni meridionali o centrali. In confronto al 1987 la spesa per beni e servizi è aumentata del 13,7 per cento

11.2.4. *Farmaceutica*

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 meno nella provincia autonoma di Bolzano (100 000 lire).

11 2.5. *Medicina generica*

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

11.2 6. *Specialistica interna ed esterna*

La specialistica interna è la voce di spesa minore, con 676 miliardi, mentre per la specialistica esterna la spesa cresce a 2.730 miliardi. Si registra, al riguardo, un forte squilibrio tra regioni del Nord e quelle del Sud. In Campania si spendono 93 mila lire per assistito, contro 12 mila lire in Piemonte.

11.2.7. *Ospedaliera convenzionata*

Per l'ospedaliera in convenzione (comprendente oltre alle case di cura private, anche i ricoveri in convenzione obbligatoria nelle strutture ospedaliere universitarie e religiose e negli istituti a carattere scientifico), le USL hanno speso oltre 5.882 miliardi pari a quasi 104 mila lire per assistito. E' il Lazio la regione "più convenzionata" con una quota per assistiti di 229 mila lire, l'ultima l'Umbria con circa 23 mila lire.

11 2.8. *Assistenza ospedaliera pubblica*

Una stima della spesa per gli oltre 1100 ospedali delle U.S.L è possibile calcolando che, a livello medio nazionale, circa l'82 per cento della spesa per il personale e il 72 per cento di quella dei beni e servizi sono assorbiti verso l'assistenza ospedaliera.

Una stima dell'ISIS per il 1987 è arrivata a calcolare un onere annuo di 23 mila miliardi con una incidenza sul totale della spesa sanitaria pari al 42,7 per cento per il ricovero di oltre 7.700.000 pazienti.

Tavola 11.2 - Spesa sanitaria 1987 totale (miliardi), pro-capite (lire), per regione (personale e beni e servizi)

REGIONE	Personale		Beni e servizi	
	Totale	Pro-capite	Totale	Pro-capite
Piemonte	1 568	358 491	877	200 636
Valle d'Aosta	48	422.045	24	211 022
Lombardia	3 008	341.208	1 523	172 816
P.a. Bolzano	193	449.646	92	214 339
P a Trento	218	489 729	89	197 689
Veneto	1 972	456 661	932	215 825
Friuli-Venezia Giulia	660	548 957	246	204 611
Liguria	738	422.971	341	195.129
Emilia-Romagna	1 864	479 095	881	226 182
Toscana	1 578	455 823	719	207 823
Umbria	375	488.639	158	205 124
Marche	643	449 980	292	203 646
Lazio	1.721	325 242	576	108.918
Abruzzo	499	450.969	193	174 773
Molise	127	365.797	55	159.673
Campania.	1.765	319 880	699	126 755
Puglia	1.318	331.750	403	101.186
Basilica	202	328 178	96	155 966
Calabria	808	393 009	225	108.953
Sicilia	1 583	305.111	608	117 069
Sardegna	634	419.121	239	157 336
Italia	**21.522**	**380.408**	**9.268**	**163.805**

Nota Nella spesa generale totale sono compresi inoltre gli impegni di spesa relativi alle voci altra assistenza interna, mutui passivi e spese vincolate

Fonte: Elaborazione ISIS su dati "Rendiconti trimestrali USL 1988".

Tavola 11.3 - Spesa sanitaria 1987 totale (miliardi), pro-capite (lire), per regione (medicina generale e farmaceutica)

REGIONE	Med gen convenzionata		Assistenza farmaceutica	
	Totale	Pro-capite	Totale	Pro-capite
Piemonte	283	64.515	704	161.058
Valle d'Aosta	8	61.548	16	131 889
Lombardia	529	59 913	1 217	138.094
P.a. Bolzano	22	48 925	38	88 531
P a. Trento	31	69.640	59	132.541
Veneto	280	64 609	580	134 312
Friuli-Venezia Giulia	82	67 372	176	145.557
Liguria	114	65.426	342	196.277
Emilia-Romagna	246	63 228	654	167 838
Toscana	237	68 214	670	193 660
Umbria	53	67.939	133	173 767
Marche	88	61.584	267	186.150
Lazio	305	57.674	751	142.010
Abruzzo	86	76 973	215	194 696
Molise	23	66.773	51	148.061
Campania	348	62.924	990	179.525
Puglia	238	59.906	677	170 406
Basilica	45	71 484	97	157 591
Calabria	150	72.473	426	207.205
Sicilia	376	72 324	1.160	223.530
Sardegna	123	80.651	269	177 168
Italia	**3.665**	**64.783**	**9.492**	**167.817**

Nota Nella spesa generale totale sono compresi inoltre gli impegni di spesa relativi alle voci altra assistenza interna, mutui passivi e spese vincolate

Fonte: Elaborazione ISIS su dati "Rendiconti trimestrali USL 1988".

Tavola 11.4 - Spesa sanitaria 1987 totale (miliardi), pro-capite (lire), per regione (ospedaliera convenzionata e assistenza specialistica interna)

REGIONE	Assistenza ospedaliera convenzionata		Assistenza specialistica interna	
	Totale	Pro-capite	Totale	Pro-capite
Piemonte	333	76.182	36	8 236
Valle d'Aosta	2	17.585	1	8 793
Lombardia	1.089	123.457	67	7 603
P a Bolzano	34	76.882	2	2 330
P a. Trento	30	67 394	4	8 986
Veneto	179	41 451	40	9 031
Friuli-Venezia Giulia	87	72 362	11	8 138
Liguria	205	117 651	30	17 217
Emilia-Romagna	259	66.570	45	11 566
Toscana	184	53 184	38	10 695
Umbria	15	19 598	10	11 759
Marche	97	67.182	14	9.797
Lazio	1 197	226 157	128	24 015
Abruzzo	82	73 350	10	8 150
Molise	15	40.644	3	8.790
Campania	527	95.384	60	10.699
Puglia	538	135.418	33	8.055?
Basilica	24	37.367	4	4.874
Calabria	127	61.286	22	10 214
Sicilia	278	53.423	53	10 222
Sardegna	96	62.802	15	9 916
Italia	**5.398**	**95.398**	**626**	**11.048**

Nota Nella spesa generale totale sono compresi inoltre gli impegni di spesa relativi alle voci altra assistenza interna, mutui passivi e spese vincolate

Fonte. Elaborazione ISIS su dati "Rendiconti trimestrali USL 1988"

Tavola 11.5 - Spesa sanitaria 1987 totale (miliardi), pro-capite (lire), per regione (specialistica esterna e complessiva)

REGIONE	Assistenza specialistica esterna		Spesa complessiva	
	Totale	Pro-capite	Totale	Pro-capite
Piemonte	59	13 498	3.933	899 544
Valle d'Aosta	1	8.793	106	932 016
Lombardia	226	25 644	7 896	895.854
P a Bolzano	5	11.649	392	910.940
P a Trento	5	8.986	448	1.006 416
Veneto	100	22 926	4 287	992 519
Friuli-Venezia Giulia	23	19 130	1.329	1.105.399
Liguria	33	18 939	1.844	1.057 715
Emilia-Romagna	77	19 791	4.150	1 066 398
Toscana	95	27 459	3 650	1 055.011
Umbria	10	13.065	777	1.015 167
Marche	26	17 495	1.463	1.023 127
Lazio	310	58 619	5.189	981.209
Abruzzo	28	24 450	1 153	1 043.206
Molise	6	14.516	287	833.205
Campania	327	59 298	4 951	897 623
Puglia	186	46 566	3 455	869.648
Basilica	9	12 997	495	804 199
Calabria	70	34 048	1.868	908 589
Sicilia	478	91 996	4 721	910 319
Sardegna	45	29 748	1 470	971.117
Italia	**2.119**	**37.473**	**53.864**	**952.108**

Nota Nella spesa generale totale sono compresi inoltre gli impegni di spesa relativi alle voci altra assistenza interna, mutui passivi e spese vincolate

Fonte Elaborazione ISIS su dati "Rendiconti trimestrali USL 1988".

Tavola 11.6 - Spesa sanitaria 1988 totale (miliardi), pro-capite (lire), per regione (personale e beni e servizi)

REGIONE	Personale		Beni e servizi	
	Totale	Pro-capite	Totale	Pro-capite
Piemonte	1.806	413 145	984	225 046
Valle d'Aosta	63	557.451	28	243.555
Lombardia	3.425	388.650	1.704	193 400
P a. Bolzano	219	509 521	110	256 974
P.a. Trento	266	597.559	103	231 161
Veneto	2 182	505.314	1 024	237 200
Friuli-Venezia Giulia	711	591.210	273	226 736
Liguria	858	492 471	363	208 099
Emilia-Romagna	2 165	556 511	1.018	261.729
Toscana	1.824	527 245	890	257.365
Umbria	434	566.900	185	241 315
Marche	747	522.760	352	246 614
Lazio	1 971	372 723	618	116 936
Abruzzo	542	491 176	253	219 780
Molise	144	418 344	55	159.093
Campania	1.970	357.200	701	127.045
Puglia	1 518	382.041	471	118 529
Basilica	224	363.433	106	172 212
Calabria	904	439.508	349	169 655
Sicilia	1 735	334 523	704	135.776
Sardegna	680	449 398	274	181 068
Italia	**24.387**	**431.070**	**10.554**	**186.561**

Nota Nella spesa generale totale sono compresi inoltre gli impegni di spesa relativi alle voci altra assistenza interna, mutui passivi e spese vincolate

Fonte: Elaborazione ISIS su dati "Rendiconti trimestrali USL 1988"

Tavola 11.7 - Spesa sanitaria 1988 totale (miliardi), pro-capite (lire), per regione e per funzioni

REGIONE	Medicina generale convenzionata		Assistenza farmaceutica	
	Totale	Pro-capite	Totale	Pro-capite
Piemonte	300	68 701	828	189.517
Valle d'Aosta	8	70.341	17	146.836
Lombardia	608	68.956	1 450	164.533
P.a Bolzano	30	68.961	43	100.180
P a Trento	34	75 706	65	146.469
Veneto	305	70 630	645	149.318
Friuli-Venezia Giulia	83	69.202	196	163 023
Liguria	123	70 361	388	222 505
Emilia-Romagna	290	74 640	744	191.098
Toscana	270	78 042	764	220.685
Umbria	60	77.738	157	205.516
Marche	103	72 291	322	225 270
Lazio	387	73 161	907	171 508
Abruzzo	91	82.134	261	236 170
Molise	24	69 966	58	167 802
Campania	423	76 652	1 069	193.832
Puglia	289	72.718	821	206 652
Basilica	46	73.921	125	202 918
Calabria	166	80.936	305	148 546
Sicilia	371	71 495	1.268	244.590
Sardegna	131	86 468	295	195 017
Italia	**4.140**	**73.179**	**10.727**	**189.612**

Nota Nella spesa generale totale sono compresi inoltre gli impegni di spesa relativi alle voci altra assistenza interna, mutui passivi e spese vincolate

Fonte. Elaborazione ISIS su dati "Rendiconti trimestrali USL 1988".

Tavola 11.8 - Spesa sanitaria 1988 totale (miliardi), pro-capite (lire), per regione (ospedaliera convenzionata e specialistica interna)

REGIONE	Assistenza ospedaliera convenzionata		Assistenza specialistica interna	
	Totale	Pro-capite	Totale	Pro-capite
Piemonte	347	79.293	44	9 952
Valle d'Aosta	3	24 619	1	8.793
Lombardia	1 195	135.541	79	8.976
P a. Bolzano	39	90.162	2	4 660
P a Trento	34	76.380	5	10 334
Veneto	201	46.453	43	10 050
Friuli-Venezia Giulia	95	78.684	11	8.733
Liguria	235	134 811	33	19.169
Emilia-Romagna	327	83 919	53	13 494
Toscana	214	61.740	42	12 053
Umbria	18	22.995	12	15.548
Marche	64	44 438	17	12.107
Lazio	1.215	229.712	114	21.632
Abruzzo	100	90.284	10	9 146
Molise	19	56.321	3	9 871
Campania	598	108.440	70	12 694
Puglia	633	159 230	39	9 917
Basilica	42	68 560	4	6.011
Calabria	137	66 734	29	13 862
Sicilia	281	54.272	50	9 720
Sardegna	89	58 571	16	10 313
Italia	**5.882**	**103.968**	**676**	**11.956**

Nota Nella spesa generale totale sono compresi inoltre gli impegni di spesa relativi alle voci altra assistenza interna, mutui passivi e spese vincolate

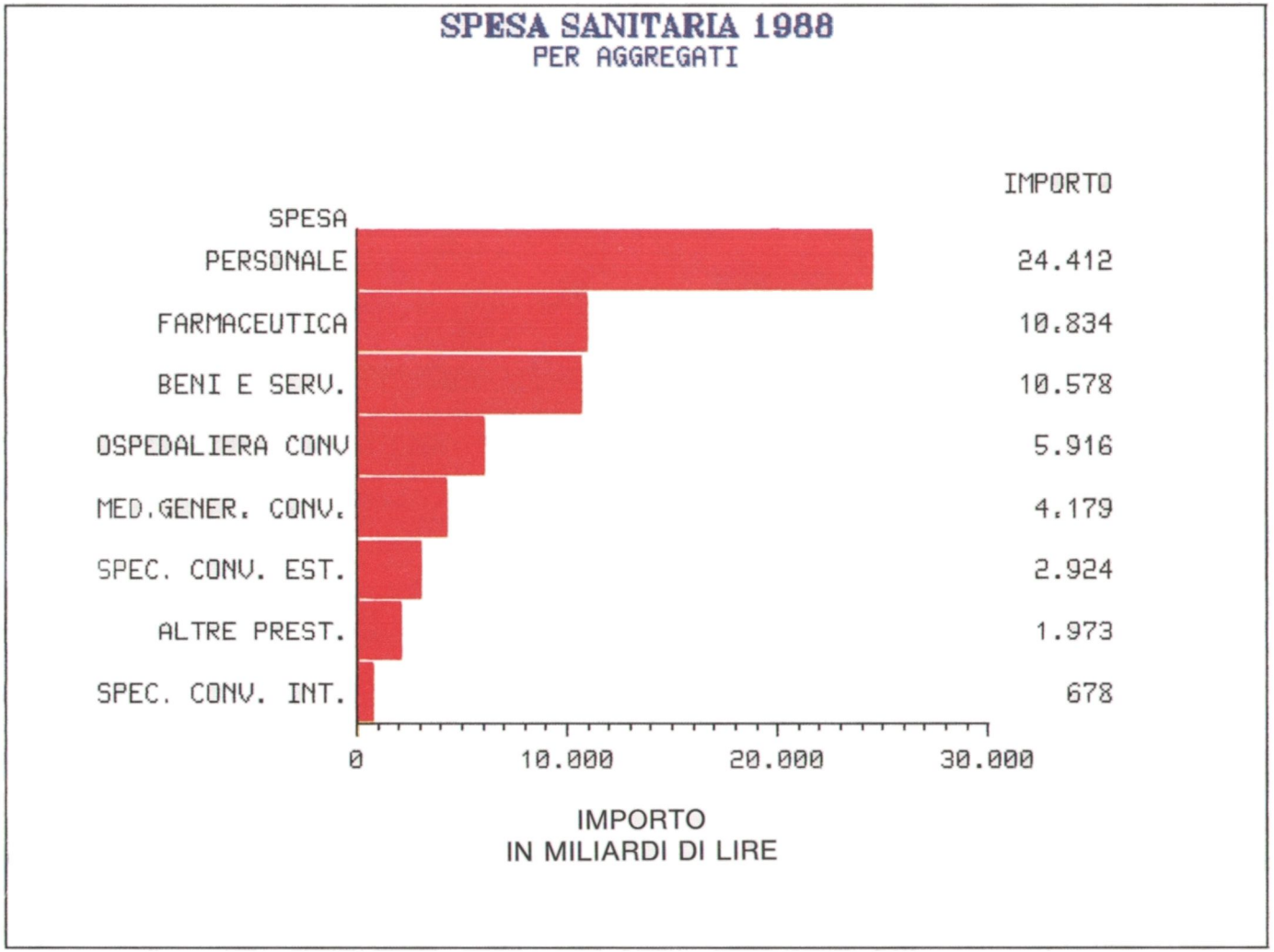
Fonte: Elaborazione ISIS su dati "Rendiconti trimestrali USL 1988"

Tavola 11 9 - Spesa sanitaria 1988 totale (miliardi), pro-capite (lire), per regione (specialistica esterna e complessiva)

REGIONE	Assistenza specialistica esterna		Spesa complessiva	
	Totale	Pro-capite	Totale	Pro-capite
Piemonte	81	12.622	4.520	1.033.972
Valle d'Aosta	1	10 551	128	1.126.332
Lombardia	294	33.360	9 069	1.029.058
P a Bolzano	12	27.258	463	1 078 217
P.a Trento	9	19 994	528	1 187.032
Veneto	115	26 654	4.776	1 106 036
Friuli-Venezia Giulia	16	13 308	1 438	1 196 060
Liguria	60	34.594	2 133	1 223 919
Emilia-Romagna	129	33 131	4 861	1.249.477
Toscana	166	47 866	4 322	1.249.278
Umbria	23	30 311	920	1.202.392
Marche	38	26.243	1 699	1 188.912
Lazio	297	56 180	5 783	1.093.512
Abruzzo	45	40.569	1.345	1 217.708
Molise	7	20 612	320	929 009
Campania	516	93 570	5 586	1.012.900
Puglia	285	71 787	4 134	1 040 431
Basilica	19	30 218	581	943 594
Calabria	72	34.923	2 022	983.446
Sicilia	404	77.917	5 019	967 947
Sardegna	134	88.584	1.673	1 105.976
Italia	**2.722**	**48.120**	**61.319**	**1.083.875**

Nota Nella spesa generale totale sono compresi inoltre gli impegni di spesa relativi alle voci altra assistenza interna, mutui passivi e spese vincolate

Fonte. Elaborazione ISIS su dati "Rendiconti trimestrali USL 1988"

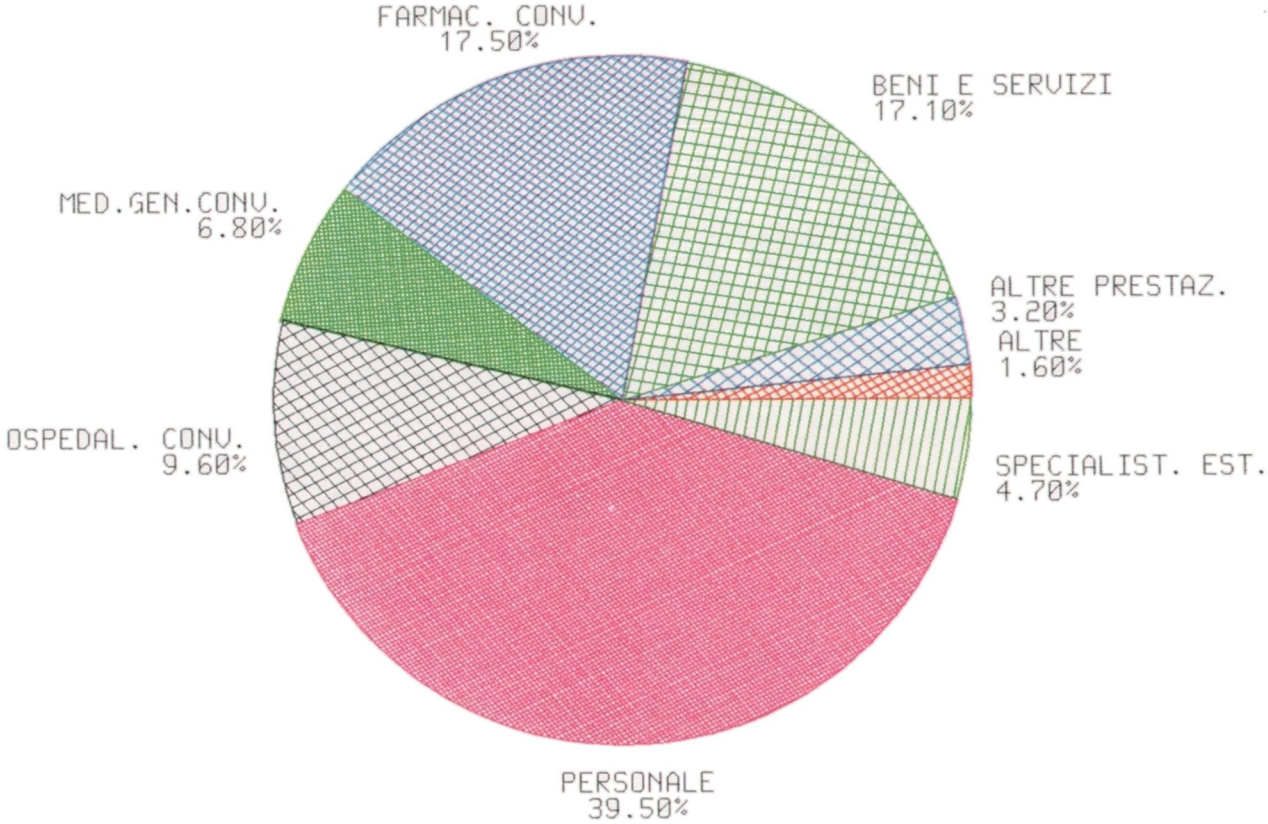


Fonte: Ministero della Sanità sistema informativo sanitario

Fig 11.1

PAGINA BIANCA

INCIDENZA PERCENTUALE – ANNO 1988

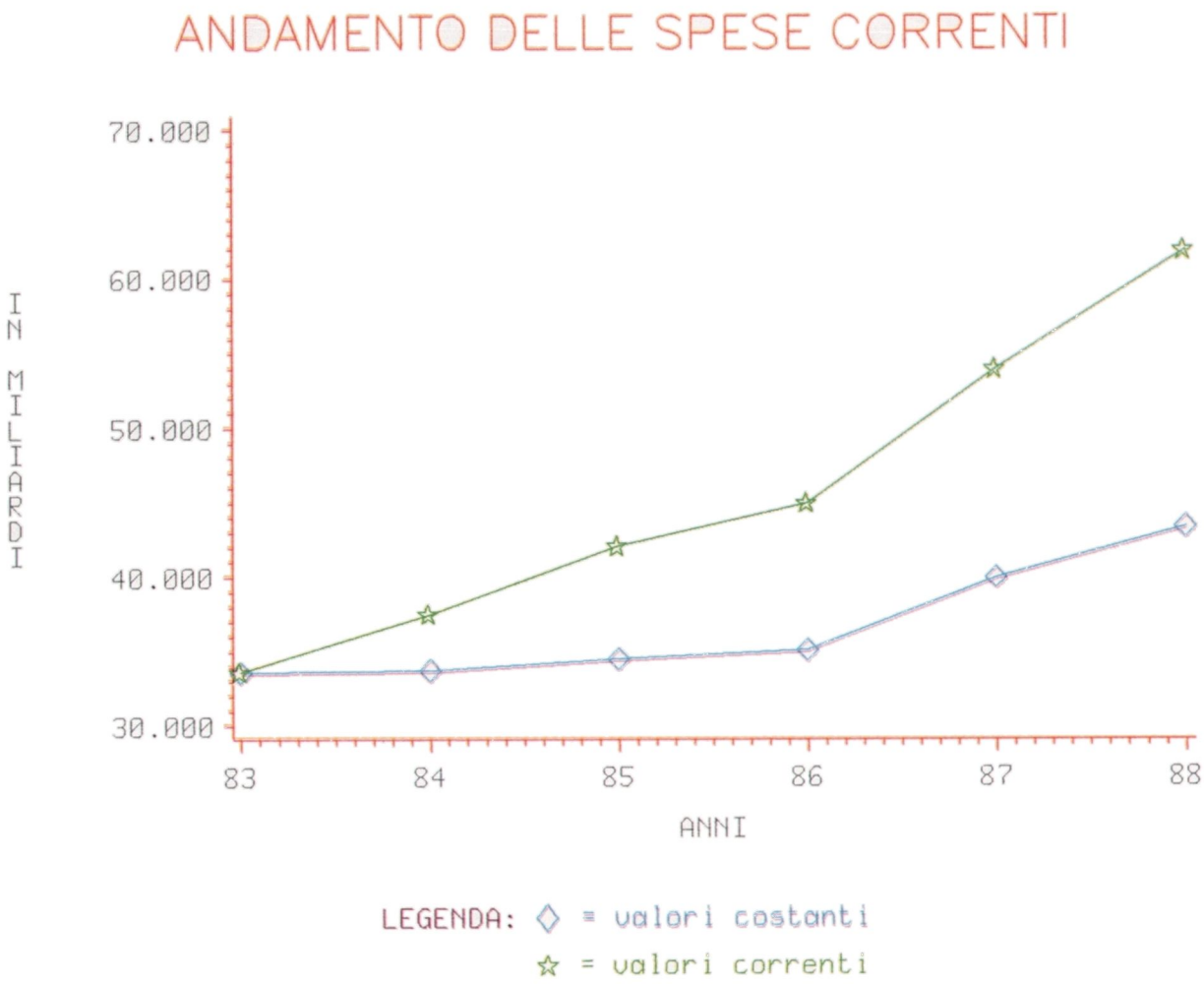


IL SETTORE "ALTRE" INCLUDE AGGREGAZIONI ECONOMICHE
CIASCUNA DI IMPORTO INFERIORE AL 3 %

Fonte: Ministero della Sanità sistema informativo sanitario

Fig. 11.2

PAGINA BIANCA

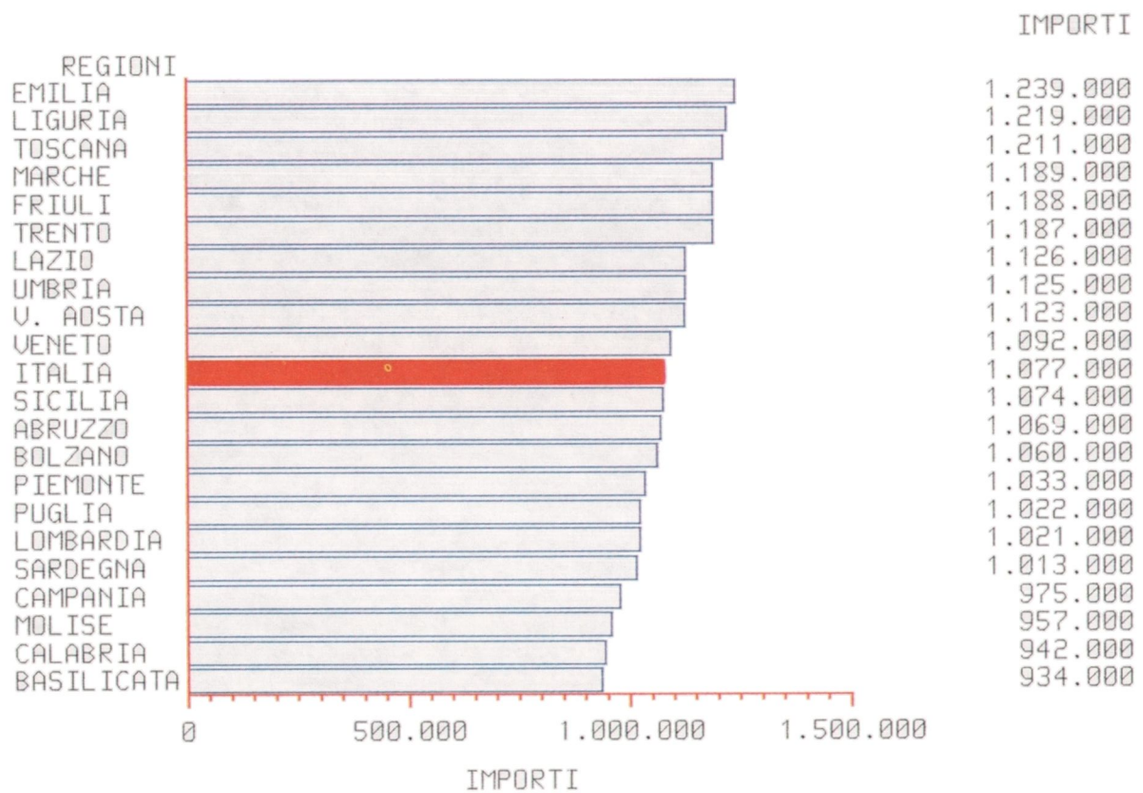


Fonte: Ministero della Sanità sistema informativo sanitario

Fig. 11.3

PAGINA BIANCA

SPESA REGIONALE PER ABITANTE



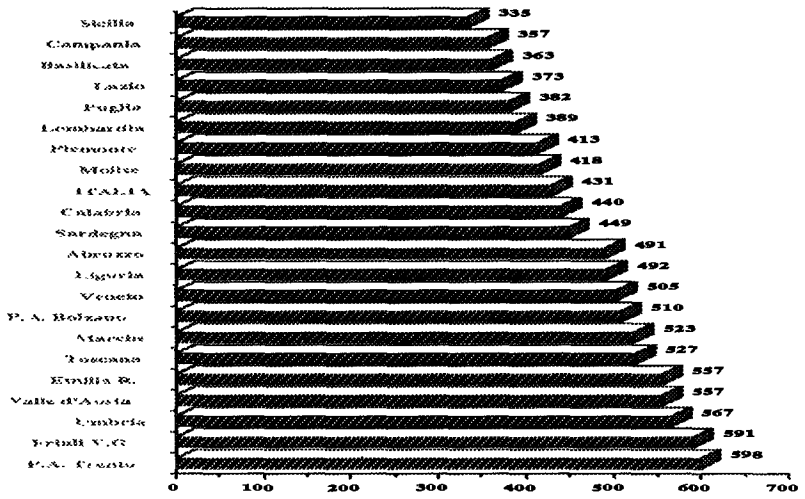
Fonte: Ministero della Sanità sistema informativo sanitario

Fig. 11.4

PAGINA BIANCA

Spesa sanitaria 1988 pro-capite. Personale

(migliaia di lire)

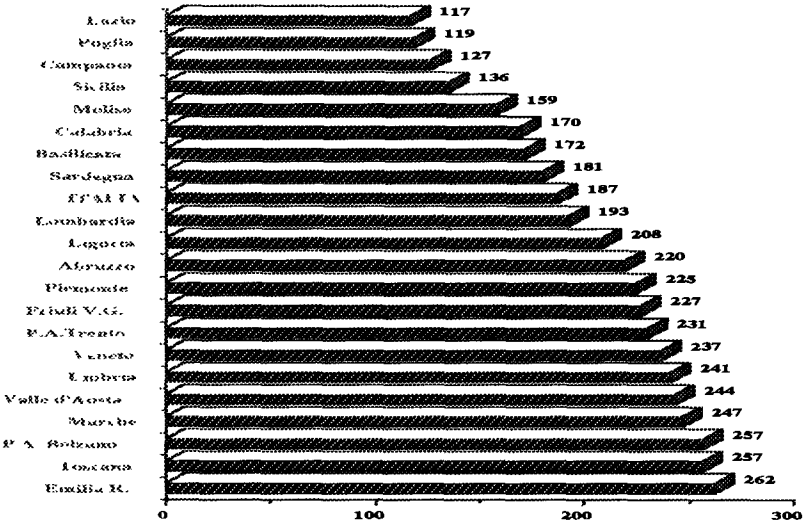


Fonte: ISIS

Fig. 11.5

Spesa sanitaria 1988 pro-capite. Beni e servizi

(migliaia di lire)



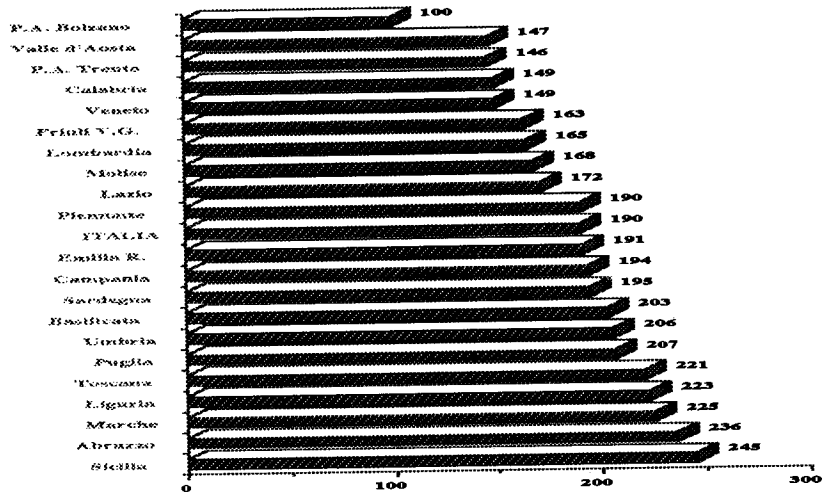
Fonte: ISIS

Fig. 11.6

PAGINA BIANCA

Spesa sanitaria 1988 pro-capite. Farmaceutica

(migliaia di lire)

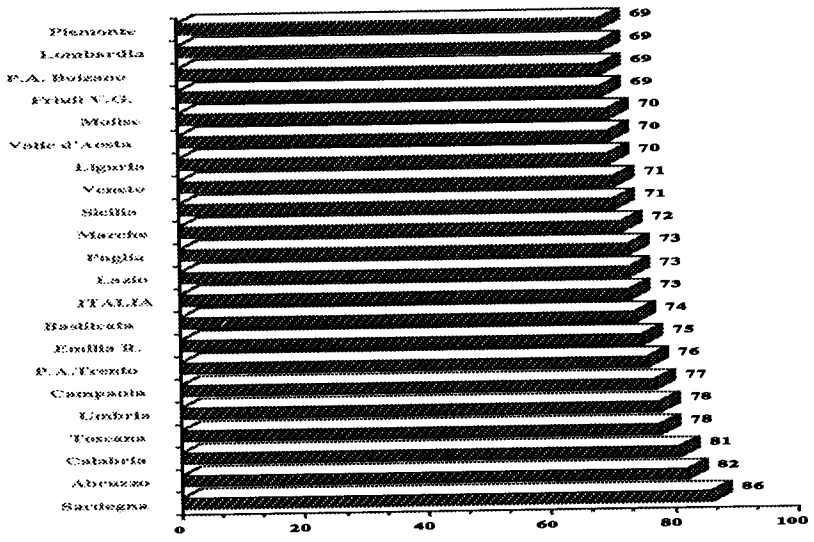


Fonte: ISIS

Fig. 11.7

Spesa sanitaria 1988 pro-capite. Medicina generale convenzionata

(migliaia di lire)



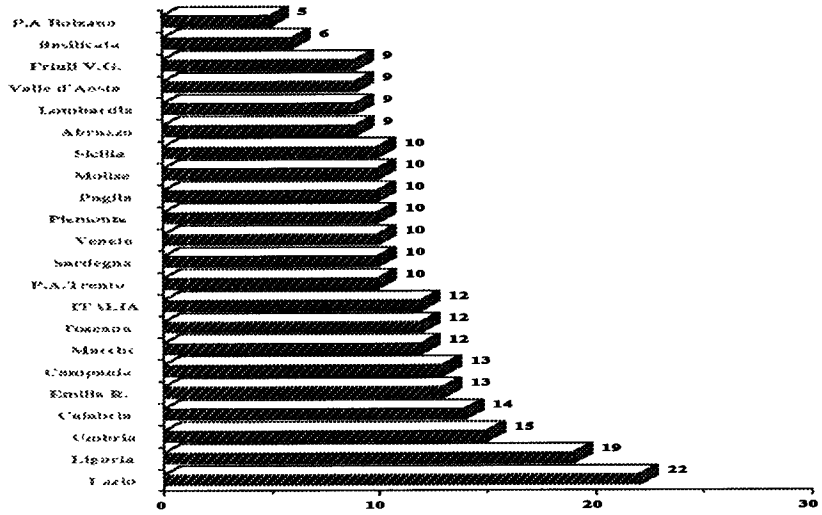
Fonte: ISIS

Fig. 11.8

PAGINA BIANCA

Spesa sanitaria 1988 pro-capite. Assistenza specialistica interna

(migliaia di lire)

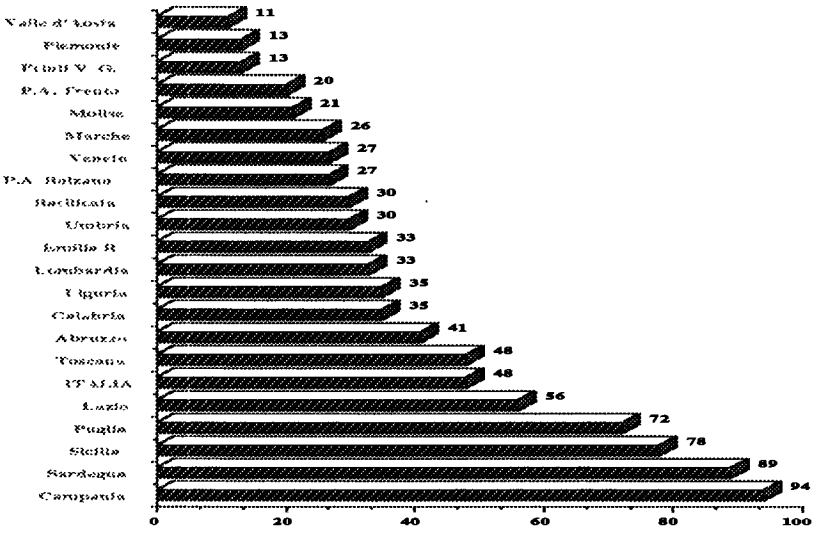


Fonte: ISIS

Fig. 11.9

Spesa sanitaria 1988 pro-capite. Assistenza specialistica esterna

(migliaia di lire)



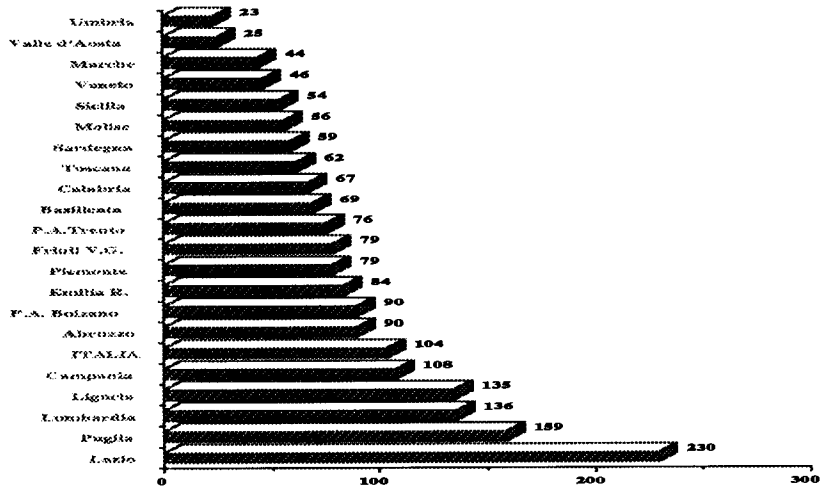
Fonte: ISIS

Fig. 11.10

PAGINA BIANCA

Spesa sanitaria 1988 pro-capite. Assistenza ospedaliera convenzionata

(migliaia di lire)

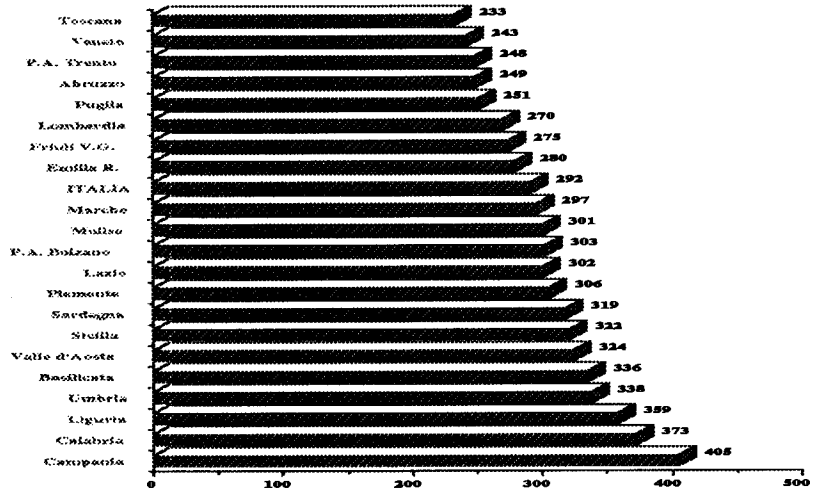


Fonte: ISIS

Fig. 11.11

Spesa per giornata di degenza negli ospedali USL (1987)

(migliaia di lire)



Fonte: ISIS

Fig. 11.12

PAGINA BIANCA

11.3. Disavanzo USL

Nel 1988 si sono registrati circa 8.000 miliardi come deficit USL che, sommati ai disavanzi di gestione degli anni passati, portano a quota 33.000 miliardi il disavanzo complessivo delle USL dal 1980 ad oggi (tavola 11.10).

Tavola 11.10 - Spesa, finanziamento e disavanzo correnti del Servizio sanitario nazionale 1984-1988

(miliardi di lire)

	1984	1985	1986	1987	1988
A Spesa (1)	37 355	43 393	47 320	54 542	61 256
B F.S.N.	34 000	39.200	40.857	47 259	52 650
C Entrate USL	1 004	750	950	550	650
D (B + C)	35 004	39.950	41.807	47 809	53.300
E Disavanzo	2 351	3 443	5 513	(2) 6 733	7 956

(1) Solo competenza
(2) Nel calcolo dei disavanzi sono compresi 1 442 miliardi risultanti da impegni di spesa di competenza dell'esercizio 1987, di cui solo 900 fin d'ora impegnati nei rendiconti 1988

Fonte. Elaborazione ISIS su dati Ministero Sanità e rendiconti trimestrali USL.

Questi dati confermano la presenza di una forbice costante tra entrate ed uscite nel settore della sanità, che solo fino al 1986 ha comportato per lo Stato un onere di oltre 10 000 miliardi di interessi passivi per il pagamento dei mutui accesi dalle regioni per la copertura delle maggiori spese di gestione.

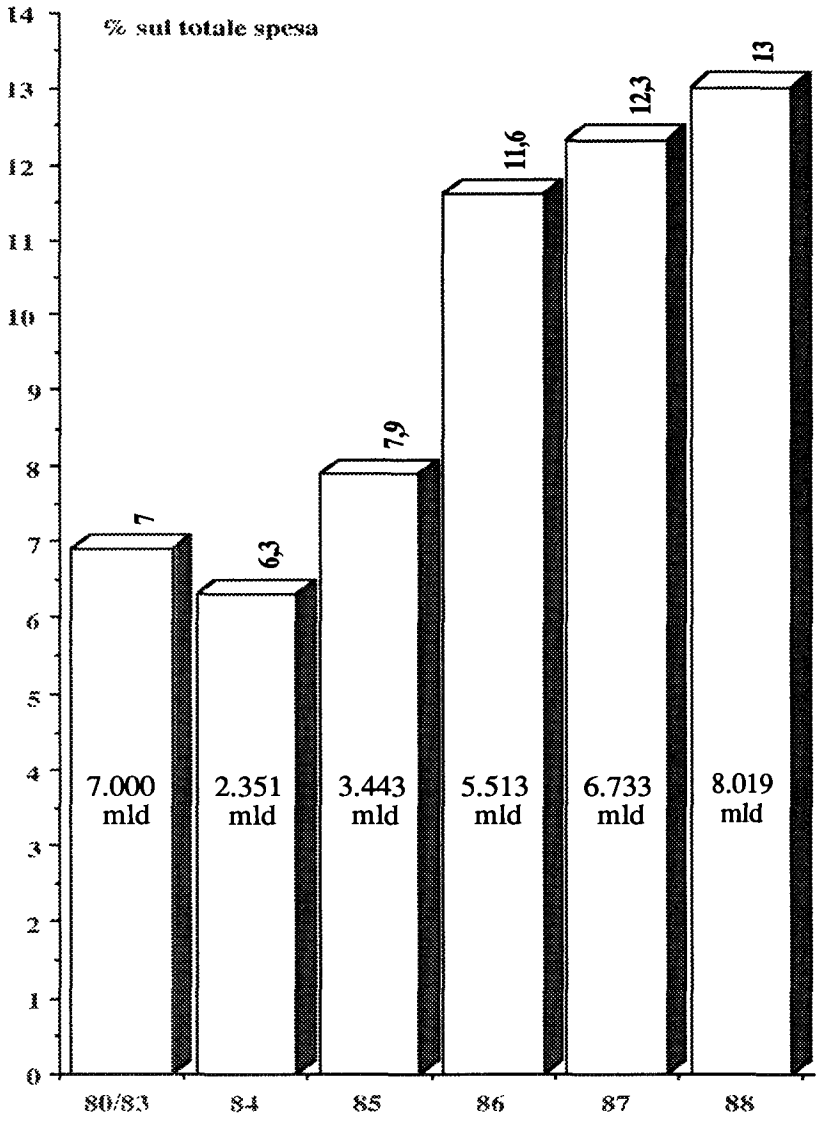
Per gli anni 1985 e 1986, nonostante il provvedimento di ripiano sia stato varato con la legge 456/87 per un totale di 8.956 miliardi, le regioni hanno ricevuto attualmente solo l'80 per cento di tale somma, non avendo ancora provveduto tranne poche eccezioni, come previsto dalla legge, a deliberare il consuntivo di gestione comprensivo delle maggiori spese, che autorizza il Tesoro al saldo definitivo del ripiano

Per quanto riguarda invece gli anni 1987 e 1988, il disavanzo da ricoprire è di 14 689 miliardi. Il 1988 conferma il trend di crescita dei disavanzi; si registra infatti un disavanzo pari al 13 per cento sul totale della spesa contro un'incidenza del 12,3 per cento verificatasi nel 1987 (figura 11.13).

PAGINA BIANCA

INCIDENZA PERCENTUALE E VALORI ASSOLUTI DEI DISAVANZI USL DAL 1980 AL 1988

(miliardi di lire)



Fonte: Elaborazione ISIS su dati Ministero Sanità e assessorati Regionali alla Sanità

Fig. 11.13

PAGINA BIANCA

11.4. Effetti ticket in alcune voci di spesa

Le continue oscillazioni legislative nella quantificazione del ticket hanno avuto come ricaduta l'aumento o la diminuizione dei trend di spesa nei settori soggetti a ticket a seconda che, rispettivamente, la quota di partecipazione da parte del cittadino fosse diminuita o incrementata (tavola 11.11).

Tavola 11.11 - Effetti ticket sulla spesa farmaceutica e specialistica convenzionata esterna
(miliardi di lire)

	Lorda	Ticket	Netta ticket	Inc %
Spesa farmaceutica				
Trend di spesa·				
Anno 1985	8.120,0	931,3	7.188,6	11,5%
Anno 1986	8.815,5	1.348,7	7.466,8	15,3%
Anno 1987	10.195,3	812,9	9.382,4	8,0%
Anno 1988	12.068,0	1 341,0	10.727,0	11,1%
Variazioni annuali:				
1986/1985	8,6%	44,8%	3,9%	33,0%
1987/1986	15,7%	-39,7%	25,6%	-47,7%
1988/1987	18,4%	65,0%	14,3%	38,7%
Spesa specialistica convenzionata esterna				
Trend di spesa:				
Anno 1985	1.489,7	136,2	1 353,5	9,1%
Anno 1986	1 541,5	173,4	1.368,1	11,2%
Anno 1987	2.847,0	—	2.847,0	—
Anno 1988	2.722,0	—	2.722,0	—
Variazioni annuali.				
1986/1985	3,5%	27,3%	1,0%	23,1%
1987/1986	84,7%	—	108,0%	—
1988/1987	-4,4%	—	-4,4%	—

Fonte: Elaborazione ISIS su dati Ministero della Sanità.

Gli esempi più significativi si hanno nell'anno 1987, quando in conseguenza della diminuzione del ticket farmaceutico - l'incidenza sulla spesa farmaceutica passa infatti dal 15,3 per cento del 1986 all'8 per cento del 1987 - la spesa per le USL per l'erogazione dei farmaci aumentò del 25,6 per cento a fronte di un incremento del 3,9 per cento riscontrato nel biennio antecedente quando il ticket era più alto. Lo stesso accade, sempre nel 1987, nel settore della specialistica convenzionata esterna dove, in seguito all'abolizione del ticket, si riscontrò un aumento rispetto al 1986 del 108 per cento della spesa a carico delle USL contro un aumento nel biennio precedente dell'1 per cento.

In questo caso è doveroso tuttavia sottolineare che parte di questo incremento deve essere fatto risalire anche al contestuale rinnovo delle tariffe convenzionali; ma resta il fatto che senza ticket si è osservato un incremento significativo delle prestazioni erogate non giustificabile se non con un fenomeno anomalo di iperprescrizione.

Nel 1988, con l'incremento del ticket farmaceutico operato nel mese di luglio, si riduce l'incremento della spesa, precedentemente calcolato intorno al 30 per cento, nella misura del 13,9 per cento.

Di contro la specialistica convenzionata esterna mostra una flessione del 4,4 per cento a conferma della stabilità di spesa di questo settore una volta determinata la quantità della domanda e dell'offerta.

INDICATORI O.M.S.:

L'indicatore proposto dalla Organizzazione mondiale della sanità è il seguente:

27.01.01A Percentuale della spesa sanitaria per l'assistenza sanitaria di base (ASB).

Per l'Italia nel 1987 questo valore è del 35%

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

A) Migliore informazione;

B) Nuovi modi per l'assegnazione di risorse.

CAPITOLO 12

IL PERSONALE

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 37:
Entro il 1990, in tutti gli Stati membri i programmi di formazione dovranno fornire al personale dei settori che hanno rapporti con la sanità adeguate informazioni sulla politica ed i programmi del Paese inerenti la salute per tutti e la loro applicazione pratica nei rispettivi settori.

Strategia nazionale:
La proposta di Piano sanitario nazionale contiene il programma di formazione e aggiornamento del personale del Servizio sanitario nazionale.

12.1. Nuovi standard sul personale

In base al decreto ministeriale 13-9-1988, previsto dall'art. 1 della legge 109/1988, il Ministro della Sanità ha definito gli standard di personale ospedaliero per posto letto e per tipologia di ospedale.

L'architettura del decreto si basa su analisi dettagliata delle necessità di organico per singola specialità ospedaliera per l'insieme dei servizi. In particolare:

- divisioni di terapia intensiva: con moduli tipo di 8 posti letto con 12 medici e 24 infermieri;

- divisioni di specialità ad elevata assistenza (cardiochirurgia, trapianti, neurochirurgia, ecc.) con moduli tipo di 20 posti letto, con 5 medici e 22 infermieri;

- divisioni di specialità da media assistenza (cardiologia, chirurgia specialistica, ematologia, ecc.) con moduli tipo di 20 posti letto, con 6 medici e 16 infermieri;

- divisioni di specialità di base (chirurgia e medicina generale) con moduli tipo di 32 posti letto con 6 medici in chirurgia e 5 per le specialità mediche, e 17 infermieri;

- riabilitazione con moduli tipo di 32 posti letto, con 4 medici, 13 infermieri e 7 unità di personale di riabilitazione;

- lungodegenze con moduli tipo di 32 posti letto, con 3 medici, 13 infermieri e 4 unità di riabilitazione;

- malattie mentali (si tratta di reparti degli ex ospedali psichiatrici ad esaurimento) con moduli tipo di 32 posti letto, con 3 medici e 13 infermieri;

- servizi ospedalieri: incremento medio del 35% dell'attuale organico di personale laureato ed aumento del 25% del personale infermieristico.

Per le altre figure professionali (farmacisti, personale tecnico, personale ausiliario, personale amministrativo) gli standard sono dettati in proporzione ai posti letto oppure calcolando una quota percentuale ottimale - è il caso dei tecnici e degli amministrativi - sulla dotazione complessiva degli organici derivante dai nuovi standard.

Rispetto agli organici attuali i nuovi parametri, una volta applicati compiutamente, dovrebbero portare ad un incremento complessivo del personale ospedaliero delle USL di quasi 75 mila unità (la maggiore carenza si rileva nel personale infermieristico con circa 60 mila unità in meno), pari al 15% degli attuali organici, con un'onere finanziario a regime di circa 2.000 miliardi annui equivalenti al 9% della spesa attuale per il personale. Tale onere, tuttavia, per una esatta valutazione andrà decurtato dei minori oneri conseguenti alla diminuzione delle ore di straordinario, al minor ricorso all'istituto della pronta reperibilità e a tutte le altre indennità extra stipendiali previste dal contratto per compensare l'attuale carenza di organici.

12.2. Ammontare del personale del Servizio sanitario nazionale

In Italia al 1° dicembre 1988 il personale dipendente delle USL ammontava a circa 623.000 unità, valore circa uguale a quello dell'anno precedente.

Il ruolo sanitario è rappresentato da 373.264 unità (59,9%), quello professionale da 1.281 (0,2%), quello tecnico da 178.806 (28,7%) e quello amministrativo da 68.514 unità (11%) (tavola 12.1).

Per quanto riguarda il numero di unità di personale ogni 1.000 abitanti (tavola 12.2) 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 un minimo in Sicilia (4,33).

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

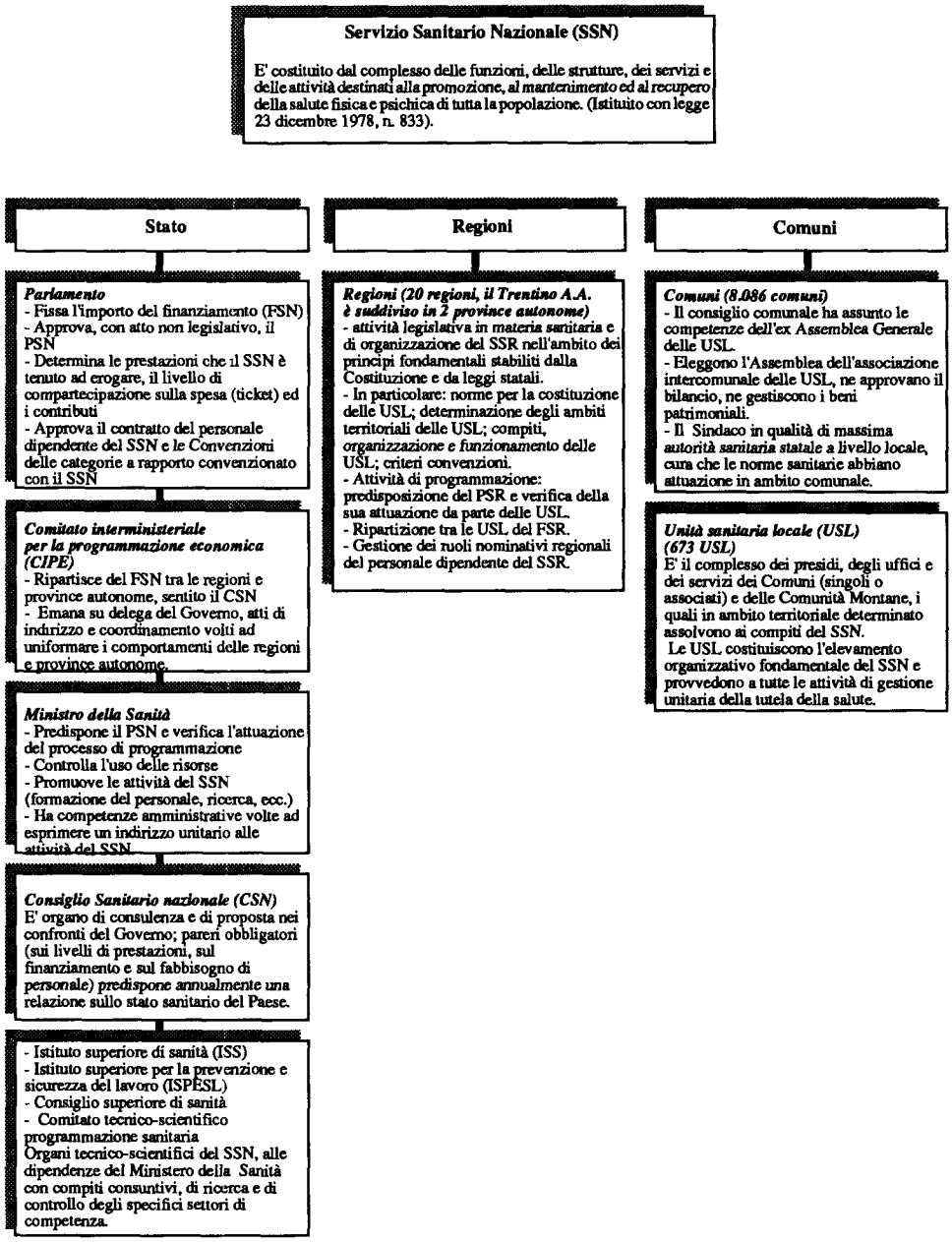
Analizzando in dettaglio il ruolo sanitario si nota che è così ripartito: 22 per cento medici, 1,1 veterinari, 0,6 farmacisti, 0,9 biologi, 0,3 chimici, 0,1 fisici, 0,9 psicologi, 0,5 personale con funzioni didattico-organizzative, 61,7 infermieri, 7,1 personale tecnico, 1,4 personale di vigilanza ed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

Il ruolo professionale è così ripartito: 2,4 per cento sono avvocati, 37,7 per cento sono ingegneri, 3,6 per cento architetti, 0,5 per cento geologi, 55,7 per cento assistenti religiosi.

Il ruolo tecnico è composto da: 0,1 per cento analisti, 0,01 per cento statitistici, 0,2 per cento sociologi, 2,8 per cento assistenti sociali, 2,2 per cento assistenti tecnici, 35 per cento operatori tecnici e 43,8 per cento ausiliari socio-sanitari.

Il ruolo amministrativo è composto da: 8,6 per cento direttori amministrativi, 13,7 per cento collaboratori amministrativi, 36 per cento assistenti amministrativi, 32,8 per cento coadiutori amministrativi e 9 per cento commessi (figure 12.1 e 12.2).

Struttura organizzativa del Servizio Sanitario Nazionale



Fonte: I.S.I.S

Fig. 12.1

PAGINA BIANCA

Fonte: Ministero Sanità - S.C.P.S.

Fig. 12.2

PAGINA BIANCA

Tavola 12.1 - Personale dipendente delle USL - Situazione al 1° gennaio 1988

RUOLO	Piemonte	V Aosta	Lombardia	P a Trento	P a Bolzano	Veneto	Friuli-V G	Liguria
Sanitario								
Medici:								
Dirig san , dir. san., sovr., prim. osp	773	24	1 361	95	70	915	296	408
Coadiutore san , vice dir., aiuto .	2 016	68	3.336	215	174	2.224	618	1 040
Assistente	3 736	91	7.842	248	233	2 793	1.196	1 596
Totale medici . . .	**6.525**	**183**	**12.569**	**558**	**477**	**5.932**	**2.110**	**3.044**
Medici ex D.M 503/87. . .	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale medici . . .	**6.525**	**183**	**12.569**	**558**	**477**	**5.932**	**2.110**	**3.044**
Veterinari								
Dirigenti	47	1	28	9	2	57	5	8
Coadiutori	139	5	147	14	15	89	31	21
Collaboratori	193	13	375	19	17	224	58	42
Totale veterinari . . .	**379**	**19**	**550**	**42**	**34**	**270**	**94**	**71**
Altro personale laureato								
Farmacisti:								
Dirigenti	38	0	56	2	2	38	10	19
Coadiutori	9	2	11	1	1	14	9	7
Collaboratori	107	1	156	4	4	78	34	62
Totale farmacisti . . .	**154**	**3**	**223**	**7**	**7**	**130**	**53**	**88**
Biologi.								
Dirigenti	0	1	13	1	3	4	0	0
Coadiutori	61	5	77	4	5	42	27	25
Collaboratori	212	7	370	20	8	145	66	149
Totale biologi . . .	**273**	**13**	**460**	**25**	**16**	**191**	**93**	**174**
Chimici:								
Dirigenti	11	1	19	0	1	15	9	11
Coadiutori	43	4	45	3	0	35	23	9
Collaboratori	46	2	42	0	0	41	11	25
Totale chimici . . .	**100**	**7**	**106**	**3**	**1**	**91**	**43**	**45**
Fisici.								
Dirigenti	2	0	5	0	1	6	3	1
Coadiutori	5	0	8	1	0	4	4	4
Collaboratori	25	1	25	0	0	16	10	8
Totale fisici . . .	**32**	**1**	**38**	**1**	**1**	**26**	**17**	**13**
Psicologi.								
Dirigenti	1	0	12	0	22	4	1	3
Coadiutori	55	8	230	3	12	69	17	37
Collaboratori	198	2	436	14	0	302	31	80
Totale psicologi . . .	**254**	**10**	**678**	**17**	**34**	**375**	**49**	**120**
Totale altro pers. laur. . . .	**813**	**34**	**1.505**	**53**	**59**	**813**	**255**	**440**
Personale con funz didattico-organizzative								
Con funzioni didattiche. . .	2	0	21	0	0	0	0	0
Con funzioni organizzative.	128	3	195	11	6	97	46	71
Totale operat. prof. dirig. . . .	**130**	**3**	**216**	**11**	**6**	**97**	**46**	**71**

Segue: Tavola 12.1 - Personale dipendente delle USL - Situazione al 1° gennaio 1988

RUOLO	Piemonte	V Aosta	Lombardia	P a Trento	P a Bolzano	Veneto	Friuli V G	Liguria
Personale infermieristico:								
Oper. prof dir. 1ª categ. coord. . .	1.339	51	3.224	145	175	1.671	743	873
Oper. prof. dir. 1ª categ. collab . .	10.259	256	21.660	1.646	1.302	12.570	3.974	5.959
Totale 1ª categ. . . .	**11.658**	**307**	**24.884**	**1.791**	**1.477**	**14.241**	**4.717**	**832**
Oper. prof dir. 2ª categ.	5.851	189	11 231	600	325	7.225	2 755	2.192
Totale pers. inferm. . . .	**17.509**	**496**	**36.115**	**2.391**	**1.802**	**21.516**	**7.472**	**9.024**
Personale tecnico sanitario.								
Oper. prof. dir. 1ª categ coord. . .	100	1	1.291	24	59	126	46	27
Oper prof. dir. 1ª categ. collab. . .	2.288	81	2.815	219	135	2 139	844	1.183
Totale pers. tecnico sanitario. . . .	**2.388**	**82**	**4.106**	**243**	**194**	**2.265**	**890**	**1.210**
Personale di vigilanza e ispezione:								
Oper. prof. dir 1ª categ. coord . .	26	1	88	0	2	52	20	16
Oper. prof. dir. 1ª categ. collab. .	207	13	552	3	27	280	65	157
Totale pers. di vigil. e ispez. . . .	**233**	**14**	**640**	**3**	**29**	**332**	**85**	**173**
Personale con funzioni di riabilitazione:								
Oper. prof. dir 1ª categ. coord. . .	21	16	893	5	57	384	258	10
Oper. prof. dir. 1ª categ. collab. . .	760	10	1.049	123	63	708	56	549
Totale 1ª categ. . . .	**781**	**26**	**1.942**	**128**	**120**	**1.092**	**314**	**559**
Oper prof. dir 2ª categ.	27	0	154	19	3	48	16	5
Totale pers. con funz. riabil. . . .	**808**	**26**	**2.096**	**147**	**123**	**1.140**	**330**	**564**
Totale ruolo sanitario . . .	***28.785***	***857***	***57.797***	***3.448***	***2.724***	***32.465***	***11.282***	***14.597***
Ruolo professionale								
Avvocato coordinatore	0	0	1	0	0	2	0	1
Avvocato	0	0	0	0	0	1	0	0
Procuratore legale.	0	0	0	0	0	2	0	0
Totale avvocati . . .	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**5**	**0**	**1**
Ingegnere coordinatore.	4	0	7	1	1	9	5	3
Ingegnere.	16	0	52	0	0	30	19	6
Totale ingegneri . . .	**20**	**0**	**59**	**1**	**1**	**39**	**24**	**9**
Architetto coordinatore	1	0	4	1	0	1	1	1
Architetto	2	0	5	0	0	7	0	1
Totale architetti . . .	**3**	**0**	**9**	**1**	**0**	**8**	**1**	**2**
Geologo coordinatore	0	0	0	0	0	0	0	0
Geologo.	1	0	1	0	0	0	0	1
Totale geologi . . .	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**
Assistenti religiosi	0	0	83	15	7	122	30	22
Totale ruolo profess. . . .	***88***	***0***	***153***	***17***	***8***	***174***	***55***	***35***

Segue: Tavola 12.1 - Personale dipendente delle USL - Situazione al 1° gennaio 1988

RUOLO	Piemonte	V Aosta	Lombardia	P.a Trento	P.a Bolzano	Veneto	Friuli V G	Liguria
Ruolo tecnico								
Analista dirigente	1	0	4	0	0	9	0	0
Analista coadiutore	1	0	2	0	0	3	0	4
Analista collaboratore	5	1	14	0	0	39	2	0
Totale analisti	**7**	**1**	**20**	**0**	**0**	**51**	**2**	**4**
Statistico dirigente	0	0	0	0	0	0	0	0
Statistico coadiutore	1	0	0	0	0	1	0	0
Statistico collaboratore	0	1	0	0	0	1	2	0
Totale statistici	**1**	**1**	**0**	**0**	**0**	**2**	**2**	**0**
Sociologo dirigente	0	0	0	0	0	2	0	0
Sociologo coadiutore	1	0	14	0	1	0	2	1
Sociologo collaboratore	1	0	2	0	1	1	4	1
Totale sociologi	**2**	**0**	**16**	**0**	**2**	**3**	**6**	**2**
Assistente sociale coordinatore	44	0	82	4	0	27	19	20
Assistente sociale collaboratore	192	2	710	12	15	272	82	205
Totale assistenti sociali	**236**	**2**	**792**	**16**	**15**	**299**	**101**	**225**
Assistenti tecnici	**445**	**8**	**317**	**37**	**11**	**360**	**109**	**114**
Operatore tecnico coordinatore	131	5	5.741	50	27	385	112	164
Operatore tecnico	4.942	125	3.828	838	317	6.475	1.756	2.230
Totale operatore tecnici	**5.073**	**130**	**9.569**	**888**	**344**	**6.860**	**1.888**	**2.394**
Agenti tecnici	2.051	53	4.996	551	506	1.361	1.850	3.158
Ausiliario socio-sanitario spec.to	3.605	77	6.251	442	281	3.370	1.191	1.491
Ausiliario socio-sanitario	2.826	126	5.855	0	173	3.085	755	841
Totale ausiliari socio-sanit.	**6.431**	**203**	**12.106**	**442**	**454**	**6.455**	**1.946**	**2.332**
Totale ruolo tecnico	***14.256***	***398***	***27.816***	***1.934***	***1.332***	***15.391***	***5.884***	***8.229***
Ruolo amministrativo								
Direttore amm.vo capo servizio	113	3	249	6	16	123	51	54
Direttore amm.vo	119	0	368	15	9	178	53	79
Vice direttore amm.vo	116	4	241	13	9	91	32	93
Totale direttori amm.vi	**348**	**7**	**858**	**34**	**34**	**392**	**136**	**226**
Collaboratore amm.vo coordinatore	168	1	217	11	17	116	29	80
Collaboratore amm.vo	537	23	646	39	37	474	150	249
Totale collaboratori amm.vi	**705**	**24**	**863**	**50**	**54**	**590**	**179**	**329**
Assistenti amm.vi.	1.943	69	2.754	140	173	2.050	565	847
Coadiutori amm.vi	2.218	64	4.222	289	215	2.260	701	1 102
Commessi	260	11	443	14	14	205	82	131
Totale ruolo amm.vo	***5.474***	***175***	***9.140***	***524***	***490***	***5.497***	***1.663***	***2.635***
Pers. con qualif. atipiche	**131**	**0**	**492**	**0**	**0**	**0**	**0**	**104**
Totale gen. personale	**48.734**	**1.430**	**95.398**	**5.923**	**4.554**	**53.527**	**18.884**	**25.600**

Segue: Tavola 12.1 - Personale dipendente delle USL - Situazione al 1° gennaio 1988

RUOLO	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania
Sanitario								
Medici.								
Dirig san., dir san, sovr, prim osp	777	772	195	434	864	280	68	921
Coadiutore san., vice dir, aiuto	2.374	1.887	560	802	1.566	491	219	2 481
Assistente	3.215	3 429	728	1 230	4.377	1.389	326	4.781
Totale medici	**6.366**	**6.088**	**1.483**	**2.446**	**6.807**	**2.160**	**613**	**8.273**
Medici ex D M. 503/87	51	0	0	213	0	0	0	162
Totale medici	**6.417**	**6.088**	**1.483**	**2.679**	**6.807**	**2.160**	**613**	**8.435**
Veterinari.								
Dirigenti	48	21	10	21	22	11	1	27
Coadiutori	180	129	39	79	105	34	20	95
Collaboratori	289	161	43	128	90	64	29	150
Totale veterinari	**517**	**311**	**92**	**228**	**217**	**109**	**50**	**272**
Altro personale laureato								
Farmacisti.								
Dirigenti	25	57	9	27	45	7	7	26
Coadiutori	14	9	18	16	21	5	0	14
Collaboratori	131	147	19	68	137	26	9	91
Totale farmacisti	**170**	**213**	**46**	**111**	**203**	**38**	**16**	**131**
Biologi:								
Dirigenti	5	16	0	1	3	0	0	2
Coadiutori	123	73	19	27	24	8	6	69
Collaboratori	220	222	39	115	176	56	39	215
Totale biologi	**348**	**311**	**58**	**143**	**203**	**64**	**45**	**286**
Chimici:								
Dirigenti	19	15	5	9	11	4	3	15
Coadiutori	66	70	7	12	21	6	1	22
Collaboratori	46	51	5	33	18	2	2	37
Totale chimici	**131**	**136**	**17**	**54**	**50**	**12**	**6**	**74**
Fisici.								
Dirigenti	6	0	0	0	2	0	0	1
Coadiutori	14	13	1	5	1	1	0	2
Collaboratori	22	21	2	0	13	3	0	4
Totale fisici	**42**	**34**	**3**	**5**	**16**	**4**	**0**	**7**
Psicologi.								
Dirigenti	5	13	0	0	0	0	0	3
Coadiutori	127	93	1	23	86	3	0	39
Collaboratori	165	195	48	113	359	53	20	96
Totale psicologi	**297**	**301**	**49**	**136**	**445**	**56**	**20**	**138**
Totale altro pers. laur.	**988**	**995**	**173**	**449**	**917**	**174**	**87**	**636**
Personale con funz didattico-organizzative								
Con funzioni didattiche	0	0	4	14	21	0	0	0
Con funzioni organizzative	177	401	37	32	70	30	6	223
Totale operat. prof. dirig.	**177**	**401**	**41**	**46**	**91**	**30**	**6**	**223**

Segue: Tavola 12 1 - Personale dipendente delle USL - Situazione al 1° gennaio 1988

RUOLO	Emilia-Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania
Personale infermieristico								
Oper. prof. dir. 1ª categ. coord. . .	2.247	1.242	467	776	1.641	489	109	1.285
Oper prof dir 1ª categ. collab. .	14 431	13.740	3.330	4.243	10 397	3.028	762	13 082
Totale 1ª categ. . . .	**16.678**	**14.982**	**3.797**	**5.019**	**12.038**	**3.517**	**871**	**14.367**
Oper. prof. dir 2ª categ	3 532	5.399	77	2 093	4 705	2.124	381	3 973
Totale pers. inferm. . . .	**20.210**	**20.381**	**3.874**	**7.112**	**16.743**	**5.641**	**1.252**	**18.340**
Personale tecnico sanitario								
Oper. prof. dir. 1ª categ coord. .	86	117	15	21	145	32	4	102
Oper. prof. dir 1ª categ. collab.	2.550	2.409	491	947	2 020	488	245	1.537
Totale pers. tecnico sanitario. . . .	**2.636**	**2.526**	**506**	**968**	**2.165**	**520**	**249**	**1.639**
Personale di vigilanza e ispezione								
Oper. prof. dir. 1ª categ coord .	176	620	8	5	47	20	3	80
Oper. prof. dir 1ª categ collab. . .	423	222	44	222	160	72	21	696
Totale pers. di vigil. e ispez. . . .	**599**	**842**	**52**	**227**	**207**	**92**	**24**	**776**
Personale con funzioni di riabilitazione								
Oper prof dir. 1ª categ. coord .	740	943	2	406	332	13	0	55
Oper. prof. dir. 1ª categ. collab . .	720	347	132	0	198	136	65	280
Totale 1ª categ. . . .	**1.460**	**1.290**	**134**	**406**	**530**	**149**	**65**	**335**
Oper. prof. dir. 2ª categ	135	18	0	29	55	27	0	8
Totale pers. con funz. riabil. . . .	**1.595**	**1.308**	**134**	**435**	**585**	**176**	**65**	**343**
Totale ruolo sanitario . . .	***33.139***	***32.852***	***6.355***	***12.144***	***27.732***	***8.902***	***2.346***	***30.664***
Ruolo professionale								
Avvocato coordinatore . .	0	0	0	0	2	0	0	0
Avvocato	0	2	0	0	0	0	0	2
Procuratore legale. . . .	1	0	0	0	5	0	0	5
Totale avvocati . . .	**1**	**2**	**0**	**0**	**7**	**0**	**0**	**7**
Ingegnere coordinatore	13	39	1	2	7	1	0	0
Ingegnere	61	55	3	7	32	7	0	48
Totale ingegneri . . .	**74**	**94**	**4**	**9**	**39**	**8**	**;0**	**48**
Architetto coordinatore .	1	0	0	0	0	0	0	0
Architetto	3	9	0	0	8	0	0	1
Totale architetti . . .	**4**	**9**	**0**	**0**	**8**	**0**	**0**	**1**
Geologo coordinatore .	0	0	0	0	0	0	0	0
Geologo	0	3	0	0	1	0	0	0
Totale geologi . . .	**0**	**3**	**0**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**
Assistenti religiosi	54	8	11	6	24	25	1	68
Totale ruolo profess. . . .	***133***	***116***	***15***	***15***	***79***	***33***	***1***	***124***

Segue: Tavola 12.1 - Personale dipendente delle USL - Situazione al 1° gennaio 1988

RUOLO	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania
Ruolo tecnico								
Analista dirigente	3	0	0	7	0	0	0	1
Analista coadiutore	5	15	0	6	1	0	0	3
Analista collaboratore	20	18	0	22	3	5	0	8
Totale analisti	**28**	**34**	**0**	**35**	**4**	**5**	**0**	**12**
Statistico dirigente	0	17	1	0	0	0	0	0
Statistico coadiutore	1	0	0	0	3	0	0	0
Statistico collaboratore	2	0	0	0	0	1	0	0
Totale statistici	**3**	**17**	**1**	**0**	**3**	**1**	**0**	**0**
Sociologo dirigente	2	0	0	0	2	0	0	0
Sociologo coadiutore	15	16	0	2	2	0	0	0
Sociologo collaboratore	6	24	2	22	35	12	6	85
Totale sociologi	**23**	**40**	**2**	**24**	**39**	**12**	**6**	**85**
Assistente sociale coordinatore	64	197	10	28	54	22	4	86
Assistente sociale collaboratore	234	200	82	162	505	138	41	379
Totale assistenti sociali	**298**	**397**	**92**	**190**	**559**	**160**	**45**	**465**
Assistenti tecnici	**367**	**251**	**46**	**166**	**709**	**76**	**87**	**235**
Operatore tecnico coordinatore	431	69	18	112	1.113	47	9	221
Operatore tecnico	5.257	5.806	1.065	1.913	4.083	1.011	253	4.182
Totale operatore tecnici	**5.688**	**5.875**	**1.083**	**2.025**	**5.196**	**1.058**	**262**	**4.403**
Agenti tecnici	970	294	90	651	1.019	606	61	3.564
Ausiliario socio-sanitario spec.to	4.225	4.287	926	999	4.071	1.011	250	3.789
Ausiliario socio-sanitario	1.942	1.384	244	1.122	2.715	1.105	166	2.090
Totale ausiliario socio-sanit.	**6.167**	**5.671**	**1.170**	**2.121**	**6.786**	**2.116**	**416**	**5.879**
Totale ruolo tecnico	***13.544***	***12.579***	***2.484***	***5.212***	***14.315***	***4.034***	***877***	***14.643***
Ruolo amministrativo								
Direttore amm.vo capo servizio	156	44	27	76	89	40	13	127
Direttore amm.vo	107	70	50	118	176	87	24	265
Vice direttore amm.vo	135	32	40	75	238	31	3	205
Totale direttori amm.vi	**398**	**148**	**117**	**269**	**503**	**158**	**40**	**597**
Collaboratore amm.vo coordinatore	222	56	19	42	178	55	16	311
Collaboratore amm.vo	609	200	147	298	996	205	42	624
Totale collaboratori amm.vi	**831**	**256**	**166**	**340**	**1.174**	**260**	**58**	**935**
Assistenti amm.vi	2.302	2.718	414	739	2.462	428	115	2.155
Coadiutori amm.vi	1.786	1.255	320	516	1.918	396	95	1.466
Commessi	236	430	25	125	623	230	35	879
Totale ruolo amm.vo	***5.553***	***4.805***	***1.042***	***1.989***	***6.680***	***1.472***	***343***	***6.032***
Pers. con qualif. atipiche	**0**	**0**	**0**	**17**	**564**	**0**	**0**	**178**
Totale gen. personale	**52.369**	**50.352**	**9.896**	**19.377**	**49.370**	**14.441**	**3.567**	**51.641**

Segue: Tavola 12.1 - Personale dipendente delle USL - Situazione al 1° gennaio 1988

RUOLO	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
Sanitario						
Medici:						
Dirig. san., dir. san., sovr., prim. osp.	724	103	379	931	248	10.368
Coadiutore san., vice dir., aiuto	1.182	207	899	1 757	429	24 575
Assistente	2.493	367	1.908	3.117	1.585	46.670
Totale medici	**4.399**	**677**	**3.186**	**5.805**	**2.262**	**81.983**
Medici ex D.M. 503/87	0	0	0	0	0	426
Totale medici	**4.399**	**677**	**3.186**	**5.805**	**2.262**	**82.409**
Veterinari:						
Dirigenti	26	13	5	34	30	426
Coadiutori	65	10	65	87	30	1.399
Collaboratori	62	65	82	131	123	2.358
Totale veterinari	**153**	**88**	**152**	**252**	**183**	**4.183**
Altro personale laureato:						
Farmacisti:						
Dirigenti	46	1	20	36	11	482
Coadiutori	4	1	17	24	1	198
Collaboratori	73	24	55	122	54	1.402
Totale farmacisti	**123**	**26**	**92**	**182**	**66**	**2.082**
Biologi:						
Dirigenti	3	0	1	0	0	53
Coadiutori	13	10	19	24	10	671
Collaboratori	129	44	142	131	63	2.658
Totale biologi	**145**	**54**	**162**	**155**	**73**	**3.292**
Chimici:						
Dirigenti	5	2	6	10	4	175
Coadiutori	13	4	11	25	5	425
Collaboratori	24	7	12	27	13	444
Totale chimici	**42**	**13**	**29**	**62**	**22**	**1.044**
Fisici:						
Dirigenti	0	0	0	0	0	27
Coadiutori	1	0	0	2	0	65
Collaboratori	7	0	4	2	3	166
Totale fisici	**8**	**0**	**4**	**4**	**3**	**259**
Psicologi:						
Dirigenti	0	0	0	4	2	70
Coadiutori	12	1	3	52	12	883
Collaboratori	104	41	154	120	28	2.559
Totale psicologi	**116**	**42**	**157**	**176**	**42**	**3.152**
Totale altro pers. laur.	**434**	**135**	**444**	**579**	**206**	**10.189**
Personale con funz. didattico-organizzative:						
Con funzioni didattiche	0	0	0	0	0	62
Con funzioni organizzative	0	5	21	58	18	1.635
Totale operat. prof. dirig.	**0**	**5**	**21**	**58**	**18**	**1.697**

Segue: Tavola 12.1 - Personale dipendente delle USL - Situazione al 1° gennaio 1988

RUOLO	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
Personale infermieristico.						
Operat. prof dir. 1ª categ coord	1 068	178	768	1 400	639	20 590
Operat prof. dir. 1ª categ. collab.. . . .	5.506	1.309	4.308	8.523	3 512	143.797
Totale 1ª categ. . . .	**6.574**	**1.487**	**5.076**	**9.923**	**4.151**	**184.387**
Operat prof dir. 2ª categ.	5.025	434	2.241	3.814	1 916	66.132
Totale pers. inferm. . . .	**11.599**	**1.921**	**7.137**	**13.737**	**6.787**	**230.519**
Personale tecnico sanitario.						
Operat prof. dir. 1ª categ coord	68	1	50	122	38	2.475
Operat prof dir. 1ª categ. collab.. . . .	1.048	186	668	1 074	706	24 073
Totale pers. tecnico sanitario. . . .	**1.116**	**187**	**717**	**1.196**	**744**	**26.548**
Personale di vigilanza e ispezione						
Operat prof dir. 1ª categ. coord.	27	1	8	54	2	1 256
Operat prof. dir. 1ª categ collab . . .	177	44	157	410	167	4 199
Totale pers. di vigil. e ispez. . . .	**204**	**45**	**165**	**464**	**169**	**5.375**
Personale con funzioni di riabilitazione:						
Operat prof. dir. 1ª categ. coord.	24	0	46	55	64	4.324
Operat prof. dir. 1ª categ. collab	1 263	81	142	260	179	7.121
Totale 1ª categ. . . .	**1.287**	**81**	**188**	**315**	**243**	**11.445**
Operat prof dir. 2ª categ.	289	2	6	4	54	899
Totale pers. con funz. riabil. . . .	**1.576**	**83**	**194**	**319**	**297**	**12.344**
Totale ruolo sanitario . . .	***19.481***	***3.141***	***12.197***	***22.410***	***9.946***	***373.264***
Ruolo professionale						
Avvocato coordinatore	0	0	0	2	0	8
Avvocato	0	0	1	0	0	6
Procuratore legale.	0	0	0	4	0	17
Totale avvocati . . .	**0**	**0**	**1**	**6**	**0**	**31**
Ingegnere coordinatore	6	0	1	5	2	107
Ingegnere	12	3	4	16	5	376
Totale ingegneri . . .	**18**	**3**	**5**	**21**	**7**	**483**
Architetto coordinatore	0	0	0	0	0	10
Architetto	0	0	0	0	0	36
Totale architetti . . .	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**46**
Geologo coordinatore	0	0	0	0	0	0
Geologo.	0	0	0	0	0	7
Totale geologi . . .	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**7**
Assistenti religiosi	41	17	36	55	25	714
Totale ruolo profess. . . .	***59***	***20***	***42***	***82***	***32***	***1.281***

Segue: Tavola 12.1 - Personale dipendente delle USL - Situazione al 1° gennaio 1988

RUOLO	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
Ruolo tecnico						
Analista dirigente	0	1	1	0	1	28
Analista coadiutore	0	0	1	2	0	44
Analista collaboratore	0	0	1	0	2	140
Totale analisti	**0**	**1**	**3**	**2**	**3**	**212**
Statistico dirigente	0	0	0	0	0	18
Statistico coadiutore	0	0	0	0	1	7
Statistico collaboratore	0	0	0	0	0	7
Totale statistici	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**32**
Sociologo dirigente	0	0	0	0	0	6
Sociologo coadiutore	1	0	2	2	0	59
Sociologo collaboratore	11	20	53	1	1	288
Totale sociologi	**12**	**20**	**55**	**3**	**1**	**353**
Assistente sociale coordinatore	38	1	31	77	27	853
Assistente sociale collaboratore	179	87	318	316	93	4.224
Totale assistenti sociali	**217**	**88**	**349**	**393**	**120**	**5.059**
Assistenti tecnici	**102**	**78**	**179**	**134**	**53**	**3.894**
Operatore tecnico coordinatore	140	29	103	79	74	9.060
Operatore tecnico	2.707	557	1.955	2.750	1.402	53.452
Totale operatore tecnici	**2.847**	**586**	**2.058**	**2.829**	**1.476**	**62.512**
Agenti tecnici	1.137	375	1.114	1.617	2.337	28.361
Ausiliario socio-sanitario spec.to	2.121	272	2.006	3.528	69	44.262
Ausiliario socio-sanitario	4.076	182	1.338	2.845	1.251	34.121
Totale ausiliario socio-sanit.	**6.197**	**454**	**3.344**	**6.373**	**1.320**	**78.383**
Totale ruolo tecnico	***10.512***	***1.602***	***7.102***	***11.351***	***5.311***	***178.806***
Ruolo amministrativo						
Direttore amm.vo capo servizio	103	20	81	164	44	1.599
Direttore amm.vo	180	16	128	315	39	2.396
Vice direttore amm.vo	249	20	93	110	51	1.881
Totale direttori amm.vi	**532**	**56**	**302**	**589**	**134**	**5.876**
Collaboratore amm.vo coordinatore	209	9	131	274	44	2.205
Collaboratore amm.vo	659	76	353	617	177	7.158
Totale collaboratori amm.vi	**868**	**85**	**484**	**891**	**221**	**9.363**
Assistenti amm.vi	1.325	234	1.020	1.694	496	24.643
Coadiutori amm.vi	884	151	837	1.374	418	22.484
Commessi	723	127	472	772	311	6.148
Totale ruolo amm.vo	***4.332***	***653***	***3.115***	***5.320***	***1.500***	***68.514***
Pers. con qualif. atipiche	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**1.486**
Totale gen. personale	**34.384**	**5.416**	**22.456**	**39.163**	**16.869**	**623.351**

Fonte: Ministero della Sanità - Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria.

Tavola 12.2 - Personale dipendente delle USL - Indicatori - Situazione all'1-1-1988

REGIONE	Personale ogni 1.000 abitanti	Personale sanitario ogni 1.000 abitanti
Piemonte	11,16	6,59
Valle d'Aosta	12,46	7,46
Lombardia	10,72	6,49
P. a. Trento	13,27	7,73
P. a. Bolzano	10,39	6,21
Veneto	12,21	7,41
Friuli-Venezia Giulia	15,65	9,35
Liguria	14,72	8,39
Emilia-Romagna	13,35	8,45
Toscana	14,12	9,21
Umbria	12,07	7,75
Marche	13,55	8,49
Lazio	9,57	5,37
Abruzzo	11,43	7,05
Molise	10,64	6,99
Campania	8,94	5,31
Puglia	8,47	4,79
Basilicata	8,69	5,04
Calabria	10,43	5,66
Sicilia	7,58	4,33
Sardegna	10,18	6,00
Italia	**10,8**	**6,49**

Fonte: Elaborazione del Consiglio Sanitario Nazionale su dati del Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria.

INDICATORI O.M.S.:

37.01.01 Esistenza di programmi di formazione ispirati ai principi ed alle implicazioni della salute per tutti per il personale specializzato di altri settori.

Le modifiche più recenti di diversi corsi di studi tengono conto della realtà del nostro sistema sanitario ispirato ai principi della "salute per tutti".

CAPITOLO 13

IL SISTEMA INFORMATIVO ED INFORMATIZZAZIONE DEI LIVELLI CENTRALE, REGIONALE E LOCALE

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 35:
Entro il 1990 gli Stati membri dovranno dotarsi di sistemi di informazione capaci di sostenere la strategia nazionale della salute per tutti.

Strategia nazionale:
Specifica attenzione viene riservata nella proposta di Piano sanitario nazionale all'attivazione di sistemi informativi locali con i sistemi informativi regionali e centrali al fine di organizzare su tutto il territorio nazionale il sistema dell'informazione con una corretta finalizzazione dell'impiego delle risorse disponibili.

13.1. Acquisizione dei flussi di governo

Nel corso dell'anno 1988, nell'ambito del progetto della "prescrizione a lettura automatica standardizzata" (PLAS), è stata definita la ricetta del tipo unificato per consentire l'acquisizione dei dati attraverso apparecchiature di lettura ottica veloce.

Gli interventi in questo settore hanno riguardato la realizzazione di procedure automatiche inerenti ai dati previsti nelle prescrizioni farmaceutiche al fine di avviare nei primi mesi del 1989 le sperimentazioni presso alcune regioni pilota.

Come previsto, nell'ambito dei nuovi flussi informativi delle Unità sanitarie locali, tramite le procedure di elaborazione automatica opportunamente realizzate, sono iniziate le attività di acquisizione, oltre che dei dati sulle attività del S.S.N., anche di quelli relativi al patrimonio immobiliare delle USL.

A seguito della esperienza maturata nel corso della rilevazione 1988 su alcuni modelli di acquisizione sono state apportate alcune modifiche migliorative e di aggiunta ai nuovi dati che dovrebbero, a partire dal 1989, facilitare e allo stesso tempo integrare il debito informativo delle USL nei confronti dell'Amministrazione centrale e delle regioni.

13.2. Rete di comunicazione del S.S.N.

Per quanto riguarda la rete di collegamento telematico dei flussi informativi del S.S.N. ai primi due prototipi del sistema architetturale prescelto (Piemonte e Molise) si è aggiunto un terzo ufficio pilota (p.a. Trento) che ha portato alla installazione di un nuovo nodo compartimentale e delle relative stazioni di lavoro presso ciascuna USL.

A seguito di tale intervento anche la p.a. di Trento potrà trasmettere, a partire dall'esercizio 1989, i propri dati, per via telematica, al sistema di elaborazione centrale.

Le attività concernenti la rete di comunicazione, nel corso del 1988, hanno riguardato anche il completamento del collegamento dei presidi multizonali di prevenzione (PMP) consentendo di sperimentare presso alcuni uffici le procedure elaborative relative alle frodi alimentari.

Nel corso del 1989 le procedure corrispondenti alle analisi sugli alimenti saranno estese a tutti i PMP, compresi gli istituti zooprofilattici sperimentali, attualmente in corso di attivazione.

13.3. Sistema di supporto alle decisioni

Nell'ambito delle attività relative alla costituzione di un sistema di supporto alle decisioni, è stata completata la definizione dei modelli per l'analisi delle serie temporali e per la previsione dei dati di spesa dei rendiconti delle Unità sanitarie locali. Inoltre, per consentire anche ad utenti non esperti di procedere a tali analisi in modo sporadico e secondo le proprie necessità, è stata realizzata una interfaccia generalizzata per l'utilizzo dei suddetti modelli. Si è inoltre provveduto alla ingegnerizzazione di un modello di estrapolazione dei dati di spesa complessivi sulla base dei primi dati parziali pervenuti al sistema.

E' stata avviata l'analisi per la definizione di un modello di valutazione del Servizio sanitario nazionale, basato su un sistema di indicatori che permetta una lettura sintetica e ragionata dei dati di struttura, risorse ed attività delle Unità sanitarie locali; sulla base dei risultati raggiunti con questa prima fase delle attività è stato realizzato un prototipo del sistema di valutazione, limitatamente al settore dell'assistenza ospedaliera pubblica.

E' stata inoltre avviata l'attività di analisi della struttura e delle relative voci di costo del personale dipendente del Servizio sanitario nazionale; obiettivo principale dell'attività è l'individuazione dei fattori causali determinanti la struttura del personale e la definizione di un modello per la stima dei relativi costi.

Nell'ambito del programma del Ministero della Sanità per lo sviluppo di un sistema di valutazione dell'efficienza delle strutture ospedaliere basate sulla tecnica dei DRG (diagnosis related groups) è stata condotta una valutazione dei prodotti software disponibili sul mercato di supporto alla codifica delle diagnosi ed all'assegnazione del gruppo software; è stata inoltre avviata un'analisi delle attività necessarie per introdurre e diffondere la tecnica in tutte le strutture ospedaliere nazionali.

13.4. Sistema di rapporto delle attività istituzionali del Ministero

Nel settore delle attività istituzionali del Ministero sono proseguite le attività concernenti i progetti di automazione previsti in tutti i settori seguenti.

a) Igiene pubblica

Anche per il 1988 si è provveduto a rilevare, elaborare e prospettare tutti i dati relativi allo stato delle acque di balneazione.

In particolare la rilevazione dei risultati delle analisi è avvenuta totalmente tramite il previsto collegamento al sistema centrale delle apparecchiature installate nei presidi multizonali di prevenzione interessati.

Sono proseguite inoltre le attività di sviluppo di un prodotto software avente come scopo principale la progettazione mediante cartogrammi dei dati delle acque di balneazione.

Lo scopo di tale forma di rappresentazione è sia di informare l'opinione pubblica sulla qualità delle acque costiere, evidenziando l'esistenza di divieti di balneazione in atto, sia supportare studi territoriali e ambientali, attraverso la prospettazione dei dati in relazione allo sviluppo di costa.

Sono state inoltre avviate le procedure per la rilevazione delle attività pericolose riguardanti le cosiddette "industrie a rischio".

b) Servizio farmaceutico

Sono stati realizzati: l'anagrafe dei farmacisti e delle farmacia, il collegamento con il centro di monitoraggio di Upsala, il monitoraggio e il completamento delle procedure automatiche riguardanti l'anagrafe delle officine dei cosmetici e la corrispondente rilevazione dei dati di produzione.

Nel 1989 sono previste ulteriori nuove funzioni di interrogazione concernenti la banca dati del farmaco che dovrebbero facilitare da parte della Direzione generale competente l'utilizzo e la visibilità dei dati presenti sulle basi informative.

c) Assistenza sanitaria all'estero

È proseguito l'esercizio delle procedure automatiche riguardanti le pratiche di partite creditorie e debitorie per l'anno 1986.

È stata, tra l'altro, predisposta una prima raccolta di prospettazioni tabellari e grafiche concernenti l'assistenza sanitaria in oggetto.

d) Sanità veterinaria

Sono state avviate le procedure elaborative per l'acquisizione dei dati relativi al traffico di merci sottoposte a controllo veterinario ai posti di confine (modelli di rilevazione 29/S). A seguito di una nuova normativa si è inoltre provveduto a ridisegnare un nuovo modello di rilevazione la cui validità è prevista a partire dal 1989.

È stata inoltre completata l'analisi ed è iniziata la progettazione del sistema informativo per l'automazione ed il collegamento alla Direzione generale degli uffici veterinari dei posti di confine.

e) Igiene degli alimenti

È proseguito l'esercizio delle procedure relative alla acquisizione delle vendite dei diserbanti per l'anno 1987; a tale riguardo sono state effettuate le elaborazioni che hanno permesso la riprospettazione di tutti i dati raccolti in tale anno.

Nel corso dell'anno sono altresì state avviate sperimentalmente, presso alcuni PMP, già collegati in rete, le procedure della rilevazione dei risultati delle analisi sugli alimenti.

Nel corso del 1989, la rilevazione dei dati dovrebbe essere estesa a tutti i restanti PMP e gli istituti zooprofilattici sperimentali dotati anch'essi di apparecchiature collegate con il Sistema di elaborazione centrale.

f) Medicina sociale

In relazione all'applicazione prevista per le invalidità civili, sono stati rilevati ed elaborati i dati relativi all'anno 1987.

Sono state inoltre avviate le procedure di elaborazione relative al trattamento delle tossicodipendenze.

g) Attività di automazione di ufficio ed esigenze di carattere generale

Nell'ambito delle procedure di interesse generale sono state rilasciate le procedure automatizzate per la gestione degli esami di idoneità per le posizioni ospedaliere e per la gestione di commissioni d'esame.

Sono state inoltre messe a punto le procedure concorsuali generalizzate per il reclutamento di tutto il personale dell'Amministrazione.

Per quanto riguarda l'automazione di ufficio, in particolare sono state rilasciate al Centro studi le procedure per la gestione del "piano delle ricerche" mentre per il Consiglio Superiore di Sanità sono state sviluppate apposite procedure per la gestione delle "convocazioni" e dei "pareri".

Sono stati inoltre effettuati ulteriori nuovi collegamenti sperimentali con banche dati esterne, fra le quali la banca dati, di interesse del Servizio veterinario, di Bruxelles e quelle della Corte di Cassazione; è stato anche attivato un collegamento alle banche dati dell'ISTAT.

Sono state altresì definite le modalità operative per consentire l'accesso, da parte di enti esterni come la Camera dei Deputati e l'ISTAT, alle basi informative sanitarie.

Sono tate analizzate ulteriori funzionalità proprie dei compiti istituzionali delle Direzioni generali che saranno automatizzate e rese disponibili nel corso del 1989.

13.5. Automazione degli ospedali e delle USL

Nel corso del 1988 sono iniziate le attività previste dall'atto aggiuntivo alla convenzione fra Ministero della Sanità e Italsiel riguardanti lo sviluppo di sistemi informativi gestionali per USL e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Tale iniziativa, di carattere innovativo nell'ambito della Pubblica Amministrazione, ha l'obiettivo di sviluppare prodotti software ingegnerizzati che potranno essere offerti gratuitamente dall'Amministrazione a tutte le USL e agli ospedali che, nella loro autonomia, ne facciano richiesta.

Le attività hanno riguardato in particolare:

- l'analisi organizzativa di USL e IRCCS, svolta attraverso una serie di interviste effettuate presso le USL Roma 12 e "Val Parma" di Langhirano e gli istituti "G. Pascale" di Napoli ed Oncologico di Bari;
- l'analisi dei requisiti del sistema software formalizzata nelle linee generali di automazione del sistema USL e, rispettivamente, del sistema IRCCS.

Sono attualmente in corso le attività di progettazione e realizzazione dei sistemi citati; entro il 1989 ne è previsto l'avviamento operativo presso due sedi pilota.

13.6. Il livello regionale e locale

Sulla base della documentazione pervenuta si dispone della situazione relativa alle seguenti regioni.

Valle d'Aosta

A livello regionale, per l'anno 1988, la regione Valle d'Aosta non ha avviato alcun sistema di informatizzazione, salvo alcune iniziative riguardanti singole prestazioni o attività sanitarie.

P.a. Trento

Il SIS in provincia di Trento è un sistema cresciuto in maniera disomogenea con tre realtà dotate di elaboratori di dimensioni medio-grandi, ma con sistemi operativi diversi, cui fanno capo tre differenti reti di telecomunicazioni che collegano entità organizzative

periferiche anche appartenenti a differenti USL. Vi è inoltre la rete della p.a. di Trento, in fase di sperimentazione, per la connessione delle unità centrali e periferiche del S.S.N. per le esigenze del sistema informativo sanitario di governo.

Le altre USL delle provincia sono dotate di sistemi di medie prestazioni sui quali sono in funzione prodotti gestionali omogenei.

Le procedure automatiche esistenti consentono di disporre di flussi informativi significativi e utili anche per la valutazione dello stato di salute della popolazione (in forma diretta o proxy), in particolare: ammissione-dimissione ospedaliera, sorveglianza ostetrico-neonatale, delle malformazioni congenite, dell'interruzione di gravidanza, la procedura relativa all'assistenza farmaceutica extraospedaliera, i flussi di mortalità, gli infortuni sul lavoro, le malattie professionali e lo stato di salute degli ospiti delle case di riposo della provincia.

Lombardia

Con la "Relazione sanitaria 1986-87" la regione ha cominciato a sviluppare un sistema di relazioni sanitarie nel cui interno le relazioni di USL e la relazione regionale giungano a rappresentare un aggregato conoscitivo e valutativo finalizzato alle esigenze della programmazione sanitaria, che si concretizzerà entro il 1989 nella predisposizione della Relazione per il 1988.

L'apporto alla raccolta, organizzazione ed elaborazione delle informazioni è fornito da procedure informatizzate, gestite dall'Assessorato regionale alla Sanità, sia attraverso il proprio CED (Centro elaborazione dati), sia attraverso flussi informativi USL/regione/Ministero della Sanità.

Liguria

L'Osservatorio delle malattie infettive, gestito con convenzione dall'Istituto di igiene dell'Università, ha il compito del monitoraggio continuo ed analisi di tale patologia, con particolare riferimento all'AIDS.

È stato attivato il Registro di mortalità regionale, affidato con convenzione all'Istituto tumori di Genova, che ha l'incombenza di raccogliere e valutare le schede di morte ISTAT dei residenti nel territorio regionale, mentre le USL sono state invitate ad istituire un Registro locale di mortalità.

Inoltre è stato attivato un Sistema informativo regionale per la rilevazione, periodica mediante moduli, presso i servizi psichiatrici di dati relativi a: utenza (valutazione epidemiologica per psichiatria e tossicodipendenze), strutture e del personale operante nei servizi pubblici.

È stata infine affidata, con convenzione, all'Istituto Ligure di Ricerche Sociali, la Relazione sullo stato sanitario regionale 1988 che sarà un documento ad ampia diffusione.

Veneto

La legge regionale, nell'organigramma delle Unità locali socio-sanitarie, ha individuato l'Ufficio del Sistema informativo locale, afferente all'Ufficio di Direzione e attivato attualmente in 19 USL su 36. Nelle altre realtà le funzioni vengono svolte essenzialmente nell'ambito degli uffici programmazione o statistica oppure del coordinamento amministrativo.

Nell'ambito dell'Assessorato alla Sanità - Dipartimento Assistenza Sanitaria - è istituito l'Ufficio per il Sistema informativo.

Friuli-Venezia Giulia

Il Sistema Informativo Sanitario regionale dedicato all'epidemiologia focalizza l'attenzione su:

- accoglimenti e dimissioni ospedaliere realizzando un collegamento tra ospedali regionali, pubblici e privati, e un sistema centrale, gestito dalla società Insiel, che elabora i dati della scheda nosologica individuale (S.N.I.), risalendo al 1977 (da completare per le case di cura private che inviano dati su moduli);
- schede di morte dei residenti nella regione con l'inserimento dei dati della scheda ISTAT nel sistema informativo gestito dalla Insiel (attivo dal 1989);
- schede di nascita: in via sperimentale con le stesse modalità del precedente.

Abruzzo

È in corso di studio la predisposizione di un Sistema informativo sanitario di tipo informatico.

Molise

La gestione degli archivi assistibili è effettuata a livello decentrato con IBM serie 1 collegati con il 4381 della Molise Dati.

L'archivio dei medici generici e pediatri è gestito dal Settore piano sanitario, Analisi gestionale e Osservatorio epidemiologico, insieme con la graduatoria annuale per la medicina generale, per il servizio di guardia medica e per la medicina dei servizi e dei ruoli del personale dipendente delle USL della regione.

Sono state anche attivate, ma non usate, procedure per: ricerca automatica dei posti letto ospedalieri (operante con collegamenti con le USL), statistiche sanitarie (installata su P.C.XT, ma accantonata perché superata dal collegamento con il S.C.P.S. del Ministero della sanità) e per gestione della spesa farmaceutica (abbandonata per tempi di immissione dati troppo lunghi).

Stazione compartimentale, operante su VAX 750 installato presso il centro dati regionale e collegato con la rete del Ministero della Sanità.

INDICATORI O.M.S:

35.01.01 Esistenza di un sistema informativo che fornisca le notizie richieste dalla strategia nazionale.

Il sistema informativo sanitario (S.I.S.), quando sarà completamente attuato, fornirà tutti gli elementi necessari per la strategia.

35.01.02 Numero di indicatori regionali e mondiali per i quali sono disponibili informazioni.

In Italia sono disponibili dati per circa il 70 per cento di tali indicatori.

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

A) Sistemi correnti di informazione sanitaria;

B) Necessità di nuove informazioni;

C) Metodi di raccolta dei dati;

D) Informazioni per l'assistenza sanitaria di base;

E) Analisi costo-efficacia dell'informazione;

F) Etica dell'informazione;

G) Confronto internazionale dell'informazione sanitaria.

PAGINA BIANCA

CAPITOLO 14

L'ATTUAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA AI VARI LIVELLI

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 34

Entro il 1990 gli Stati membri dovranno dotarsi di un sistema di gestione del progresso sanitario, basato sulla realizzazione della salute per tutti, che implichi il coinvolgimento delle comunità e di tutti i settori connessi con la sanità e che assicuri anche la conseguente assegnazione preferenziale di risorse alle priorità dello sviluppo sanitario.

Strategia nazionale:

Pur in mancanza del Piano sanitario nazionale, la programmazione sanitaria è in parte attuata sia attraverso leggi e disposizioni nazionali sia attraverso i Piani sanitari che 11 regioni hanno già approvato.

14.1. Iniziative di carattere programmatorio

A livello nazionale si deve ancora segnalare la mancata approvazione formale del Piano sanitario nazionale, che rimane insostituibile punto di riferimento e momento di aggregazione degli interventi e delle priorità del sistema sanitario, nonché strumento di riequilibrio dei servizi sull'intero territorio nazionale e di qualificazione dell'assistenza.

Sono, però, intervenute nel corso dell'anno numerose iniziative aventi contenuto programmatorio, tra le quali meritano di essere segnalate:

1. la legge 11 marzo 1988, n. 67 (finanziaria 1988). L'art. 20 disciplina un programma pluriennale di interventi nel settore dell'edilizia sanitaria per migliorare la funzionalità delle strutture sanitarie, mediante investimenti a realizzare:

- un processo di riequilibrio territoriale, qualitativo e quantitativo, delle dotazioni sia in senso interregionale sia all'interno delle singole regioni;
- la realizzazione di strutture residenziali per anziani, handicappati e disabili psichici e sensoriali;
- la realizzazione di servizi ambulatoriali in tutte le strutture ospedaliere;
- l'ammodernamento ed il potenziamento tecnologico delle strutture pubbliche, laddove lo stesso si dimostra carente rispetto a quello privato;
- la messa a norma degli impianti tecnologici che rappresentano oggettiva situazione di rischio e l'adozione di misure di contenimento dei consumi energetici.

Il programma è preceduto da una capillare ricognizione sullo stato di consistenza dell'attuale patrimonio immobiliare del sistema sanitario pubblico, che consentirà di conoscere la consistenza, lo stato di conservazione ed il grado di efficienza delle strutture stesse;

2. la legge 8 aprile 1988, n. 109 ed il D.M. 13 settembre 1988. I provvedimenti sono diretti a realizzare un progetto di ristrutturazione funzionale degli ospedali e di rideterminazione degli standard del personale ospedaliero; in particolare dettano disposizioni per la programmazione regionale sulla riorganizzazione dei presidi ospedalieri mediante la definizione di parametri e standard per l'utilizzazione ottimale dei posti letto e l'avvio di un programma di disattivazione, entro un biennio, dei presidi con meno di centoventi posti letto, considerando gli aspetti di disfunzionalità e di diseconomicità gestionale propri delle strutture al di sotto di tale limite. Le strutture dismesse potranno essere riconvertite, al bisogno, in centri di riabilitazione o in residenze sanitarie assistenziali per anziani e disabili non autosufficienti.

Inoltre vengono fornite alla programmazione regionale indirizzi affinché la riorganizzazione ospedaliera sia intesa come momento inscindibile del generale ed unitario disegno di riforma dei servizi sanitari, che coinvolge i servizi di prevenzione collettiva, di assistenza primaria, quelli specialistici e quelli paraospedalieri delle residenze sanitarie assistenziali. In questo processo vengono ribadite le connessioni funzionali dei servizi ospedalieri con quelli territoriali sanitari e sociali specie per quanto attiene la realizzazione dei progetti obiettivo indicati nella legge 23 ottobre 1985, n. 595 (assistenza agli anziani non autosufficienti, ai disabili, ai malati di mente, ai tossicodipendenti, assistenza materno-infantile).

Altri indirizzi organizzativi riguardano il potenziamento delle attività diagnostiche e di accertamento strumentale; l'utilizzo delle grandi attrezzature diagnostiche e terapeutiche; una più alta utilizzazione delle camere operatorie; la contrazione della durata della degenza media.

Tutte le indicazioni e le misure di intervento sono finalizzate ad accrescere la qualità delle prestazioni, a rendere più efficiente l'organizzazione del servizio pubblico, a razionalizzare e contenere i costi di gestione, ad inserire momenti di controllo della qualità dell'assistenza.

14.2. Il documento del Piano sanitario nazionale

Nel corso dell'anno si è concluso il processo che ha portato alla definizione del documento di Piano sanitario nazionale per il trienno 1989-1991 e del disegno di legge sulle norme precettive del Piano stesso predisposto ai sensi della legge 595 del 1988. Il Piano è stato presentato al Consiglio sanitario nazionale a dicembre 1988 ricevendone un parere favorevole con la proposta di inserimento di ulteriori programmi: l'oncologia, la tutela della salute dei lavoratori in ambiente di lavoro, le emergenze sanitarie.

Nella versione presentata al Consiglio, esso risulta articolato in sei parti riguardanti rispettivamente:

- volume 1 'Principi generali';
- volume 2 'I progetti-obiettivo' (tutela della salute degli anziani, prevenzione e cura dell'handicap, tutela della salute mentale, prevenzione e cura delle tossicodipendenze, tutela materno-infantile);
- volume 3 'Le azioni programmate' (lotta all'AIDS, lotta alle malattie cardiovascolari, tutela della salute dei nefropatici cronici);
- volume 4 'Attività di interesse comune a tutti i programmi';
- volume 5 'Linee di indirizzo sulle altre attività a rilievo programmatorio';
- volume 6 'Le indicazioni organizzative, finanziarie e le procedure di attuazione'.

In materia di tutela della salute e di governo della sanità, nel corso del 1988, l'impegno è stato rivolto all'assunzione di iniziative dirette a fornire concrete risposte ai

più sentiti problemi assistenziali della gente e di arrivare all'appuntamento europeo del 1993 con un sistema sanitario pubblico efficiente e competitivo, in grado cioè di fornire con prontezza e proprietà le prestazioni necessarie, impiegando nel modo migliore le risorse disponibili.

In questa ottica va valutato il progetto di riorganizzazione della rete ospedaliera, nella duplice direzione di un effettivo riequilibrio delle dotazione nelle regioni carenti e di eliminazione delle aree di spreco rappresentate dai posti letto inutilizzati e dalle strutture di dimensioni insufficienti, diseconomiche e preoccupanti sotto l'aspetto tecnico-sanitario.

La concretezza dei risultati è assicurata da due misure complementari: il piano straordinario di investimenti per 33.000 miliardi in dieci anni e la rideterminazione degli standard di personale, finalizzata ad assicurare al servizio ospedaliero personale qualitativamente e quantitativamente adeguato.

In sintesi, tutte le iniziative assunte nel corso dell'anno mirano a rendere efficiente e competitivo il Servizio sanitario nazionale, almeno a medio termine.

Ma questa accresciuta efficienza va messa al servizio di un impegno serio a tutela della salute, non più genericamente considerata in tutte le sue possibili valenze operative, ma con priorità e concentrazione di sforzi verso i grandi problemi della nostra società odierna.

A ciò provvede il Piano sanitario nazionale per il triennio 1989-1991, che, come sopra detto, seleziona otto programmi prioritari di intervento, su di essi polarizzando impegni organizzativi e risorse finanziarie aggiuntive a quelle ordinarie del Fondo sanitario. Si tratta di interventi di interesse socio-sanitario relativi alle fasce deboli di popolazione ai quali si aggiungono alcuni programmi specificamente mirati al contrasto di patologie gravi (lotta all'AIDS, lotta alle malattie cardiocircolatorie, che rappresentano la principale causa di mortalità del nostro Paese, nonché la tutela dei nefropatici cronici).

Tutte le misure esaminate testimoniano non già il perseguimento di una semplice politica di contrazione della spesa, bensì la volontà di una forte razionalizzazione e qualificazione dell'assistenza. In altre parole, perseguire la eliminazione degli sprechi e delle spese inessenziali, in cambio di un sostanziale innalzamento della qualità delle prestazioni e di un accrescimento di efficienza e di produttività nel servizio pubblico.

14.3. La programmazione regionale

La programmazione regionale registra, rispetto all'anno 1987, le seguenti modificazioni (tav. 14.1):

- Valle d'Aosta: con legge regionale n. 56 del 17-6-1988 è stato aggiornato il piano di cui alla L.R. n. 66/1983 valido per gli anni 1983-1985;
- Piemonte: con legge regionale n. 50 del 23-12-1988 è stato adeguato il piano approvato con L. R. n. 30 del 15-6-1988;
- Lombardia: lo studio predisposto dall'assessorato nell'anno precedente si è trasformato in una proposta di progetto di legge 'Piano sanitario regionale 1988-1990', approvato dalla Giunta regionale in data 2-8-1988;
- p.a. Bolzano con legge provinciale n. 33 del 18-8-1988 è stato approvato il secondo piano sanitario valido per gli anni 1988-1991;
- Liguria: la proposta di piano della Giunta regionale è all'esame del Consiglio;

Tavola 14.1 - Stato di avanzamento del processo di programmazione sanitaria regionale al 31-12-1988

REGIONE	I Piano sanitario regionale	Proroga I Piano	II Piano
Piemonte	Approv. L.R. n. 66/83 (anni 1982/84)		Approvato L.R. n 59/85 (anni 1985/87) (**)
Valle d'Aosta	Approv. L.R. n. 66/83 (anni 1983/85) (*)		
Lombardia	Proposta Giunta Regionale 2-8-1988		
P.a. Bolzano	Approv L.P. 1/84 (anni 1983/85)	L.P. n. 4/86, n. 3/87, n. 16/87	Approv. L.P. n. 33/88 (anni 1988/91)
P.a. Trento	Prop. Giunta Provinciale del 14-4-1988		
Veneto	Approv. L.R. 13/84 (anni 1984/86)	Pror. autom.	Prop. Giunta Reg. 20-9-1988
Liguria	Esame Consiglio Regionale		
Emilia-Romagna	Approv. L.R. 6/81 (anni 1981/83)	L.R. 16/84	Prop Giunta Reg 2-11-1988
Toscana	Approv. L.R. 70/84 (anni 1984/86)		Studio Assess.
Umbria	Approv. L R. 11/85 (anni 1985/87)		Studio in corso
Marche	Approv. L.R. 37/82 (anni 1982/85)	Pror. autom.	Studio Assess.
Lazio	Studio in corso		
Abruzzo	Esame Consiglio Regionale		
Molise	Proposta Giunta Regionale del 1982		
Campania	Studio Assessorato		
Puglia	Proposta Giunta Regionale		
Basilicata	Studio Assessorato		
Calabria	Studio Assessorato		
Sicilia	Studio Assessorato		
Sardegna	Approv. L.R. 10/85	Pror. autom.	

(*) Modificato con aggiornamenti con L R n 56 del 17-6-88
(**) Prorogato al 31-12-1988 con L R n. 30 del 15-6-1988, modificato con adeguamenti L R n 50 del 23-12-1988

Fonte: Consiglio Sanitario Nazionale.

- Veneto: in data 20-9-1988 la Giunta ha approvato il disegno di legge 'Piano sanitario regionale 1988-1990';

- Emilia-Romagna: lo studio predisposto dall'Assessorato nell'anno precedente si è trasformato in una proposta di progetto di legge per il secondo piano valido per il triennio 1989-1991 presentata dalla Giunta in data 2-11-1988;

- Abruzzo: lo studio predisposto dall'Assessorato nell'anno precedente si è trasformato in una proposta di documento approvato dalla Giunta in data 4-8-1988, che è all'esame del Consiglio.

La tav. 14.2 riporta la situazione relativa alla programmazione ed organizzazione dei servizi socio-assistenziali.

Tavola 14.2 - Leggi regionali sui servizi socio-assistenziali (1972-1988)

REGIONE	Riordino servizi *socio-assistenziali*	Piani *socio-assistenziali* regionali
Basilicata	50/1980	
Calabria	5/1987	
Campania	47/1985	
Emilia-Romagna	2/1985	
Friuli-Venezia Giulia	35/1981	33/1988
Liguria	21/1988	
Lombardia	1/1986	Del. Cons. 871/1987
Sardegna	4/1988	
Sicilia	22/1986	
Toscana	70/1984	
Umbria	29/1982	
Veneto	55/1982 8/1986	

Fonte: Consiglio Sanitario Nazionale.

INDICATORI O.M.S.:

34.01.01A % del prodotto nazionale lordo speso per la sanità.

Per l'Italia: 8,20% nel 1974, 6,40% nel 1985 (O.M.S.), 5,69% nel 1988 (ISIS).

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S.:

A) Uso dell'esperienza di altri settori per l'amministrazione sanitaria;
B) Studio dell'organizzazione dei servizi sanitari;
C) Ricerca intersettoriale.

PAGINA BIANCA

CAPITOLO 15

LA RICERCA BIOMEDICA, SANITARIA E DELLE SCIENZE PSICOSOCIOLOGICHE ED ECONOMICO-AMMINISTRATIVE

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 32:
Entro il 1990 tutti gli Stati membri dovrebbero aver formulato una strategia della ricerca diretta a stimolare ricerche per migliorare ed aumentare le conoscenze necessarie a sostenere il progresso della salute per tutti.

Strategia nazionale:
La proposta di Piano sanitario nazionale prevede che la ricerca si sviluppi secondo precisi indirizzi che vengono individuati, per il Servizio sanitario nazionale, in: epidemiologia, valutazione della qualità degli interventi, organizzazione dei servizi, economia sanitaria, gestione manageriale, formazione del personale ed analisi del rapporto con i cittadini.

Nel 1988 gli impegni di spesa previsti per R&S dalla Amministrazione Pubblica e dalle imprese sono rispettivamente di 7.544 e di 7.550 miliardi di lire, per un totale di 15.094 miliardi, con un incremento nominale del 10,4% rispetto al 1987 ed un incremento reale di oltre il 5%. Gli investimenti dell'Amministrazione Pubblica rappresentano il 51,5% della spesa complessiva rispetto al 48,4% delle imprese. La percentuale del PIL destinata alla ricerca risulta pari all'1,4% contro l'1,3% del 1987. In particolare per le ricerche biologiche e mediche sono stati stanziati nel 1988 oltre 1100 miliardi di lire, ossia una quota pari al 14,6% del relativo settore pubblico. Si registrano, quindi, variazioni inferiori al punto percentuale rispetto all'anno precedente. Nel 1988 la ripartizione del finanziamento per tipologia è: ricerca applicata 41,7%, ricerca di sviluppo 39,9%, ricerca di base 18,3%. Le pubblicazioni scientifiche italiane rappresentavano nei primi anni '80 il 2-2,1% di quelle mondiali; fra queste la medicina clinica e biologica sono aumentate rispettivamente del 47% e del 29% (rispetto agli anni '70), mentre la ricerca biomedica ha fatto registrare una diminuzione del 32%. L'Italia ha raggiunto nel 1985 il totale di 16.595 domande di brevetto; resta però ancora lontana dalle quote dei Paesi più industrializzati. Nell'area dei prodotti farmaceutici si registra nel periodo 1981-1986 l'incidenza relativa più significativa, pari al 3,13% del totale.

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

Istituto Superiore di Sanità (ISS)

L'Istituto Superiore di Sanità ha il compito di coordinamento della ricerca sanitaria finalizzata all'attuazione immediata degli obiettivi del S.S.N. Pertanto si è occupato di progetti integrati (carattere multidisciplinare, collaborazioni con altre

strutture di ricerca) ad elevato contenuto scientifico e di indubbia rilevanza scientifico-sanitaria: 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. Si tratta di un risultato significativo, se si conta che è stato ottenuto a spesa praticamente invariata negli ultimi 3 anni in termini reali. L'evento più significativo è stato senz'altro l'avvio del "programma cooperativo italo-americano sulla terapia dei tumori" (d.l. 443 del 1987, convertito in legge 531 del 1987). A questo scopo è stato varato dall'ISS un progetto nazionale di ricerca con la collaborazione interdisciplinare fra vari laboratori dell'istituto stesso e l'Istituto Regina Elena. Per gli anni 1988-1991 sono previsti finanziamenti per 4 miliardi l'anno ed un ampliamento delle collaborazioni esterne ed internazionali. L'attività del programma è essenzialmente volta a proseguire gli studi del gruppo di Rosenberg (National Cancer Institute, Stati Uniti), per sviluppare approcci alternativi di citochino-immuno-terapia su basi sperimentali rigorosamente controllate, secondo un iter puntualmente verificato.

Oltre a ciò vi sono naturalmente le attività di ricerca connesse con la normale attività dell'Istituto, di controllo e sorveglianza sanitaria. Fra queste vale la pena di menzionarne alcune. Il Centro operativo AIDS effettua speciali indagini epidemiologiche, raccoglie ed elabora dati sullo screening delle donazioni di sangue, coordina il sistema informativo sulla terapia AIDS con ATZ; inoltre ha un gruppo di lavoro virologico che cura gli aspetti scientifici delle infezioni da HIV, è fornito di un centro di documentazione scientifica che offre materiale documentario sulle infezioni da HIV agli operatori sanitari.

Il progetto Monica-O.M.S., cui dal 1983 partecipa anche l'Italia, riguardante l'andamento di alcuni fattori di rischio cardiovascolare, ha permesso tramite lo studio ATS-RF2-OB43 (progetto finalizzato del CNR) di indicare che in Italia il rischio coronarico stimato si è ridotto del 10% tra gli uomini e del 13% tra le donne tra la fine degli anni '70 ed i primi anni '80.

Riguardo agli ormoni ed antiormoni l'ISS svolge una intensa attività tecnica e di consulenza normativa: in seguito a conclusioni dell'ISS è stata promulgata la direttiva CEE del 1985 che a partire dal 1° gennaio 1988 ha bandito l'uso di tutti gli ormoni a scopo anabolizzante.

Per la tomografia NMR l'ISS ha il coordinamento tecnico-scientifico del progetto di ricerca concertata dalla CEE "Identification and characterization of biological tissues by NMR", attivato nel 1984, il cui scopo è la messa a punto di metodologie sia per migliorare l'immagine NMR, sia per valutare il significato clinico e diagnostico del suo contenuto d'informazione anatomica.

Infine la spettroscopia nel vicino infrarosso è una tecnologia sviluppata dall'ISS e dall'Eniricerche per chiarire aspetti della biochimica fisiopatologica, dell'apporto di sangue e di ossigeno al tessuto cerebrale.

Non vanno inoltre dimenticati i centri di collaborazione con l'O.M.S., istituiti presso l'ISS, quali il centro di collaborazione per la sorveglianza delle malattie e quello per la ricerca e l'addestramento in sanità pubblica veterinaria.

Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro (ISPESL)

L'attività di ricerca dell'ISPESL si colloca nell'ambito delle linee tracciate dal piano biennale 1987-1988 approvato dal CIPE e si sviluppa nella rilevazione dei fattori nocivi correlati all'introduzione di nuove tecnologie.

Molteplici sono i campi in cui si è cooperato in collaborazione con istituti universitari: la ricerca su "l'attività lavorativa, tossicodipendenza e sicurezza sul lavoro" svolta in collaborazione con la prima Università di Roma; la ricerca su "analisi e validazione dei metodi psicometrici nello studio del rapporto uomo-ambiente per l'esposizione a neurotossici industriali" (in collaborazione con l'Università di Milano), di cui l'ISPESL aveva il coordinamento nazionale affidatole dall'O.M.S.; la ricerca "danni da extra rumore" (in collaborazione con la prima Università di Roma) un'indagine retrospettiva sulla casistica dei decessi per infortunio sul lavoro in Roma e provincia nel periodo 1960-1979.

I progetti di ricerca finalizzata di particolare significato sono stati: il progetto DIPIA 7.1, volto all'utilizzo di immagini satellitari (satellite Landsat TM), per lo studio qualitativo dei pennacchi termici a mare e della temperatura superficiale del mare; il progetto DIPIA 7.2 per lo sviluppo di indagini previsionali nel campo degli studi di impatto ambientale e di conseguenze di incidenti rilevanti, tramite modelli matematici per la previsione e la gestione di problemi ambientali; il progetto TESAN per lo studio, tramite telerilevazione da satellite, dell'inquinamento atmosferico di origine industriale relativo alle emissioni provenienti dalla centrale termoelettrica dell'ENEL di Turbigo (MI).

Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)

Il CNR nel 1988 ha strutturato, come usualmente, la sua attività su tre livelli.

Il primo è quello dei Progetti Strategici. Nel 1988 sono stati finanziati 11 progetti prioritari, tra cui nel campo sanitario: "Sviluppo di farmaci per l'AIDS" e "Mappaggio e sequenziamento del genoma umano". I dati analitici sono contenuti nella pubblicazione "I progetti strategici del CNR per il 1988", che riporta gli obiettivi e i dati di attività di ciascuno dei progetti strategici.

Il secondo livello è quello dei Progetti d'Interesse Nazionale. Si tratta di progetti che vedono il CNR fortemente impegnato nella gestione, la promozione, il finanziamento e l'esecuzione di progetti di carattere ed 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. In questi rientrano i progetti di: "Medicina nucleare" e "Porto Tolle" (monitoraggio dell'impatto sulle popolazioni della pianura padana dall'avvio della centrale termoelettrica di Porto Tolle).

Il terzo ed ultimo livello è quello dei Progetti Finalizzati. Il lavoro di documentazione su questi progetti è in fase di sviluppo attraverso il programma "Trasferimento delle innovazioni"; sono disponibili i dati fino al 1986. Nel 1987-1988 si è concluso il progetto "Tecnologie biomediche e sanitarie"; sono invece in corso di chiusura i progetti: "Oncologia", "Medicina preventiva", "Malattie da infezione" ed "Ingegneria genetica".

I progetti finalizzati, avendo un costo annuale di 180 miliardi, sono nominalmente pari all'1,1% (180/15.594) di tutti i fondi di ricerca in Italia. Per quanto riguarda infine gli aspetti di maggiore rilevanza di ciascun progetto vi è da dire:

- P.F. "Controllo delle malattie da infezione"

1) nell'ambito del sottoprogetto "Epidemiologia" sono stati messi a punto protocolli di prevenzione delle infezioni ospedaliere nella popolazione ospedaliera generale ed in quelle chirurgica, urologica e di terapia intensiva;

2) nell'ambito dei sottoprogetti "Epidemiologia" e "Chemio-immunoterapia" alcune indagini hanno sostanzialmente contribuito ad indicare le metodologie diagnostiche più utili all'individuazione dei sieropositivi;

3) nell'ambito del sottoprogetto "Chemio-immunoterapia" sono stati conseguiti numerosi risultati: definizione dei protocolli terapeutici con interferone, isolamento di un nuovo retrovirus denominato HTLV-5, scoperta e sintetizzazione di una classe di nuove molecole antivirali capaci di inibire la moltiplicazione di vari virus tra cui quello della febbre suina africana, gli herpesvirus ed i retrovirus, compreso l'HIV;

4) nell'ambito del sottoprogetto "Diagnostica" sono stati messi a punto protocolli diagnostici delle infezioni opportunistiche nei soggetti sottoposti a trapianto d'organo o affetti da AIDS.

- P.F. "Tecnologie biomediche e sanitarie"

Si è articolato nel 1987 in 28 sotto-progetti ripartiti in 4 aree orientate rispettivamente verso:

1) "Tecnologie di rilevamento" prevenzione, diagnostica e monitoraggio;

2) "Tecnologie di intervento" trattamento, sostituzione e riabilitazione;

3) "Qualificazione dei servizi" valutazione, gestione e controllo di qualità;

4) "Area Icaros", destinata allo sviluppo delle tecnologie terapeutiche in cardiologia, inclusa le applicazioni e lo sviluppo del cosiddetto "cuore artificiale".

In termini di produttività sono stati depositati 6 brevetti di invenzione e realizzati 74 "Oggetti", gran parte dei quali trasferiti alle industrie destinatarie. Si sono inoltre prodotti 171 articoli su riviste internazionali e 392 su riviste nazionali.

- P.F. "Ingegneria genetica e basi molecolari delle malattie ereditarie"

Il progetto ha consolidato le acquisizioni degli anni precedenti. La produzione scientifica (pubblicazioni su riviste internazionali) è stata rilevante, così come la presentazione dei risultati in riunioni internazionali. Le acquisizioni più importanti sono:

1) clonaggio ed analisi di geni utili alla salute dell'uomo;

2) caratterizzazione molecolare del danno e delle strutture coinvolte in diverse forme patologiche ereditarie nell'uomo;

3) messa a punto di tecnologie innovative importanti per l'ingegneria genetica applicata ai programmi sanitari.

I principali utenti del progetto finalizzato sono stati l'industria farmaceutica, l'industria diagnostica e vaccinoterapica, nonché il sistema sanitario.

- P.F. "Oncologia"

Ha realizzato, usufruendo di un finanziamento di 22.800 milioni, il primo censimento dei materiali e dei metodi disponibili nei laboratori e nei centri studi italiani per il settore oncologico negli ultimi anni. A fine 1988 è stato raggiunto il totale di 7.273 contributi scientifici: 5.215 pubblicazioni su riviste scientifiche, 2.040 comunicazioni a congressi, 18 libri.

INDICATORI O.M.S.

32.03.01 % della spesa pubblica destinata alla ricerca.

Per l'Italia questo dato è: 1,4% del PIL nel 1988.

PAGINA BIANCA

CAPITOLO 16

INTERVENTI DI EDUCAZIONE SANITARIA A LIVELLO CENTRALE, REGIONALE E LOCALE

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 15:
Entro il 1990 tutti gli Stati membri dovrebbero attuare programmi educativi per sollecitare nella popolazione la conoscenza, le capacità e le necessarie motivazioni intese a preservare la salute.

Strategia nazionale:
L'importanza dell'educazione sanitaria a tutti i livelli trova adeguato spazio nella proposta di Piano sanitario.

Obiettivo specifico (O.S.) europeo n. 16:
Entro il 1995 gli Stati membri dovrebbero avere conseguito notevoli progressi nella diffusione di comportamenti positivi per la salute: alimentazione equilibrata, non fumare, sufficiente attività fisica e buona gestione degli stress.

Strategia nazionale:
Attività in tutti i settori interessanti l'epidemiologia del Paese e di rilevante interesse sociale, aderendo anche ai programmi internazionali quali, per esempio, la lotta contro il cancro e l'AIDS.

Il Servizio sanitario nazionale ha scelto, quale strategia prioritaria di intervento per promuovere la salute, l'educazione sanitaria, intesa come educazione alla salute in senso più ampio, ponendosi l'obiettivo di conseguire una nuova cultura del singolo e della popolazione. Il Ministero della Sanità, tramite la Direzione Generale dei Servizi di Medicina Sociale, svolge funzioni di indirizzo e coordinamento a livello centrale, di emanazione di linee guida, utili quale supporto tecnico metodologico, nei confronti delle regioni e tali da migliorare gradualmente il rapporto tra flussi informativi, ricerca finalizzata ed educazione sanitaria; predispone altresì gli interventi per la formazione e l'aggiornamento degli operatori socio-sanitari presenti nel Servizio sanitario nazionale e quelli della Scuola e del Volontariato.

Punti critici emergenti:

- la mancanza a livello centrale di un collegamento adeguato fra le varie Direzioni e Servizi;

- la mancata formalizzazione di un interlocutore unico a livello centrale che coordini e dia omogeneità, organicità e coerenza non solo alle attività messe in atto dalle varie Direzioni e Servizi del Ministero, ma anche a quelle degli Organi ad esso collegati (regioni e USL) e con esso rapportati a livello nazionale ed internazionale;

- la persistenza a livello regionale e locale di un'organizzazione inadeguata rispetto ai compiti trasversali, impegnativi e complessi che l'educazione sanitaria impone;

- la mancanza di un coordinamento fra istituzioni sanitarie e scolastiche a livello centrale, regionale e locale;

- la inadeguatezza del coinvolgimento;

- carenza di coordinamento tra le associazioni di volontariato e le istituzioni di volontariato (art. 45 della legge 833/78).

Nel 1988 il Ministero della Sanità ha assunto le seguenti iniziative:

a) nell'ambito del "Piano Infanzia", la produzione e la distribuzione da parte della Direzione Generale dei Servizi di Medicina Sociale di tre programmi audiovisivi, spots televisivi, opuscoli e manifesti su temi di interesse materno-infantile: il maltrattamento, l'obesità, le vaccinazioni contro le malattie infettive;

b) la campagna pubblicitaria AIDS curata dalla Commissione nazionale (costo lire 20 miliardi) così articolata:

- spots televisivi e spots sulla stampa;
- informazione volta a omosessuali e a tossicodipendenti;
- informazione a medici ed altre categorie di operatori sanitari anche attraverso la produzione di videocassette;
- realizzazione di una lettera informativa con allegato opuscolo diretti a tutte le famiglie italiane, prodotti in oltre 20 milioni di copie;

c) la campagna di educazione alimentare e di informazione del consumatore, conformemente alla legge 7-8-1986, n. 462 - art. 14, comma 1 curata dalla Direzione Generale per l'Igiene degli Alimenti e la Nutrizione.

Si rileva, inoltre, che sono tuttora in atto le seguenti iniziative.

È in funzione la "Nastroteca Sanitaria", un servizio di informazione, per via telefonica realizzato in collaborazione con la SIP (il cittadino tramite il numero 1661 attivo nelle 24 ore può ottenere spiegazioni o indicazioni su argomenti sanitari). Entrato in funzione nella rete di Roma nel 1984, a tutt'oggi è attivo in 31 località capoluoghi di provincia.

Iniziativa analoga è quella del videotel RAI, attivo già dal 1986.

Si ricorda ancora il "telefono verde AIDS".

Tra le iniziative intraprese nel campo dell'educazione sanitaria a livello centrale si cita la pubblicazione "Linee guida per una sana alimentazione", curata dall'Istituto Nazionale della Nutrizione con il patrocinio del Ministero dell'Agricoltura, con il quale si intende, attraverso 23 mila medici di base, raggiungere 4 milioni di famiglie italiane.

Per quanto riguarda il livello regionale e locale si rileva che non esiste allo stato attuale una fonte documentale unica da cui attingere le informazioni su tutte le singole iniziative di educazione sanitaria oggi svolte sul territorio, oltre che dall'Amministrazione centrale, anche da istituzioni, enti ed associazioni, sia professionali che di volontariato.

I dati e le informazioni che di seguito si riportano si riferiscono a programmi avviati da alcune regioni italiane nell'anno 1988.

Friuli-Venezia Giulia

L'USL n. 9 (Sanvitese) dal gennaio 1988 ha intrapreso un programma di sensibilizzazione riguardo ai tumori femminili indirizzando la sua opera a donne dai 25 ai 75 anni. Alla stessa data è stato avviato un programma di prevenzione sugli incidenti pediatrici.

Liguria

Numerose le iniziative avviate nel 1988:

- in collaborazione con l'Istituto Gaslini è stato prodotto l'opuscolo "Il consiglio preconcezionale";

- in collaborazione con l'Istituto d'Igiene dell'Università di Genova stato stampato un opuscolo relativo alle infezioni in gravidanza;

- sono stati predisposti corsi per operatori USL sull'AIDS (in collaborazione con l'Università);

- in collaborazione con l'Istituto Tumori si è dato via ad un'opera di prevenzione da: tabagismo, tumori cutanei, rischi derivanti dalla lavorazione in aziende artigiane;

- in collaborazione con le associazioni di volontariato hanno preso il via interventi rivolti alla formazione di una conoscenza di problemi legati agli handicaps, al diabete, all'epilessia e alla donazione di organi.

Umbria

La regione, con la collaborazione del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia, ha organizzato, in occasione della giornata mondiale contro l'AIDS, una mostra convegno sulle iniziative e sui materiali informativi ed educativi realizzati nel nostro Paese.

Sempre nell'anno 1988 il SEDES (Servizio di documentazione e produzione di sussidi didattici per i programmi di educazione sanitaria) ha effettuato un'indagine nelle 12 USL umbre volta a rilevare la situazione in cui queste versano per assetto organizzativo e metodologie d'intervento relative all'educazione sanitaria: 11 USL su 12 hanno fatto in media più di tre interventi di educazione sanitaria nelle scuole. In totale nel 1987-1988 gli interventi sono stati 40.

INDICATORI O.M.S. (per l'O.S. n. 15):

15.02.01A Alfabetizzazione degli adulti, tasso % (Indicatore mondiale n. 12).

Per l'Italia questo valore era: 95,00 nel 1980 e 97 nel 1985 (Fonte: N.U.).

15.05.01A % di popolazione di età superiore a 15 anni con scolarità primaria.

Italia: 97 per cento (1985) (Fonte: N.U.).

15.05.02A % di popolazione di età superiore a 25 anni con scolarità secondaria.

Italia: 15 per cento (1982) (Fonte: N.U.).

15.05.03A % di popolazione di età superiore a 15 anni con scolarità post-secondaria.

Italia: 2 per cento (1982) (Fonte: N.U.).

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S (per l'obiettivo specifico n. 15):

A) Luoghi, persone e temi per l'educazione sanitaria;
B) Ostacoli all'educazione sanitaria;
C) Educazione sanitaria nel quadro dell'assistenza sanitaria.

INDICATORI O.M.S. (per l'O.S. n. 16):

16.01.01A Consumo annuale di tabacco per persona, in kg 1,76 (1987).

Italia: 1,67 (1987) (Fonte: Monopolio dello Stato).

16.01.02A Consumo annuale di sigarette per persona, in unità.

Per l'Italia: 1.662,39 nel 1976, 1.976,58 nel 1985 (Fonte: Monopolio dello Stato).

16.02.01A % di non fumatori tra la popolazione.

Italia: 61,5% nel 1986 e 65,3% nel 1987 (Fonte: Monopolio dello Stato).

16.02.02A % di forti fumatori di sigarette tra la popolazione (coloro che fumano più di 30 sigarette al giorno).

Italia: 3,3 per cento (1986) (Fonte: ISTAT).

16.03.01A Quantità media giornaliera di calorie.

Per l'Italia: 3.496,70 nel 1970 e 3.493,20 nel 1985 (Fonte: N.U.).

16.03.02A Quantità media giornaliera di proteine, in grammi.

Per l'Italia: 97,80 nel 1970, 103,3 nel 1985 (Fonte: N.U.).

16.03.03A Quantità media giornaliera di lipidi, in grammi.

Per l'Italia: 121,40 nel 1970, 142,70 nel 1985 (Fonte: N.U.).

16.03.05A % di energia derivata dall'apporto lipidico.

Per l'Italia: 31,25 nel 1970, 36,77 nel 1985 (Fonte: N.U.).

16.04.01A % di neonati con peso di 2500 gr. o più.

Per l'Italia: 89,00 nel 1979, 93,30 nel 1982 (Fonte: N.U.).

16.08.01 % della popolazione oltre i 15 anni che non ha mai fumato.

Italia: 56,7 (1987) (Fonte: ISTAT).

Altri indicatori consigliati:

- 16.03.04A Quantità media giornaliera di carboidrati, in grammi;
- 16.04.00A % di bambini con peso 80-120% rispetto ai valori di riferimento;
- 16.05.01A % di bambini con peso inferiore dell'80% rispetto ai valori di riferimento;
- 16.05.02A % di bambini con peso inferiore del 120% rispetto ai valori di riferimento;
- 16.06.01 % di bambini allattati al seno a tre mesi;
- 16.06.02 % di bambini allattati al seno a sei mesi;
- 16.07.01 Attività fisica volontaria, minuti giornalieri per persona;
- 16.08.02 % della popolazione che ha smesso di fumare negli ultimi 2 anni;
- 16.08.03 % della popolazione che ha ridotto il fumo negli ultimi 2 anni.

RICERCHE PROPOSTE DALL'O.M.S. (per l'obiettivo specifico n. 16):

A) Comportamenti favorevoli alla salute;

B) Ricerche per definire che cosa si intenda per salute positiva;

C) Analisi degli ostacoli sociali per l'adozione di stili di vita sani;

D) Ricerche sulle fonti di stress sul lavoro ed in altri settori della società.