

## CAPITOLO 7

### “LE ALTRE STRUTTURE DI INTERVENTO PUBBLICHE E PRIVATE IN CAMPO SANITARIO E SOCIALE”

#### 7.1 Il Servizio Sanitario Militare

##### 7.1.1 Le strutture

Gli enti sanitari preposti allo svolgimento delle attività istituzionali svolte dal Servizio Sanitario Militare sono:

- N. 22 Ospedali dell'Esercito
- “ 2 Ospedali Militari della Marina (ospedali principali)
- “ 5 Infermerie Autonome della Marina (ospedali secondari)
- “ 3 Istituti Medico Legali dell'Aeronautica
- “ 3 Infermerie presidiarie dell'Aeronautica
- “ 300 circa Enti Sanitari territoriali - infermerie di corpo, sale mediche, posti di pronto soccorso
- “ 4 Banche del Sangue

La Sanità Militare gestisce inoltre uno Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare, con sede a Firenze, per la produzione e confezione dei specifici prodotti farmaceutici predisposti ad hoc per le esigenze delle Forze Armate.

I dati sull'attività assistenziale non presentano significative variazioni rispetto all'anno '88:

- 7.409 posti letto (elevabili a 8.550);
- 448.700 ricoveri (92 per cento truppa, 6 per cento sottufficiali, 2 per cento ufficiali), totale comprensivo dei ricoveri per accertamenti medico-legali;
- degenza media 4,9 giornate.

### 7.1.2 Dati epidemiologici sulla salute nelle Forze Armate

Confermando l'andamento degli anni precedenti, le malattie a trasmissione aerogena risultano le patologie infettive a più alta incidenza nella popolazione militare come risulta dalla tavola 7.1.

**Tavola 7.1 - Distribuzione delle malattie infettive nelle Forze Armate  
Anno 1989**

Malattie	Esercito	Marina	Aereonautica	Totale
Varicella	4.765	475	348	5.588
Morbillo	1.296	92	60	1.448
Rosolia	1.068	83	79	1.230
Scarlattina	N.C.	0	2	2
T.B.C.	23	2	3	28
Meningite cse	4	0	4	8
Meningite altra nat.	3	0	0	3
Mononucleosi	74	6	13	93
Tifo	4	2	2	8
Paratifo	0	0	1	1
Salmonellosi	65	9	10	84
Epatite Virale A	4	1	N.C.	5
Epatite Virale B	56	10	N.C.	66
Epatite Virale NonAnonB	3	7	N.C.	10
Epatite Virale n. s.	57	0	18	75
Brucellosi	6	0	1	7
Sifilide	23	1	4	28
Blenorragia	19	6	0	25
Morsicature	N.C.	0	1	1
Scabbia	77	4	1	82
Pediculosi	95	5	9	109
Altre	26	23	38	87
<b>Totale</b>	<b>7.668</b>	<b>703</b>	<b>556</b>	<b>8.901</b>

N.C = Dati non rilevati

*Fonte: Ministero della Difesa - Direzione Generale della Sanità Militare*

Più specificamente tra le malattie esantematiche si segnalano in incremento la rosolia e la varicella, ed in sostanziale stabilizzazione il morbillo. L'incidenza di queste malattie nell'ultimo quinquennio (tavola 7.2) rispetta il carattere ciclico proprio delle affezioni epidemiche esantematiche.

**Tavola 7.2 - Distribuzione delle malattie infettive nelle Forze Armate - Anni 1985-89**

Malattie	1985	1986	1987	1988	1989
Varicella	5.630	5.637	5.274	4.660	5.588
Morbillo	1.453	500	234	1.597	1.448
Rosolia	2.699	172	751	879	1.230
Scarlattina	69	55	2	3	2
T.B.C.	40	44	35	37	28
Meningite cse.	52	21	17	4	8
Meningite altra natura	n.r.	n.r.	3	6	3
Mononucleosi	66	n.r.	60	74	93
Tifo	n.r.	2	4	4	8
Paratifo	11	1	1	2	1
Salmonellosi	113	n.r.	115	43	84
Epatite virale A	n.r.	n.r.	14	21	5
Epatite virale B	n.r.	n.r.	55	66	66
Epatite virale non-A non-B	n.r.	n.r.	9	14	10
Epatite virale non spec.	276	177	83	45	75
Brucellosi	5	9	7	2	7
Sifilide	79	33	26	22	28
Blenorragia	113	99	46	27	25
Morsicature	n.r.	n.r.	7	8	1
Scabbia	63	101	74	81	82
Pediculosi	243	179	208	164	109
Sieropositivi HIV	10	15	100	52	32
LAS	10	32	45	28	33
ARC	1	3	3	5	9
AIDS	0	0	0	0	1

Nota: n.r. = dati non rilevati

Fonte: Ministero della Difesa - Direzione Generale della Sanità Militare

Le forme di epatite virale (fino al 1987 non distinte nelle varie forme) riscontrate in ambito militare, nel loro complesso, non hanno presentato sensibili variazioni di incidenza risultando tuttavia apprezzabile il decremento dell'epatite A a testimonianza dell'attenta sorveglianza igienico-sanitaria sull'ambiente e sul confezionamento degli alimenti e dell'impegno ad una diffusa informazione preventiva a cura degli ufficiali medici.

I dati annuali sui casi di infezione da HIV accertati in ambito militare ripropongono la tendenza riscontrata nel 1988 con riduzione del fenomeno nella sua globalità; meritevole d'attenzione l'incremento dei casi Aids Related Complex (ARC).

### *Prospettive*

A fronte degli accresciuti standards assistenziali richiesti e dei maggiori compiti affidati alla Sanità Militare, si è reso necessario compensare in parte l'inadeguatezza dell'organico del personale sanitario (medico e paramedico) tramite convenzione con medici, psicologi, biologi e odontoiatri civili.

Sia il progetto di legge sulla riforma della Sanità Militare, in avanzata fase di esame in Parlamento, sia il progetto di costituzione di un nuovo Ruolo Tecnico-Sanitario (composto da Ufficiali, Biologi, Psicologi, Odontoiatri) dovrebbero porre le basi per l'auspicato potenziamento delle risorse e degli standards assistenziali, anche in prospettiva di una sempre più stretta collaborazione con le Cliniche Universitarie e dell'integrazione con il Servizio Sanitario Nazionale.

## **7.2 La Sanità negli Istituti di pena**

### **7.2.1 Strutture, risorse e dati epidemiologici**

Per garantire alla popolazione detenuta una assistenza sanitaria analoga, per quanto possibile, a quella assicurata al cittadino libero l'Amministrazione penitenziaria si avvale dei "medici incaricati" (previsti dal 1° comma dell'art. 1 della Legge 9/10/1970, n. 740), di professionisti addetti ai servizi specialistici e al servizio di guardia medica nonché di personale paramedico.

L'attività di assistenza sanitaria prestata nelle carceri si articola in 4 servizi: la medicina generale, la medicina specialistica, il servizio integrativo di guardia medica e il servizio parasanitario.

#### *1) Servizio di medicina generale*

E' affidato ai medici incaricati che svolgono funzioni analoghe a quelle svolte dal medico di base nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Dei 325 medici incaricati previsti ben 198 sono attualmente in servizio con la qualifica di "provvisori" ai sensi dell'art. 50 della legge citata. Tale situazione verrà sanata con l'espletamento dei concorsi previsti dalla Legge di sanatoria del 19/3/90, n. 50.

L'attuale organico dei medici incaricati non appare comunque sufficiente a fronteggiare le esigenze sanitarie della popolazione detenuta anche in considerazione delle accresciute e specifiche incombenze derivanti dalla legge di riforma dell'ordinamento penitenziario e dalla Legge 663/86 che fanno capo al medico incaricato. Il DDL di modifica della Legge 740/70 predisposto dalla Direzione Generale per gli istituti di prevenzione e pena prevede, infatti, tra l'altro, un aumento dell'organico dei medici incaricati di 25 unità. L'Amministrazione, per garantire ai detenuti una adeguata assistenza sanitaria, si avvale inoltre della collaborazione di medici "parcellisti", ovvero di liberi professionisti retribuiti in base al numero di visite mediche effettuate, ruolo che dovrebbe poi essere assorbito dall'auspicato incremento nell'organico dei medici incaricati.

#### *2) Servizio sanitario di medicina specialistica*

E' affidato a specialisti dipendenti dalle UU.SS.LL. o, in caso di impossibilità, di convenzionarsi con le Unità Sanitarie, a liberi professionisti muniti di idoneo titolo di specializzazione.

L'attivazione delle varie branche specialistiche presso gli Istituti di Pena è condizionata, evidentemente, dalla capienza dell'Istituto, dalla presenza media dei detenuti e dalle eventuali difficoltà di collegamento con i presidi pubblici esterni tenuti ad integrare l'attività del Servizio Sanitario Penitenziario (Legge 354/75 e D.P.R. 431/76).

Presso i Centri Diagnostici Terapeutici - strutture penitenziarie organizzate su di un modello ospedaliero - sono attuate in genere tutte le 37 branche specialistiche previste dalla medicina intramuraria.

La maggior parte di tali branche è attivata pure presso i grandi Istituti di pena, mentre negli altri Istituti sono rappresentate solo quelle branche specialistiche che maggiormente rispondono alle esigenze sanitarie della popolazione detenuta.

Negli istituti dotati di sezioni di massima sicurezza, infine, si tende a prevedere la presenza di ogni branca specialistica al fine di contenere, per quanto possibile, l'invio di detenuti ad alto indice di pericolosità presso le strutture pubbliche esterne.

Nell'anno 1989 le convenzioni attivate per le varie branche specialistiche ammontano a 1.551, di cui 137 stipulate con le UU.SS.LL..

### *3) Servizio integrativo di assistenza sanitaria - Guardia Medica*

E' affidato a liberi professionisti che stipulano apposite convenzioni con l'Istituto di pena. E' destinato, in linea generale, a garantire gli interventi sanitari di urgenza. L'attivazione del servizio può essere limitata ad alcune ore della giornata (prevalentemente quelle notturne, nelle quali più frequentemente avvengono episodi di autolesionismo o sopraggiungono crisi di ansia) ovvero, negli istituti più grandi, può coprire l'intero arco delle 24 ore.

Nell'anno 1989 sono stati effettuati, presso alcuni Istituti, aumenti del monte ore concesso, con un incremento complessivo di 73 ore giornaliere di Guardia Medica per i giorni feriali, mentre per i giorni festivi quasi ovunque è autorizzato il servizio continuativo.

I professionisti a cui è affidato il servizio integrativo - Guardia Medica ammontano a 1.072 unità per un totale di 3.085 ore autorizzate per i giorni feriali e 4.384 per i giorni festivi.

### *4) Servizio parasanitario*

Comprende il personale infermieristico, in ordine al quale si registrano gravissime carenze, e il personale tecnico (di radiologia, di FKT, di laboratorio).

Il numero degli infermieri e dei tecnici di ruolo in servizio, rispettivamente 336 e 43 su un organico di 800 e 85 unità, non ha subito grosse variazioni mentre quello a rapporto libero professionale registra una flessione rispetto all'anno precedente dovuta anche alla chiusura di alcuni Istituti.

Presso alcuni Istituti, ritenuti idonei per la loro ubicazione, sono in funzione i Centri Diagnostici Terapeutici organizzati per la effettuazione di particolari indagini diagnostiche che richiedono un tempo di degenza nonchè per l'esecuzione di alcuni interventi chirurgici. Tali centri sono ubicati presso gli Istituti di: Torino, Milano, Genova, Parma, Pisa, Perugia, Roma "Regina Coeli", Napoli, Bari, Palermo, Messina, Cagliari e Sassari.

Alcuni di questi centri vantano una buona operatività; in altri, l'attività e gli interventi sono limitati soprattutto dalla carenza di personale parasanitario o dalla difficoltà di reperire équipes chirurgiche disponibili ad operare in ambito penitenziario.

Poichè essi costituiscono una valida alternativa intramurale all'invio dei ristretti presso luoghi esterni di cura, l'Amministrazione tende al progressivo potenziamento di tali

strutture, in modo da limitare l'impiego di agenti nei piantonamenti nonché di contenere i disagi derivanti alle strutture pubbliche dalla presenza di detenuti.

Considerato che negli Istituti di Prevenzione e Pena non potranno comunque essere affrontate patologie che richiedono interventi altamente specialistici, quali ad esempio l'AIDS, l'Amministrazione auspica che presso i grossi presidi ospedalieri siano realizzate apposite sezioni attrezzate per la custodia dei detenuti.

Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari sorgono a Barcellona Pozzo di Gotto, a Napoli, ad Aversa, a Montelupo Fiorentino e a Reggio Emilia.

A Castiglione delle Stiviere, presso la locale struttura ospedaliera, sono ospitati, in base ad apposita convenzione con la USL di Mantova, fino a 400 internati.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria negli ospedali psichiatrici giudiziari, ci si avvale di 23 medici di ruolo nonché di medici specialisti in psichiatria, convenzionati con l'Amministrazione sulla base di un rapporto libero professionale. Per l'assistenza sanitaria di base l'organizzazione si rifà alle modalità già in uso presso gli altri Istituti, con particolare attenzione alla assistenza medica e paramedica continuativa che viene assicurata anche a mezzo di più unità che agiscono contemporaneamente.

Per quanto riguarda la programmazione sanitaria, si è proceduto ad una esatta rilevazione delle caratteristiche degli Istituti, con particolare riferimento alla loro capienza e alla tipologia della popolazione ivi ristretta, al fine di conoscere l'entità dei bisogni di ciascuno e procedere quindi ad una strutturazione del servizio sanitario che sia rispondente alle necessità, limitando, nel contempo, inutili sprechi di risorse economiche.

Nell'ambito di tale programmazione viene valutata la possibilità di aumentare la dotazione, peraltro già cospicua, di attrezzature sanitarie.

Per quanto attiene al Servizio farmaceutico, è stata istituita, presso la Casa Circondariale di Bari, la farmacia centrale degli Istituti di Prevenzione e Pena che provvede all'acquisto di tutti i farmaci ad azione stupefacente.

Gli Istituti, previa autorizzazione da parte dell'ufficio competente, provvedono a richiedere tali prodotti farmaceutici alla farmacia di Bari, mentre si approvvigionano di tutti gli altri farmaci presso le ditte produttrici.

Ogni istituto è tenuto a registrare i medicinali in carico e scarico curando la rispondenza periodica tra farmaci usati, giacenze e dotazioni. La custodia dei medicinali è affidata alle responsabilità del medico incaricato.

Queste infine le patologie più frequentemente registrate nella popolazione carceraria:

- Patologie ortopediche e traumatologiche
- Patologie relative all'AIDS (\*)
- Patologie cardio-vascolari
- Patologie gastro-enteriche ed epatiche
- Patologie neuropsichiatriche

---

(\*) Per la trattazione dei dati relativi all'AIDS e alle tossicodipendenze in ambiente carcerario si rimanda ai relativi paragrafi contenuti in altri capitoli della presente relazione.

Per quanto riguarda la popolazione degli istituti penali minorili, l'anno 1989 conferma l'ottimo stato sanitario già esistente: ciò è confortato anche dal basso indice di morbilità tra i minori che vi sono stati ristretti. L'amministrazione competente sembra aver posto particolare cura nell'assicurare l'osservanza delle necessarie norme igienico-sanitarie soprattutto in quei locali ove viene confezionato il vitto dei minori, vitto che corrisponde alle previste tabelle vittuarie approvate con specifico D.M. Una rappresentanza dei detenuti esercita il controllo sulla preparazione e sulla corretta applicazione delle tabelle anzi dette. Le stesse corrispondono per qualità, quantità e varietà alle reali esigenze di crescita degli adolescenti e sono adeguate ai mutamenti stagionali.

I periodici sopralluoghi, effettuati da funzionari degli Uffici addetti garantiscono una verifica continua dello stato igienico-sanitario complessivo delle strutture.

Ogni istituto ha a disposizione uno o più sanitari che provvedono a sottoporre ad accurata visita medica ogni minore all'atto dell'ingresso in istituto ed ogni qualvolta se ne presenti la necessità.

A tutti i minori vengono praticati, all'atto della prima visita medica, gli esami clinici di routine e ad ogni altro accertamento di carattere specialistico eventualmente necessario.

Il sanitario è tenuto inoltre ad esercitare un'assidua opera di vigilanza sull'igiene delle cucine e degli alimenti, sull'approvvigionamento idrico delle acque potabili, sullo smaltimento delle acque di rifiuto, sui servizi di lavanderia, sui locali e sui laboratori delle strutture.

L'assistenza paramedica, negli istituti penali minorili, è assicurata da infermieri professionali retribuiti a parcella, forniti dalle UU.SS.LL. o da altri Enti pubblici per un numero di ore giornaliere proporzionale al numero dei minori mediamente presenti.

In ogni istituto è previsto e funziona un ambulatorio attrezzato e fornito di tutto il necessario per fronteggiare le urgenze, mentre per le affezioni per le quali non è opportuno nè possibile curare all'interno, si ricorre alle strutture ospedaliere esterne.

Inoltre, all'interno di ogni istituto, vengono attivati programmi di animazione sportiva, ricreativa e culturali finalizzati ad offrire ai giovani ospiti, attraverso tali attività, una educazione psico-fisica determinante, in un momento particolarmente delicato, per la loro crescita.

La normativa sul processo penale minorile, entrata in vigore nell'ottobre 1989, ha prodotto una sensibile diminuzione delle presenze negli istituti penali minorili con un totale di 4.969 entrate contro le 6.591 del 1988.

Successive disposizioni hanno contribuito a rendere più capillare l'intervento sanitario, finalizzandolo non soltanto alla diagnosi e cura delle affezioni riscontrate, ma anche, e soprattutto, alla prevenzione attraverso un completo check-up.

Nel contempo la nuova normativa ha introdotto una diversa organizzazione dei servizi minorili con l'istituzione di 24 Centri di Prima Accoglienza nei quali vengono accolti i minori arrestati o fermati fino all'udienza di convalida del fermo.

Anche in questi ultimi servizi l'assistenza sanitaria viene assicurata con le stesse modalità degli istituti penali minorili.

Già da qualche anno infine il problema che desta maggiore preoccupazione è rappresentato dal costante aumento delle presenze, nelle strutture penali minorili, di giovani extracomunitari, soprattutto nordafricani, con risvolti anche sul piano sanitario: un fenomeno che ha provocato problemi sia di tipo organizzativo quali vitto differenziato, necessità di impartire una vera e propria educazione igienico sanitaria, sia di tipo prettamente sanitario.



### 7.3 La Sanità nelle Ferrovie dello Stato

Il Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato è nato dalla fusione delle singole organizzazioni sanitarie già esistenti presso le società ferroviarie. Infatti il D.R. 16/6/1905 n. 259 aveva stabilito la costituzione di vari servizi dell'Amministrazione Autonoma delle Ferrovie dello Stato.

La legge 7 luglio 1907 n.429, relativa all'ordinamento dell'esercizio di Stato delle Ferrovie non concesse ad imprese private aveva attribuito al servizio sanitario (art. 82) alcune funzioni che si possono schematicamente così raggruppare: accertamenti sanitari; assistenza medico chirurgica; igiene ferroviaria; profilassi antimalarica uno dei vanti dell'attività del servizio sanitario delle ferrovie.

Dal 1907 ad oggi si è assistito ad una evoluzione dei compiti istituzionali descritti dalla legge istitutiva quali ad esempio: riorganizzazione del servizio di Pronto Soccorso, medicina preventiva di tipo secondario nei confronti dei ferrovieri, interventi d'igiene industriale. Infine dagli anni '70 in poi si è ulteriormente sviluppato un programma all'interno del Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato di attività di medicina del lavoro e di medicina preventiva grazie ad una serie di norme (tavola 7.3) nelle quali viene sancita da una parte la esclusiva competenza ferroviaria nel determinare le dimensioni della propria organizzazione sanitaria in rapporto alla evoluzione tecnico-ferroviaria e socio-sanitaria del Paese, mentre dall'altra viene caratterizzata la particolarità della funzione ferroviaria che deve esplicarsi sempre in regime di sicurezza e regolarità dell'esercizio.

---

#### Tavola 7.3 - La Sanità nelle Ferrovie dello Stato: le fonti legislative

---

D.R. 15 giugno 1905 n. 259	Stabilisce la costituzione di vari Servizi dell'Amministrazione autonoma delle F.S., tra i quali il Servizio V, cioè il Servizio Sanitario.
Legge 7 luglio 1907 n. 429	<i>Ordinamento dell'esercizio di Stato delle Ferrovie non concesse ad imprese private.</i> Descrive - all'art. 82 - compiti e funzioni del Servizio, indicandone anche le strutture operative.
D.P.R. 27 aprile 1955 n. 547	<i>Norme di prevenzione degli infortuni sul lavoro.</i> Stabilisce che la prevenzione di infortuni negli impianti delle F.S. venga disciplinata da appositi provvedimenti.
D.P.R. 19 marzo 1956 n. 303	<i>Norme generali per l'igiene del lavoro.</i> L'art. 63 prevede che l'amministrazione delle F.S. provveda con propri organi tecnici e ispettivi alla vigilanza per l'applicazione delle norme all'interno degli impianti ferroviari.

Legge 30 aprile 1965 n. 1124	<p><i>Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali.</i></p> <p>L'art. 127 stabilisce che i dipendenti delle F.S. non sono assicurati presso l'INAIL e che nei loro confronti l'Azienda F.S. agisce come Ente assicuratore.</p>
Legge 26 aprile 1974 n. 191	<p><i>Prevenzione degli infortuni sul lavoro nei servizi e negli impianti gestiti dall'Azienda Autonoma Ferrovie dello Stato.</i></p> <p>Stabilisce come e attraverso quali organi aziendali deve essere attuata la prevenzione.</p>
Legge 31 ottobre 1977 n. 835	<p><i>Non applicabilità al personale navigante di ruolo nelle F.S. delle norme riguardanti l'idoneità fisica d e l l a gente di mare.</i></p> <p>Agli accertamenti periodici di idoneità fisica provvede, anche in questo caso, la stessa Azienda F.S. attraverso la propria organizzazione sanitaria.</p>
Legge 23 dicembre 1978 n. 833	<p><i>Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.</i></p> <p>All'art. 6, punto "Z", viene definita l'autonomia del Servizio Sanitario F.S. rispetto al SSN.</p>
Legge 17 maggio 1985 n. 210	<p>Ribadisce - all'art. 24 - che il Servizio Sanitario continua ad esercitare il controllo sul personale e sull'ambiente di lavoro, secondo quanto disposto dall'art. 6 della Legge 833</p>

---

L'organizzazione del Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato si incentra su un organigramma del tutto simile, a livello organizzativo, a quello degli altri servizi dell'Azienda, nel rispetto del disposto generale dettato dal D.P.R. 748/1972 recante norme sulla ristrutturazione della Pubblica Amministrazione.

Il Servizio Sanitario si presenta in un insieme di Uffici Centrali e Periferici, compartimentali, attraverso i quali globalmente l'Azienda delle Ferrovie dello Stato esercita l'azione sanitaria, in tutto il suo complesso, nei confronti dei dipendenti ferroviari.

A tutti gli Uffici, sia centrali che periferici, è riconosciuta una competenza generale con la sola differenza che la competenza degli Uffici Centrali è a carattere nazionale mentre per i secondi la competenza è limitata alle circoscrizioni dei compartimenti ferroviari che sono sostanzialmente regionali.

Tuttavia i limiti delle singole aree di competenza non sono da considerare netti o decisamente delineati, presentando tutti momenti di connessione pluriarticolati.

Il Servizio Sanitario Ferroviario, alla cui dirigenza sono preposti un dirigente generale ed un ispettore generale capo è costituito da quattro Uffici Centrali e diciotto Uffici Sanitari Compartimentali ubicati nelle varie regioni.

Dai quattro Uffici Centrali dipendono complessivamente 5 Divisioni, 8 Sezioni, 13 Reparti, nonché 2 Centri Medici Intercompartimentali di Roma Prenestina e Verona e 3 Officine Intercompartimentali.

Dagli Uffici Sanitari Compartimentali dipendono complessivamente 25 sezioni, 46 reparti, gli ambulatori ed i poliambulatori.

La consistenza del personale dipendente é complessivamente di 1.267 unità di cui 253 dislocate nella Sede Centrale e 1.014 nelle Sedi periferiche (tavola 7.4)

---

**Tavola 7.4 - Ripartizione del personale di ruolo delle Ferrovie dello Stato nelle varie categorie di appartenenza - Anno 1989**

---

<b>Per la Sede Centrale</b>	<b>N.</b>
- Dirigente generale	1
- Ispettore generale capo	1
- Dirigenti superiori e primi dirigenti	8
- Personale direttivo	14
- Personale di concetto	77
- Personale paramedico	31
- Personale esecutivo	80
- Personale ausiliario	41
<b>Totale</b>	<b>253</b>

---

<b>Per i 18 Uffici Sanitari Compartimentali</b>	
- Dirigenti superiori e primi dirigenti	17
- Personale direttivo	34
- Personale di concetto	181
- Personale paramedico	46
- Personale esecutivo	593
- Personale ausiliario	143
<b>Totale</b>	<b>1.014</b>

---

*Fonte: Ente Ferrovie dello Stato - Servizi Sanitari*

---

I servizi sanitari dell'Azienda Autonoma delle Ferrovie dello Stato sono esplicitati da funzionari medici di ruolo delle Ferrovie dello Stato e da medici denominati fiduciari incaricati ai sensi delle norme del codice civile riguardanti le prestazioni di opera intellettuale, i quali non hanno qualità d'impiegati.

Nel 1989 i medici fiduciari sono stati complessivamente 1.560 distinti in: 229 medici consulenti, 67 medici specialisti, 1.116 medici di reparto, 148 medici aiuto.

Le mansioni svolte dai medici fiduciari dell'Azienda rientrano nelle finalità previste dall'art.6, punto Z, della Legge n.833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.

Un'idea della complessità del lavoro che il Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato svolge nell'ambito aziendale mediante moderne e sofisticate strutture è riportato nelle

tavole 7.5 per quanto riguarda l'attività della Sede Centrale, e 7.6 per l'attività svolta dagli Uffici Sanitari Compartimentali.

**Tavola 7.5 - Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato. Analisi del lavoro svolto nella Sede Centrale - Anno 1989**

<b>1 - Visite mediche</b>	<b>32.063</b>	<b>5 - Accertamenti psicocaratterologici</b>	<b>1623</b>
Visite mediche per idoneità lavorativa a dipendenti F.S.	334	Esami psicoattitudinali a dipendenti F.S.	60
Visite mediche trasloco	4	Esami psicoattitudinali conto terzi	1.563
Visite mediche collegiali art. 73 CCNL	—	<b>6 - Laboratorio analisi</b>	<b>80.377</b>
Pareri medico-legali	288	Esami eseguiti	80.377
Visite mediche idoneità alla guida	4.690	<b>7 - Neuropsichiatria</b>	<b>72</b>
Visite revisioni periodiche	1.612	Visite specialistiche neurologiche e psichiatriche	22
Visite periodiche dipendenti esposti a rischio di malattie professionali	1.304	Esami strumentali	50
Visite per accertamenti vari	6.555	<b>8 - Analisi chimiche, batteriologiche, rilievi fonometrici e varie</b>	<b>1.131</b>
Visite mediche Enti terzi	2.678	Sopralluoghi per l'igiene degli ambienti di lavoro	144
Visite collegiali Enti terzi	2	Analisi bromatologiche (acque, alimentazione ecc.)	607
Visite mediche Enti vari	6.896	Indagini strumentali di igiene industriale	373
Visite di medicina preventiva	7.700	Controlli su materiali rotabili (WL, vagoni ristorante, cuccette, ecc.) e sui servizi accessori (mense, bar, ecc.)	7
<b>2 - Settore cardiologia e funzionalità respiratoria</b>	<b>8.451</b>	<b>9 - Altri accertamenti specialistici</b>	<b>7.016</b>
Esami strumentali ed accertamenti cardiologici	1.126	Angiologia	176
Visite specialistiche cardiologiche	7.325	Ortopedia	136
<b>3 - Esami radiologici</b>	<b>4.130</b>	Dermatologia	45
Radiografie ed altri esami radiologici	4.130	Senologia	75
<b>4 - Esami O.R.L. e oculistici</b>	<b>3.129</b>	Neurofisiologia	786
Audiometrie ed altri esami strumentali	2.784	Diagnostica	92
Visite specialistiche	345	Urologia	10
		Citologia	628
		Medicina del lavoro	3.381
		Medicina nucleare	60
		T.A.C.	992
		Ecografia	635

Fonte: Ente Ferrovie dello Stato - Servizi Sanitari

**Tavola 7.6 - Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato. Analisi del lavoro svolto dagli Uffici Sanitari Compartimentali - Anno 1989**

<b>1 - Visite mediche</b>	<b>269.830</b>	<b>5 - Gabinetti di cardiologia e fisiopatologia polmonare</b>	<b>53.681</b>
Visite di assunzione	272	Esami elettrocardiografici	27.788
Visite di revisione periodiche	20.172	Altri esami strumentali cardiovascolari	1.912
Visite collegiali per prolungamento malattia	1.465	Visite specialistiche cardiologiche	10.031
Visite collegiali di quiescenza	671	Prove di funzionalità respiratoria	13.950
Visite di revisione infortunio	1.424		
Visite di accertamento definitivo di infortunio	3.745	<b>6 - Gabinetti di oculistica e otorinolaringoiatria</b>	<b>76.373</b>
Visite in contraddittorio infortunio	474	Esami audiometrici	19.906
Pareri medico-legali	3.541	Esami vestibolari	403
Visita per traslochi	1.675	Esami oculistici	24.587
Visite per orfani maggiorenni	86	Altri esami (Impedenziometria, Timpanometria)	3.941
Visite per quote carovita	32	Timpanogrammi	14.540
Visite di idoneità per abilitazioni	5.758	Visite specialistiche O.R.C.	
Visite preventive e periodiche a dipendenti a rischio di malattie professionali	20.291	Visite specialistiche oculistiche	12.996
Visite per concessioni cure balneotermali per infortuni sul lavoro	2.191		
Visite per conto Genio Ferrovieri	999	<b>7 - Igiene generale e del lavoro</b>	<b>30.068</b>
Visite per proposta mansioni ridotte	7.981	Ispezioni ad officine ed altri impianti	3.724
Visite per equo indennizzo	840	Ispezioni a bar e ristoranti di stazione	1.278
Visite per check-up	2.511	Ispezioni a dormitori	174
Visite di accertamento ambulatoriali	182.751	Ispezioni a carrozze ristoranti e distributori	213
Visite di accertamento domiciliari	8.733	Ispezioni platee lavaggio carri	38
Visite Enti terzi	4.218	Prelievi acque	407
		Prelievi alimenti	112
<b>2- Gabinetti radiologici</b>	<b>44.042</b>	Prelievi stracci	4
Radiologia del torace e telecuore	29.868	Sopralluoghi alloggi per abitabilità	128
Altri esami r. non contrastografici	14.174	Vaccinazioni antitetaniche	11.221
		Vaccinazioni antinfluenzali	4.813
<b>3 - Gabinetti di psicologia applicata</b>	<b>13.437</b>	Ispezioni a treni viaggiatori	7.956
Esami psico-attitudinali per assunzioni	767		
Esami psico-attitudinali per accertamenti professionali	674	<b>8 - Igiene industriale</b>	<b>16.198</b>
Esami psico-attitudinali per abilitazioni	2.769	Sopralluoghi igiene ambienti di lavoro	3.724
Esami psico-caratterologici	2.154	Analisi bromatologiche (acque, alimentazione ecc.)	410
Esami psico-attitudinali per specifiche mansioni	1.151	Indagini strumentali per l'igiene industriale	2.226
Esami per autisti di Enti pubblici	5.922	Controlli su materiali rotabili	
<b>4 - Gabinetti di analisi cliniche</b>	<b>70.805</b>		
Esami urine	48.515		
Esami sangue	22.290		

Fonte: Ente Ferrovie dello Stato - Servizi Sanitari

E' da notare che il maggiore impulso all'attività del Servizio Sanitario si è avuto sotto la spinta di due componenti essenziali: una evoluzione generica della medicina, da forme di tradizionale medicina diagnostica e curativa a forme più moderne di medicina preventiva e sociale, nonché una più matura coscienza dei lavoratori che hanno chiesto all'Azienda una sempre più valida e significativa azione di tutela della loro salute.

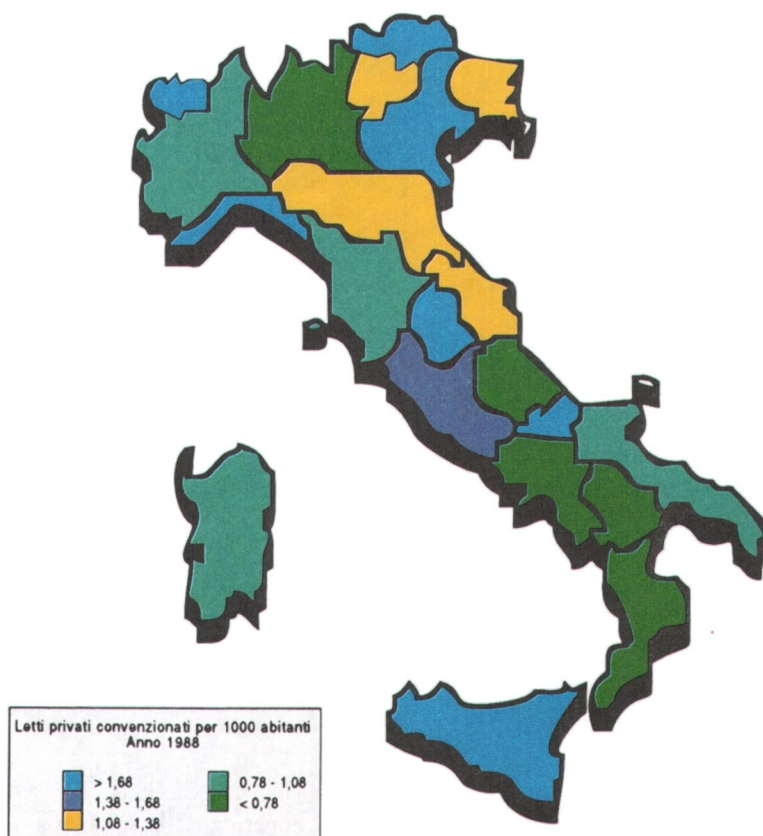
#### 7.4 Le strutture private convenzionate

I dati più recenti, rilevati sulle attività degli istituti di ricovero e cura privati convenzionati, risalgono all'anno 1988. Bisogna premettere che, essendo cambiati alcuni modelli di rilevazione, risulta difficile il raffronto con i flussi del 1987 anche se per alcuni esiste una buona corrispondenza come ad esempio i posti-letto effettivi.

Il numero delle case di cura private convenzionate rilevato nel 1988 è stato di 651. Esse sono distribuite prevalentemente nel sud Italia e nel Lazio dove si trovano il 55,7 per cento dei presidi.

I posti-letto ammontano a 71.050 di cui 69.381 di degenza ordinaria e 1.669 in day hospital; la loro distribuzione, come ci mostra la figura 7.1, ha un'alta concentrazione nel Lazio seguito da Abruzzo, Campania, Basilicata, Calabria e Lombardia, e una bassa concentrazione in Valle d'Aosta, Liguria, provincia di Bolzano, Veneto, Umbria, Molise e Sicilia.

Fig. 7.1 - Letti privati convenzionati - Anno 1988



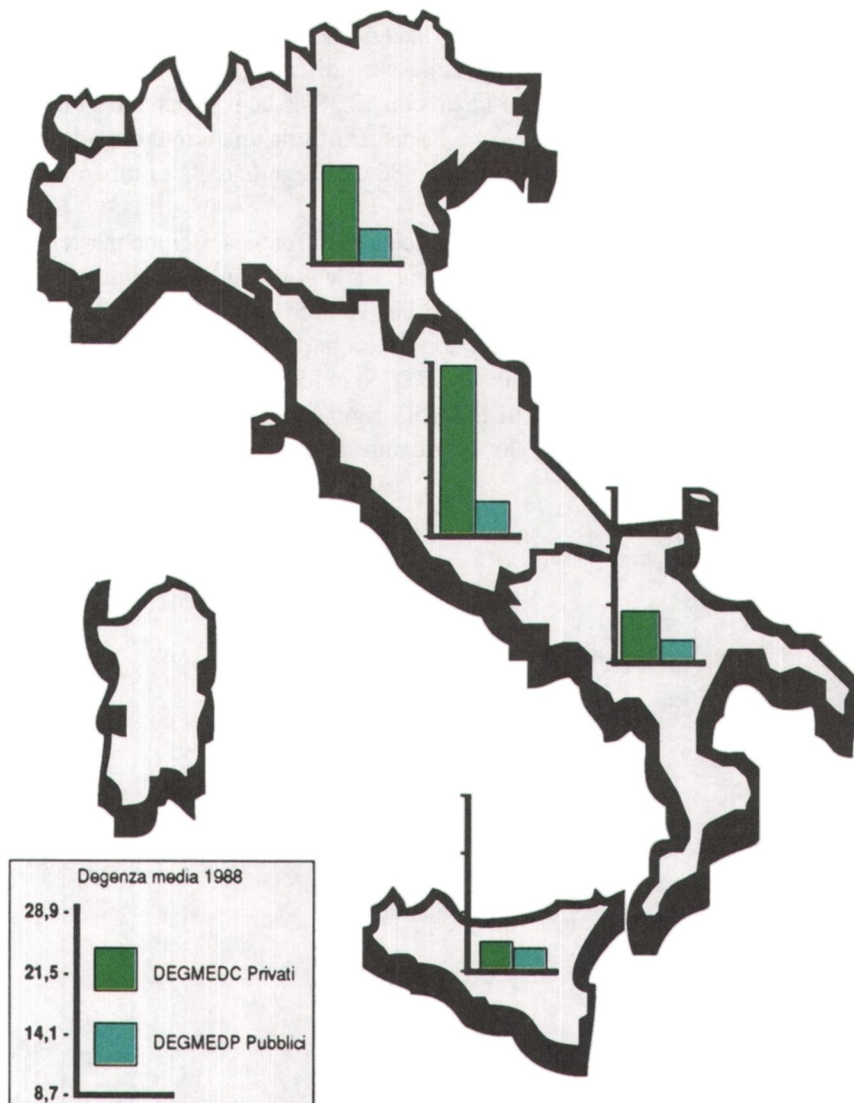
Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

I degenti sono stati in totale 981.433

Le giornate di degenza sono ammontate a 18.071.650 con degenza media di 18,4 giorni.

Si ricorda che quest'ultima ha sempre un valore più elevato di quello calcolato per gli istituti di cura pubblici poiché la maggior parte dei ricoveri in letti privati riguarda le discipline di base e i reparti di lungodegenza, come si può desumere dalla figura 7.2.

**Fig. 7.2 - Degenza media pubblica e privata - Anno 1988**



Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Il tasso di utilizzazione dei posti-letto, cioè l'occupazione degli stessi in valore percentuale, è passato dall'85,8 per cento al 71,4 per cento.

L'indice di turn-over, che esprime il periodo di tempo in cui un posto-letto rimane libero, ha segnato 7,4 giorni contro i 3,3 del 1987.

Infine l'indice di rotazione, che indica il numero medio di pazienti che passano per un posto-letto, è stato di 14,1 degenti rispetto ai 15,8 precedenti.

#### *Mobilità interregionale dei pazienti*

Secondo l'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP) le regioni che hanno ricoverato il maggior numero di pazienti non residenti nelle case di cura private convenzionate sono state la Lombardia con 13.434 assistiti, il Lazio con 12.385 e la Toscana con 11.818.

Il maggior numero di pazienti, invece, che ha usufruito di un ricovero al di fuori della propria regione è stato quello della Sicilia con 7.888 casi seguita dalla Lombardia con 7.429 e dalla Campania con 7.119.

In relazione al saldo complessivo dei ricoveri, cioè alla differenza regione per regione tra le persone "immigrate" e quelle "emigrate", troviamo tra le più "importatrici nette" la Toscana (+9.631 pazienti), il Lazio (+8.417) e la Lombardia (+6.005).

Esportano casi più di quanto non ne importino, d'altra parte, la Sicilia (-6.822), la Calabria (-4.007), la Basilicata (-3.322) e la Puglia (-3.171). Si evidenzia, dunque, un saldo negativo per il sud Italia che conferma i dati di mobilità riguardanti gli istituti di cura pubblici nonostante una presenza significativa, lo ricordiamo, delle strutture private convenzionate nel contesto meridionale.



## **7.5 Integrazione dei servizi socio-sanitari**

### ***7.5.1 Le strutture di assistenza sociale***

Il panorama relativo alle strutture per l'assistenza sociale si presenta piuttosto variegato se si confrontano le realtà delle singole regioni.

Al fine di esporre la distribuzione di tali strutture sul territorio nazionale è perciò necessario descrivere l'organizzazione di ogni assessorato di competenza.

Dalla semplice lettura delle denominazioni degli assessorati e delle strutture tecnico-organizzative, alle quali sono demandate le competenze in materia di assistenza sociale, si evince che l'integrazione dei servizi socio-sanitari non è stata attuata uniformemente su tutto il territorio nazionale (tavola 7.7).

Gli Assessorati che si occupano sia di sanità che di assistenza sociale sono infatti 9 su 21: Piemonte, Valle D'Aosta, P. A. di Trento, P. A. di Bolzano, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, Basilicata.

In altre Regioni si è cercato di raggiungere una forma di integrazione attraverso la collaborazione con gli Assessorati alla Sanità; ad esempio, in Liguria nel settore della tossicodipendenza, in Friuli Venezia Giulia per la programmazione e gli handicap, in Campania nelle aree relative a handicap, devianza e anziani, in Sardegna per gli anziani.

La Regione Umbria è l'unica ad aver associato le competenze sociali e sanitarie mediante un'area operativa interessante entrambe nell'ambito dell'Assessorato, costituito, come in Veneto, Toscana, Basilicata e nella Provincia Autonoma di Trento, sul modello dipartimentale (contrassegnato da "\*" nella tavola 7.7); tale modello permette anche una maggiore disponibilità ad eventuali momenti di interazione con gli Assessorati alla Sanità.

Per quanto riguarda le strutture tecnico-organizzative, queste sono presenti: a livello formale in tutte le Regioni tranne la Calabria; di fatto in 9 Regioni e nella Provincia Autonoma di Trento (contrassegnate da (a) nella tavola 7.7); di prossima attuazione e/o trasformazione in 7 Regioni e nelle due Province autonome (b).

Esiste una notevole diversità anche a livello delle denominazioni stesse delle strutture e, quindi, della loro organizzazione interna; quest'ultima è articolata, in genere, su 2-3 livelli, solo in Calabria, infatti, si prevede una trasformazione da 3 a 4 livelli.

Nelle Regioni Piemonte, Liguria, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Abruzzo, Molise, Basilicata, Puglia, Sardegna si ricorre al coordinamento tra i servizi socio-assistenziali, che, nella maggior parte dei casi, da luogo ad una struttura "piramidale" al vertice della quale si pone la figura del coordinatore.

**Tavola 7.7 - Denominazioni degli Assessorati con competenze in materia di assistenza sanitaria e delle strutture tecnico-organizzative per Regione**

<b>Regioni</b>	<b>Assessorato</b>	<b>Struttura tecnico-organizzativa</b>
Piemonte (a)	Sanità ed assist. sociale	Coordinatore coadiuvato da uno staff
Valle d'Aosta	Sanità ed assist. sociale	Affari generali assist. e servizi sociali
Lombardia (b)	Assist. e sicurezza sociale	(Non ha una denominazione specifica)
Liguria (b)	Servizi sociali	Coordinatore di area
P.A. Trento * (a)(b)	Sanità ed attività sociali	Servizio attività socio-assistenziali
P.A. Bolzano (b)	Affari sociali, sanità e formaz. professionale	Ripartizione ass., previdenza, sanità
Veneto * (a)	Servizi sociali	Dipartimento servizi sociali
Friuli V. G. (a)	Assist. sociale	Direzione dell'assist. sociale
Emilia Rom. (b)	Servizi sociali	(Non ha una denominazione specifica)
Toscana *	Servizi sociali	Servizio assist. sociale; Strutture e interventi socio-assistenziali
Umbria *	Sanità e servizi sociali	Area operativa; Servizi socio-sanitari
Marche	Servizi sociali, sanitari e veterinari	Servizio servizi sociali
Lazio	Enti locali aggregazioni sovracomunali e servizi sociali	Settore servizi sociali
Abruzzo	Sanità, igiene e sicurezza sociale	Servizio sociale; Servizio assistenza sanitaria di base, specialistica e farmaceutica
Molise (a)(b)	Sanità e sicurezza sociale	Settore sicurezza sociale
Campania (a)	Formaz. profession., ricerca scientifica, informatica e servizi sociali	Servizio assist. sociale
Puglia (a)	Servizi sociali, formaz. profession., lavoro, emigrazione, cooperazione	Settore servizi sociali
Basilicata * (a)(b)	Dipartimento Settori operativi aree servizi sociali	Ufficio coordinamento attività; Ufficio programmazione, informazione, formazione e ricerca
Calabria (a)(b)	Pubblica istruzione e servizi sociali	Ufficio per i servizi sociali
Sicilia (a)	Enti locali	Direzione solidarietà sociale
Sardegna (b)	Lavoro, formazione profession., cooperazione e sicurezza sociale	Ufficio anziani e asili nido

\* modello dipartimentale

(a) struttura tecnico-organizzativa presente

(b) struttura tecnico-organizzativa di prossima attuazione e/o trasformazione

*Fonte: Indagine Labos "Regioni e politiche socio-assistenziali" - Rapporto 1989*

## Personale

Non sussistendo a livello strutturale una omogeneità tra le Regioni, anche gli assetti inerenti la dotazione del personale negli assessorati sono estremamente differenziati.

Il fattore comune è rappresentato dall'articolazione degli organigrammi per la ripartizione delle competenze su tre tipi di strutture:

A) staff: unità operative di supporto esterne alle linee gerarchiche;

B) linee con funzioni di staff: uffici, servizi, settori, ecc. che, pur avendo mansioni di staff, operano coinvolgendo le varie strutture di linee;

C) linee: a queste sono attribuite le competenze per funzioni e materie specifiche.

Nella tavola 7.8 sono riportati i dati concernenti i livelli organizzativi (A, B, C) per Regione, il numero dei dipendenti e il corrispondente tasso per 10.000 abitanti.

Il numero di strutture indica quelle di minimo livello operativo.

**Tavola 7.8 - Livelli organizzativi degli Assessorati, personale dipendente e relativo tasso per 10.000 abitanti, per Regione**

Regioni	Num. strutture per livelli			Num. dip.	Tasso per 10.000 ab
	A	B	C		
Piemonte		4	10	32	0,07
Valle d'Aosta		3	3	67	5,86
Lombardia	4		7	72	0,08
Liguria		3	3	20	0,11
P.A. Trento		1	4	23	0,52
P.A. Bolzano	1		5	68	1,60
Veneto	1	2	7	43	0,09
Friuli V. G.			3	18	0,14
Emilia Romagna	1	1	7	42	0,10
Toscana			4	19	0,05
Umbria			2	3	0,03
Marche		1	10	17	0,12
Lazio			15	32	0,06
Abruzzo			7	10	0,08
Molise			8	9	0,27
Campania	1		5	32	0,07
Puglia			1	30	0,07
Basilicata		1	1	9	0,14
Calabria	3		3	38	0,05
Sicilia		4	6	84	0,16
Sardegna			1	9	0,05

Fonte: Indagine Labos "Regioni e politiche socio-assistenziali" - Rapporto 1989

## Prestazioni

Per entrare nel dettaglio dell'organizzazione della programmazione prescrittiva occorre considerare le prestazioni effettuate e la distribuzione dei vari servizi per equipe interprofessionali o gruppi di lavoro.

Nella tavola 7.9 è possibile verificare le "disponibilità" delle Regioni nei confronti dei servizi di assistenza sociale, presentando la tavola sia le prestazioni prescritte "in dettaglio" sia quelle indicate "in linea di massima" dalle disposizioni in ambito regionale.

Risulta evidente una sostanziale disparità tra le fasce di Regioni nord, centro, sud e isole. Per quanto riguarda il sud e le isole, infatti, in tutte le Regioni, tranne la Basilicata, la maggior parte delle prestazioni risultano essere previste dalle disposizioni soltanto come indicazione di massima.

Nel centro-nord l'unica Regione che presenta una analoga situazione è il Veneto, mentre tutte le altre, in particolare nel centro Italia, definiscono nel dettaglio le prestazioni erogabili nel campo dell'assistenza socio-assistenziale.

**Tavola 7.9 - Prestazioni indicate in dettaglio e in linea di massima dalle disposizioni in ambito regionale**

Regioni	Aree delle prestazioni indicate	
	In dettaglio	In linea di massima
Piemonte	anziani, minori, interventi a domicilio	—
Valle d'Aosta	famiglie di anziani, minori, ecc.; attività distrettuale e integrative di base	—
Lombardia	disabili, minori, tossicodipendenza, povertà ed emarginazione, carceri	tutela della salute mentale
Liguria	anziani, handicap, tossicodipendenza, materno-infantile, assistenza domiciliare	—
Veneto	—	minori, anziani
Friuli V. G.	assistenza domiciliare, minori e devianza, anziani, handicap	tossicodipendenze e minori, strutture per anziani
Emilia Rom.	anziani, consultori, tossicodipendenti	carceri
Toscana	anziani, handicap, minori, carceri	—
Umbria	anziani, minori, carceri, handicap, tossicodipendenti	—
Marche	anziani non autosuff., assistenza domiciliare, consultori familiari	—
Lazio	centri di riabilitazione per handicappati, consultori familiari	—
Abruzzo	—	tossicodipendenze, consultori
Molise	assistenza domiciliare anziani	consultori familiari, case di riposo
Campania	—	anziani (assist. domiciliare), minori (affidi e istituti), handicap
Puglia	—	anziani, minori
Basilicata	funzioni socio-assistenziali di base e pronto intervento, anziani, handicap, materno-infantile, tossicodipendenti, consultori	—
Calabria	—	iniziative per tutte le aree (prevenzione, assistenza, servizi residenziali e semi-residenziali, ecc.)
Sicilia	—	anziani, handicap
Sardegna	—	—

Nota: la fonte non riporta informazioni per le PP. AA. di Trento e Bolzano

Fonte: Indagine Labos "Regioni e politiche socio-assistenziali" - Rapporto 1989

Utilizzando come riferimento la tavola 7.7, è possibile correlare l'assetto assessorile con la programmazione prescrittiva: la problematica inerente le prestazioni è maggiormente sentita in quelle Regioni dove esiste una mancanza o comunque delle carenze a livello dell'organizzazione dei servizi socio-assistenziali.

A questo proposito è indicativo l'esempio della Sardegna: le strutture per l'assistenza sociale sono affidate all'Assessorato Lavoro, Formazione Professionale, Cooperazione e Sicurezza Sociale, quindi del tutto dissociate dal settore della sanità; il numero dei dipendenti è pari a 9 determinando un tasso per 10.000 abitanti dello 0,05, valore tra i più bassi se confrontato con le altre Regioni; (Tav. 7.8) inoltre, non esistono indicazioni di programmazione prescrittiva neppure in linea di massima.

Altre Regioni per le quali è possibile supporre una correlazione, analoga a quella della Sardegna, sono la Calabria e la Sicilia, nonostante in quest'ultima il tasso di incidenza del personale sia di 0,16.

### *Standards assistenziali e di personale*

Degli standards assistenziali e di personale viene data una descrizione per ogni singola Regione, definendo le attività attribuite alle figure professionali, gli standards relativi agli operatori e le eventuali caratteristiche locali.

I dati riportati sono stati tratti dall'indagine Labos "Regioni e politiche socio-assistenziali" - Rapporto 1989.

#### *- Piemonte*

Distretti socio sanitari: 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti; 1 assistente domiciliare ogni 2.000 ab; 1 educatore professionale ogni 10.000 ab; 1 amministrativo.

Strutture protette.

Residenze protette per anziani: 1-1,2 posti ogni 100 ab. ultra 60enni; 1 infermiere professionale ogni 20 utenti; 100 minuti di assistenza per ogni figura nell'assistenza domiciliare e del servizio tutelare e 1 responsabile per presidio per le attività organizzative ed amministrative.

Servizi diurni per handicappati: max 1 operatore ogni 5 assistiti, min 1 a 2; 2 educatori professionali per centro.

Casa protetta per gravissimi (handicappati): min 1 operatore ogni 2 ospiti, max 1 a 4.

Comunità alloggio.

Inserimento lavorativo.

Adozioni e individuazioni del minore a rischio, informazione, discussione con la popolazione.

#### *- Valle D'Aosta*

Attività di base socio-sanitaria: distretto.

Servizi residenziali.

Centri di incontro.

Centri diurni e notturni di assistenza.

Micro comunità: per anziani 1 operatore ogni 3/4 ospiti e 1 infermiere professionale per min 50 ore giornaliere.

Comunità alloggio.

Centri educativi per handicappati: 1 educatore ogni 1,5 utenti.

Comunità socio-educative per minori: 1 operatore ogni 6/8 minori.

#### *- Lombardia*

Strutture protette: ausiliario e/o operatore socio-assistenziale (1 ogni 2,5 assistiti); infermiere professionale (1/12); medico (1/60); terapeuta della riabilitazione (1/50); animatore (1/100).

Case di riposo: ausiliario e/o operatore socio-assistenziale (1 ogni 5 assistiti); infermiere professionale (1/35); medico (1/120); terapeuta della riabilitazione (1/150); animatore (1/100).

Istituti educativi per minori: educatore (1/5).

Centri di aggregazione giovanile: educatore (1/15).

Comunità alloggio: educatore (1/5).

Centri diurni per anziani: responsabile con funzione di animatore (1 part time).

Soggiorni di vacanze - case di vacanze e campeggio: educatore (rispettivamente 1/15-1/10).

Centri di pronto intervento: educatore (1/5 - 1/10), ausiliario socio-assistenziale (1/10).

Centri ricreativi diurni: animatore (1/20).

Centri residenziali per handicappati: infermiere professionale (1/4); medico (1 part time); educatore (1/4); ausiliario socio-assistenziale (1/2,5).

Centri socio-educativi per handicappati: educatore (1/3).

Case albergo per anziani.

Distretto socio-sanitario di base: psicologo (1/10.000 ab); assistente sociale (1/5.000 ab); ausiliario socio-assistenziale (1/distretto).

Servizi domiciliari: ausiliario socio-assistenziale (1/2.000 res); infermiere professionale (1/14.000 ab o 1/70 utenti); unità amministrative (2/15.000 ab).

Servizio di assistenza sociale dell'USSL: psicologo (1/10.000 ab); assistente sociale (1/5.000 ab); ausiliario socio-assistenziale (1/2.000 ab); educatore; unità amministrative (2/15.000 ab).

Strutture residenziali per anziani: assistenza infermieristica (30 minuti al giorno su 7 giorni per ospite non autosufficiente); assistenza riabilitativa (36 ore settimanali di terapeuta della riabilitazione ogni 80 ospiti non autosufficienti); assistenza medica (24 ore su 24).

#### *- Liguria*

Strutture residenziali per anziani: infermiere professionale (3-4/20 ricoverati).

Assistenza domiciliare: colf (1/10 utenti).

Area tossicodipendenti: medico (1/140.000 ab o 1/300 tossicodip.); psicologo (1/120.000 ab o 1/300 tossicodip.); assistente sociale (1/80.000 ab o 1/200 tossicodip.); educatore (2/80.000 ab o 2/1.000 tossicodip.).

**- Veneto**

Gruppo famiglia, comunità alloggio e istituto di assistenza per minori: educatori (rispettivamente 2/4-5 assistiti, 1/2-4, 2/12-15).

Comunità terapeutiche per minori: terapisti (1/3).

Centro diurno per minori: coordinatore (1/3).

Centri sociali per minori: operatori (1/15).

Casa per anziani autosufficienti: operatore (1/12-15).

Casa di cura per anziani autosufficienti: infermieri professionali (1/30); addetti assistenza (1/3,5).

Personale dei servizi sociali delle USL: assistente sociale (1/17.000 ab); educatore (1/5.000 ab); assistente domiciliare (1/6.000 ab).

**- Friuli Venezia Giulia**

Specificazione delle attività riferite al coordinatore della équipe che si interessa dei servizi di assistenza sociale di base.

Per l'assistenza domiciliare è definito il rapporto utenti figura professionale per gli assistenti domestico e sociale e per l'infermiere professionale.

Per le strutture residenziali di assistenza agli anziani, solo specificazione delle figure professionali ritenute necessarie.

Il numero di operatori riguardo l'assistenza negli istituti di minori handicappati è espresso in termini generali.

**- Emilia Romagna**

Stilati 2 protocolli di intervento per medico di base e infermiere professionale in struttura protetta (area anziani, tossicodipendenti, consultori).

**- Toscana**

Strutture di ospitalità assistite e/o protette: responsabile; ausiliario socio-sanitario (1/10 assistiti); infermieri; animatori.

Pianta organica del servizio di assistenza sociale a livello zonale (USL): sociologo; educatore (1/5.000 ab); assistente sociale (1/2.000 ab); ausiliario socio-sanitario; amministrativo.

**- Umbria**

Distretto socio-sanitario: medico coordinatore (1 per distretto); 1 assistente sociale ; 1 dipendente amministrativo ; 1 infermiere professionale (1/2.000 ab); 1 assistente sanitaria; 1 ostetrica; 1 tecnico della riabilitazione.

Casa di riposo: ausiliario per l'assistenza (1/4 ospiti); animatore (1/100); assistente sociale (1/60); tecnico della riabilitazione (1/30); infermiere professionale (1/100 ospiti non autosufficienti).

**- Marche**

Assistente domiciliare (1/10 assistiti): 3 ore settimanali.

Casa protetta per 40 ospiti: ausiliari di assistenza (10); assistente sociale (0,5); infermiere professionale (6,5).

*- Lazio*

Centri residenziali per la riabilitazione di portatori di handicap fisici e/o psichici: terapisti presso il Centro (9 utenti per turno di lavoro) e domiciliari (6 ut) per 45 minuti di trattamento; personale infermieristico, educativo e ausiliario nei centri per handicappati (1-4 operatori per 4 assistiti a seconda della gravità e del Centro).

*- Abruzzo*

Centro di assistenza sociale (bacino di utenza provinciale): 1 medico; 1 educatore; 1 sociologo; 1 psicologo; 1 assistente sociale; 2 amministrativi.

Consultori familiari: 10.000 ab zone non urbane; 30-35.000 zone urbane; 1 medico (12 ore); 1 assistente sociale; 1 assistente sanitario; 1 ostetrica; 1 psicologo (20 ore); 1 ginecologo (10 ore).

Ambulatorio antidroga (città e capoluogo di provincia): 3 sanitari; 3 ausiliari; 2 paramedici.

*- Molise*

Proposta di legge: 1 operatore ogni 6 ospiti per casa di riposo.

*- Puglia*

Assistenza domiciliare per anziani: assistente sociale (1/20 assistiti); infermiere (2/20); collaboratore domestico (3/20).

Casa albergo per anziani: ausiliari (3-5/60-100).

Casa di riposo per anziani: assistente sociale (1/120); infermiere (1/63-70); operatori assistenza (1/8 autosufficienti, 1/4 non autosufficienti); infermieri (1/15-20).

Casa famiglia, comunità alloggio, centro sociale per minori: educatori (rispettivamente 2/5-6, 1/4, 1/15).

*- Basilicata*

Centri di vacanza per minori: educatore (1/15 ospiti).

*- Calabria*

Proposta di legge per organico comunale: infermiere professionale (1/10.000 ab); operatore sanitario di base (1/5.000); sociologo (1/10.000); psicologo (1/10.000); pedagogista (1/10.000).

*- Sicilia*

Casa albergo: 1 assistente sociale; 5/8 ausiliari per 60/100 P.L..

Assistenza domiciliare: 1 assistente sociale ogni 15/20 utenti; 1 assistente domiciliare ogni 8/12 utenti.

Istituto per minori: 1 assistente ogni 20; 1 ausiliario ogni 20-25.

Casa protetta: 1 assistente sociale e 1 infermiere ogni 20 utenti; 1 ausiliario ogni 12.

Casa di riposo: 1 assistente sociale; 1 ausiliario e 1 infermiere ogni 15 utenti.

Servizio sociale: 1 assistente sociale ogni 3.000 ab; 2 assistenti sociali e 2 amministrativi fino a 10.000 ab (non definito oltre i 10.000 ab).

Le strutture residenziali per anziani coprono una domanda stimata del 3 per cento della popolazione anziana.



Per quanto riguarda le Province Autonome di Bolzano e Trento e le Regioni Campania e Sardegna la fonte non riporta informazioni in merito agli standards assistenziali e di personale.

### *Ripartizione delle competenze e profili professionali*

Unitamente a quanto esposto finora, sono da considerare, come già accennato, le diverse organizzazioni del lavoro e, di conseguenza, i profili professionali cui sono attribuite le competenze in materia di assistenza sociale.

Anche in questo caso si nota una diversificazione sostanziale tra le Regioni (tavola 7.10).

**Tavola 7.10 - Organizzazione del lavoro a livello assessorile per Regione**

Regioni	Organizzazione del lavoro:	
	Per equipe interprofessionale	Per gruppo
Piemonte	distretto socio-sanitario di base; equipe di adozioni; zona per handicap; equipe per le adozioni	collegamento con tutti i servizi; individuazione situazioni a rischio
Valle D'Aosta	distretto	collegamento con i servizi
Lombardia	distretto socio-sanitario di base; dipartimento zonale handicap	—
Liguria	approccio interprofession.: distretto e aree già elencate (tranne handicap)	—
P.A. Trento	—	—
P.A. Bolzano	quando sarà attuato l'assetto consortile, il distretto socio-sanitario di base si sostanzierà in una equipe	—
Veneto	consultori familiari, servizi per anziani, equipe età evolutiva	servizi per minori
Friuli V. G.	servizio sociale di base (compresa l'assistenza domiciliare)	—
Emilia R. (*)	settore tossicodipendenza	tossicodipendenze, consultori
Toscana	settore minori, anziani, tossicodipendenza, carceri, handicappati, area distrettuale	—
Umbria	settore minori, anziani, tossicodipendenza, handicappati, area distrettuale	—
Marche	—	area consultoriale
Lazio	—	area consultoriale, centri riabilitazione handicappati
Abruzzo	tossicodipendenza (CMAS, ambulatorio antidroga), consultori familiari	—
Molise	consultorio familiare	—
Campania	assistenza domiciliare anziani	—
Puglia	assistenza domiciliare anziani	—
Basilicata	distretto socio-sanitario di base, SAT tossicod., handicap (distretto), equipe consultorio	—
Calabria	—	servizi residenziali e semiresidenziali per minori, anziani, handicappati
Sicilia	settore handicap	—
Sardegna	—	—

(\*) Nell'ambito del servizio materno-infantile, l'Emilia Romagna prevede una programmazione integrata con i servizi sociali e la stilatura di protocolli per collegare l'ospedale al territorio in area del servizio.

Fonte: *Indagine Labos "Regioni e politiche socio-assistenziali" - Rapporto 1989*

Per quanto riguarda l'organizzazione del lavoro è evidente la omogeneità a livello nazionale; sono 15 Regioni e la P. A. di Bolzano che affidano le competenze in materia socio-assistenziale ad equipe interprofessionali e, di queste, 8 su 9 nel nord, 2 su 4 nel centro e 6 su 8 nel sud e isole.

Di queste 15 Regioni 4 prevedono servizi che coinvolgono anche gruppi di lavoro; questi ultimi vengono utilizzati in esclusiva nelle Regioni Marche, Lazio e Calabria.

La Provincia Autonoma di Trento e la Sardegna non hanno scelto alcuna delle due modalità. Nella tavola 7.11 sono riportati i profili professionali, sia appartenenti alle equipe che ai gruppi di lavoro, dei quali sono definiti i caratteri operativi e la previsione dei relativi moduli formativi: anche in questo caso si nota una certa uniformità sul territorio nazionale.

Le Regioni che presentano delle carenze a questo proposito sono la Liguria, l'Umbria, l'Abruzzo, la Puglia, la Sicilia, la Sardegna e la Provincia Autonoma di Bolzano.

Per queste ultime la definizione delle figure professionali esiste quindi a livello teorico, mancando però una "concretezza" utile al fine della programmazione prescrittiva del personale.

**Tavola 7.11 - Definizione dei profili professionali per Regione**

Regioni	caratteri operativi	Definizione dei profili professionali:	previsione dei moduli formativi
Piemonte	assist. domiciliare; assist. socio-assistenziale; assist. sociale; educatore; assist. domiciliare e dei servizi tutelari		—
Valle D'Aosta	—		tutti gli operatori
Lombardia	assist. sociali; ausiliari socio-sanitari; educatori e animatori (in accordo con il settore istruzione)		(piano e sett. istr.) prima formaz. in serv. per ausiliari socio-sanitari ed educatori
Liguria	—		—
P.A. Trento	operatori delle strutture residenziali; educatori professionali		operatori delle str. residenz.; educatori professionali
P.A. Bolzano	—		—
Veneto	ausiliari; operatori assistenza; addetto assistenza; infermiere professionale; assist. sociale; coordinatore di servizio; educatori professionali; addetti assistenza		infermiere profess.; educatori profess.; addetti assistenza
Friuli V.G.	precisazione del profilo: assist. sociale; educatore professionale; assist. domiciliare; servizi tutelari		in riferimento al servizio sociale di base, formazione dei coordinatori di tali servizi
Emilia R.	operatori socio-assistenz.; educatori professionali		operatori socio-assistenziali (biennali); educatori profess. (triennali: di prima informaz.)
Toscana	assist. sociale; operatore addetto ai servizi socio-assistenziali; pedagoga; educatore; animatore; istruttore; addetti ai servizi socio-sanitari		—
Umbria	—		—
Marche	assist. domiciliare; educatore professionale		corsi per assist. domiciliari (nei piani regionali di formaz. profess. annuale)
Lazio	assist. domiciliari		corsi per assist. domiciliari (nei piani regionali di formaz. profess. annuale)
Abruzzo	—		—
Molise	collaboratrice domestica		—
Campania	assist. domiciliare		si
Puglia	—		—
Basilicata	operatori di consultori, operatori di distretti		si
Calabria	operatori sociali di base; assist. domiciliari; educatori e animatori; assist. sociali; psicologi; sociologi; pedagogisti		—
Sicilia	—		—
Sardegna	—		—

Fonte: Indagine Labos "Regioni e politiche socio-assistenziali" - Rapporto 1989

### 7.5.2 La spesa per l'assistenza sociale

Relativamente agli anni 1986-87, ai quali si riferiscono gli ultimi dati disponibili, la spesa per l'assistenza sociale ha registrato un incremento del 9,45 per cento, passando da 1.411,659 a 1.545,142 miliardi.

Se si considerano le due componenti spesa corrente e spesa in conto capitale, le variazioni percentuali nel triennio 1985-1987 sono quelle riportate nella tavola 7.12

**Tavola 7.12 - Incrementi della spesa corrente e della spesa in conto capitale per l'assistenza sociale - Anni 1985/86 e 1986/87**

	1985/86	1986/87
Spesa corrente	+ 16,67%	+ 5,47%
Spesa in capitale	+ 16,82%	+ 56,08%
<b>Totale spesa</b>	<b>+ 16,68%</b>	<b>+ 9,45%</b>

Fonte: Elaborazione ISIS su dati Rapporti IRS (Istituto per la Ricerca Sociale) La spesa pubblica per l'assistenza in Italia (R. Artoni, E. Ranci Ortigosa); Spesa pubblica per le attività socio assistenziali. Prov. di Reggio Emilia (E. Ranci Ortigosa, M. Antonioli)

Nonostante il forte incremento della spesa in conto capitale nell'ultimo anno in esame, la variazione totale resta comunque bassa, incidendo la quota in capitale sul totale del 7,86 per cento nel 1985, del 7,87 per cento nel 1986, dell' 11,22 per cento nel 1987; ciò è in parte dovuto all'utilizzo da parte delle Regioni di quote del Fondo Sanitario Nazionale.

In particolare, nel 1987 le Regioni Umbria, Abruzzo, Molise e Calabria non hanno dichiarato spese in capitale.

I valori assoluti delle due voci di spesa per Regione sono riportati nella tavola 7.13.

**Tavola 7.13 - Impegni di spesa assunti su fondi assistenziali per Regione (in milioni di lire) - Anni 1985-87**

Regioni	Spesa corrente			Spesa in capitale			Totale 1987	% spesa in capitale 1987
	1985	1986	1987	1985	1986	1987		
Piemonte	69.500	54.344	60.092	336	4.424	8.264	68.356	12,09
Valle D'Aosta	14.913	23.131	23.214	7.708	7.986	5.239	28.453	18,41
Lombardia	106.572	122.223	123.399	30.861	3.638	6.731	130.130	5,17
Liguria	29.184	30.119	28.316	1.500	0	3.130	31.446	9,95
P.A. Trento	39.136	40.311	47.099	4.272	5.101	6.097	53.196	11,46
P.A. Bolzano	66.280	62.862	82.331	3.572	2.981	3.240	85.571	3,79
Veneto (1)	60.130	78.040	78.652	11.656	7.760	25.828	104.480	24,72
Friuli V. G.	46.780	47.711	49.775	0	0	7.008	56.783	12,34
Emilia Romagna	45.367	48.658	50.103	7.186	7.473	12.553	62.656	20,03
Toscana	52.963	53.613	62.064	9.601	4.215	500	62.564	0,80
Umbria	7.599	13.686	11.060	856	356	0	11.060	0,00
Marche	44.508	46.837	49.820	600	1.200	1.000	50.820	1,97
Lazio (2)	78.564	126.338	126.338	0	370	370	126.708	0,29
Abruzzo	24.248	18.975	20.152	0	3.416	0	20.152	0,00
Molise	13.128	14.376	17.492	0	0	0	17.492	0,00
Campania	73.114	104.344	77.458	3.000	3.000	3.000	80.458	3,73
Puglia (3)	74.288	75.827	85.691	0	0	11.026	96.717	11,40
Basilicata	13.880	17.429	20.495	2.496	4.400	1.500	21.995	6,82
Calabria	43.836	56.179	71.985	700	0	0	71.985	0,00
Sicilia (4)	163.866	201.778	213.099	7.654	49.276	69.891	282.990	24,70
Sardegna	46.849	63.781	73.105	3.100	5.501	8.025	81.130	9,89
<b>Italia</b>	<b>1.114.705</b>	<b>1.300.562</b>	<b>1.371.740</b>	<b>95.098</b>	<b>111.097</b>	<b>173.402</b>	<b>1.545.142</b>	<b>11,22</b>
Nord	477.862	507.399	542.981	67.091	39.363	78.090	621.071	12,57
Centro	183.634	240.474	249.282	11.057	6.141	1.870	251.152	0,74
Sud e isole	453.209	552.689	579.477	16.950	65.593	93.442	672.919	13,89

(1) dati per 1985 e 1986 stimati

(2) dato 1987 stimato (=1986)

(3) dati 1985 e 1986 comprensivi di una parte non determinata della spesa in conto capitale

(4) deve essere sommata una parte del fondo sanitario per investimenti (complessivamente pari a 530 miliardi)

Fonte: Elaborazione ISIS su dati Rapporti IRS (Istituto per la Ricerca Sociale) La spesa pubblica per l'assistenza in Italia (R. Artoni; E. Ranci Ortigosa); Spesa pubblica per le attività socio assistenziali. Prov. di Reggio Emilia (E. Ranci Ortigosa; M. Antonioli)

Alla raccolta delle informazioni circa le modalità inerenti la spesa socio-assistenziale si è pervenuti mediante questionari; la distribuzione per tipologia di intervento non è però risultata omogenea a causa della mancanza di una precisa classificazione delle varie voci di spesa.

Non è quindi possibile una adeguata comparazione tra le diverse situazioni regionali, anche se gli oltre 40 tipi di intervento definiti nel questionario sono stati riassunti in 6 aree principali: anziani, handicappati, materno-infantile, tossicodipendenza, psichiatria e, infine, utenza mista o non rilevata.

I problemi attinenti la lettura delle risposte date dalle Regioni consistono, principalmente, nella difficoltà di far confluire le singole categorie di interventi in modo univoco nelle aree descritte e l'impossibilità di contenere le quote che, in conseguenza a quanto detto, sono riportate nell'area dell'utenza mista.

E' pertanto accettabile soltanto un confronto tra la spesa totale regionale, sia corrente che in capitale, e la ripartizione pro-capite.

A questo proposito occorre precisare che le Regioni a statuto speciale e le Province Autonome presentano valori estremamente alti, in rapporto alle altre Regioni, in quanto alle prime vengono destinati fondi più consistenti a causa di una differente attribuzione di competenze.

La ripartizione del fondo assistenziale per Regioni e per tipo di intervento è riportata nelle tavole 7.14, spesa corrente, e 7.16, spesa in conto capitale, mentre le corrispondenti distribuzioni pro-capite sono riportate nelle tavole 7.15 e 7.17.

Per quanto riguarda i dati relativi al 1987 della Regione Piemonte, quelli della tavola 7.13 risultano diversi dai corrispondenti riportati nelle altre tavole a causa di una rettifica apportata dalla fonte sui totali generali (spesa corrente da 61.077 a 60.092 milioni e spesa in capitale da 4.012 a 8.264 milioni) ma non sulle ripartizioni per tipologia di interventi.

**Tavola 7.14 - Impegni di spesa corrente assunti nel 1987 su fondi assistenziali per Regione e per area di intervento (in milioni di lire)**

Regioni	A.	H.	M.I.	Td.	P.	Altre	Totale
Piemonte	0	0	16.433	0	0	44.644	61.077
Valle D'Aosta	10.938	4.203	5.393	40	0	2.640	23.214
Lombardia	15.601	10.869	48.011	0	0	48.918	123.399
Liguria	1.331	2.106	8.804	1.000	1.500	13.575	28.316
P.A. Trento	0	10.402	11.218	117	2.876	22.486	47.099
P.A. Bolzano	2.983	15.473	7.766	424	0	55.685	82.331
Veneto	643	308	19.723	0	0	57.978	78.652
Friuli V. G.	6.748	12.400	13.837	0	288	16.502	49.775
Emilia Rom.	5.125	5.010	22.170	1.600	0	16.198	50.103
Toscana	3.891	4.486	20.159	0	0	33.528	62.064
Umbria	995	0	2.960	0	0	7.105	11.060
Marche	770	3.949	9.572	1.000	0	34.529	49.820
Lazio	0	0	21.045	3.050	0	102.243	126.338
Abruzzo	5.621	2.001	0	0	0	12.530	20.152
Molise	0	0	2.100	0	0	15.392	17.492
Campania	4.500	5.200	35.634	0	0	32.124	77.458
Puglia	3.620	500	47.510	0	10.000	24.061	85.691
Basilicata	1.641	1.910	5.806	3.140	0	7.998	20.495
Calabria	0	1.265	50.999	0	0	19.721	71.985
Sicilia	20.449	5.455	15.439	1.171	4.511	166.074	213.099
Sardegna	6.400	1.762	14.589	0	0	50.354	73.105
<b>Italia</b>	<b>91.256</b>	<b>87.299</b>	<b>379.168</b>	<b>11.542</b>	<b>19.175</b>	<b>784.285</b>	<b>1.372.725</b>
Nord	43.369	60.771	153.355	3.181	4.664	278.626	543.966
Centro	5.656	8.435	53.736	4.050	0	177.405	249.282
Sud e isole	42.231	18.093	172.077	4.311	14.511	328.254	579.477

- Tipologie di interventi per aree

A.: anziani ; H.: handicappati ; M.I.: materno-infantile ; Td.: tossicodipendenza ; P.: psichiatria

Altre: utenza mista o non rilevata.

*Fonte: Elaborazione ISIS su dati Rapporti IRS (Istituto per la Ricerca Sociale). La spesa pubblica per l'assistenza in Italia (R. Artoni; E. Ranci Ortigosa). Spesa pubblica per le attività socio assistenziali. Prov. di Reggio Emilia (E. Ranci Ortigosa; M. Antonioli).*

**Tavola 7.15 - Impegni di spesa corrente assunti nel 1987 su fondi assistenziali per Regione e per area di intervento pro-capite (in lire)**

Regioni	A.	H.	M.I.	Td.	P.	Altre	Totale
Piemonte	0	0	3.744	0	0	10.171	13.915
Valle D'Aosta	96.070	36.915	47.367	351	0	23.187	203.890
Lombardia	1.758	1.224	5.409	0	0	5.511	13.902
Liguria	757	1.197	5.005	569	853	7.718	16.099
P.A. Trento	0	23.383	25.217	263	6.465	50.546	105.874
P.A. Bolzano	6.852	35.539	17.837	974	0	127.901	189.103
Veneto	147	70	4.510	0	0	13.259	17.986
Friuli V. G.	5.556	10.209	11.393	0	237	13.587	40.982
Emilia Rom.	1.304	1.274	5.640	407	0	4.121	12.746
Toscana	1.089	1.256	5.644	0	0	9.388	17.377
Umbria	1.217	0	3.619	0	0	8.687	13.523
Marche	540	2.767	6.708	701	0	24.198	34.914
Lazio	0	0	4.113	596	0	19.984	24.693
Abruzzo	4.482	1.596	0	0	0	9.991	16.069
Molise	0	0	6.284	0	0	46.057	52.341
Campania	791	914	6.262	0	0	5.645	13.612
Puglia	899	124	11.800	0	2.484	5.976	21.283
Basilicata	2.646	3.079	9.361	5.062	0	12.895	33.043
Calabria	0	591	23.839	0	0	9.218	33.648
Sicilia	4.000	1.067	3.020	229	882	32.487	41.685
Sardegna	3.893	1.072	8.875	0	0	30.633	44.473
<b>Italia</b>	<b>1.593</b>	<b>1.524</b>	<b>6.618</b>	<b>201</b>	<b>335</b>	<b>13.690</b>	<b>23.961</b>
Nord	1.698	2.380	6.005	125	183	10.910	21.301
Centro	901	833	4.459	323	0	16.399	22.915
Sud e isole	1.904	837	8.838	224	755	15.616	28.174

- Tipologie di interventi per aree

A.: anziani; H.: handicappati; M.I.: materno-infantile; Td.: tossicodipendenza; P.: psichiatria;

Altre: utenza mista o non rilevata.

Fonte: Elaborazione ISIS su dati Rapporti IRS (Istituto per la Ricerca Sociale) - La spesa pubblica per l'assistenza in Italia (R. Artoni; E. Ranci Ortigosa) - Spesa pubblica per le attività socio assistenziali. Provincia di Reggio Emilia (E. Ranci Ortigosa; M. Antonioli)

**Tavola 7.16 - Impegni di spesa in capitale assunti nel 1987 su fondi assistenziali per Regione e per area di intervento (in milioni di lire)**

Regioni	A.	H.	M.I.	Td.	P.	Altre	Tot.
Piemonte	0	0	12	0	0	4.000	4.012
Valle D'Aosta	270	629	0	0	0	4.340	5.239
Lombardia	2.612	3.398	0	0	0	721	6.731
Liguria	2.302	0	600	0	0	228	3.130
P.A. Trento	4.304	0	300	0	0	1.493	6.097
P.A. Bolzano	2.451	210	388	0	0	191	3.240
Veneto	12.765	2.000	11.063	0	0	0	25.828
Friuli V. G.	6.000	1.008	0	0	0	0	7.008
Emilia Rom.	8.017	208	3.048	1.280	0	0	12.553
Toscana	0	0	0	0	0	500	500
Umbria	0	0	0	0	0	0	0
Marche	0	0	1.000	0	0	0	1.000
Lazio	0	0	0	0	0	370	370
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0
Molise	0	0	0	0	0	0	0
Campania	3.000	0	0	0	0	0	3.000
Puglia	7.129	7	3.890	0	0	0	11.026
Basilicata	1.000	0	500	0	0	0	1.500
Calabria	0	0	0	0	0	0	0
Sicilia	36.309	24.700	8.882	0	0	0	69.891
Sardegna	7.500	0	0	0	0	525	8.025
<b>Italia</b>	<b>93.659</b>	<b>32.160</b>	<b>29.683</b>	<b>1.280</b>	<b>0</b>	<b>12.368</b>	<b>169.150</b>
Nord	38.721	7.453	15.411	1.280	0	10.973	73.838
Centro	0	0	1.000	0	0	870	1.870
Sud e isole	54.938	24.707	13.272	0	0	525	93.442

- Tipologie di interventi per aree

A.: anziani; H.: handicappati; M.I.: materno-infantile; Td.: tossicodipendenza; P.: psichiatria;

Altre: utenza mista o non rilevata.

Fonte: Elaborazione ISIS su dati Rapporti IRS (Istituto per la Ricerca Sociale) - La spesa pubblica per l'assistenza in Italia (R. Artoni; E. Ranci Ortigosa) - Spesa pubblica per le attività socio assistenziali. Provincia di Reggio Emilia (E. Ranci Ortigosa; M. Antonioli)

**Tavola 7.17 - Impegni di spesa in capitale assunti nel 1987 su fondi assistenziali per Regione e per area di intervento pro-capite (in lire)**

Regioni	A.	H.	M.I.	Td.	P.	Altre	Tot.
Piemonte	0	0	3	0	0	911	914
Valle D'Aosta	2.371	5.525	0	0	0	38.119	46.015
Lombardia	294	382	0	0	0	81	757
Liguria	1.309	0	341	0	0	130	1.780
P.A. Trento	9.675	0	674	0	0	3.356	13.705
P.A. Bolzano	5.630	482	891	0	0	439	7.442
Veneto	2.919	457	2.530	0	0	0	5.906
Friuli V. G.	4.940	830	0	0	0	0	5.770
Emilia Rom.	2.039	53	775	326	0	0	3.193
Toscana	0	0	0	0	0	140	140
Umbria	0	0	0	0	0	0	0
Marche	0	0	701	0	0	0	701
Lazio	0	0	0	0	0	72	72
Abruzzo	0	0	0	0	0	0	0
Molise	0	0	0	0	0	0	0
Campania	527	0	0	0	0	0	527
Puglia	1.771	2	966	0	0	0	2.739
Basilicata	1.612	0	806	0	0	0	2.418
Calabria	0	0	0	0	0	0	0
Sicilia	7.103	4.832	1.737	0	0	0	13.672
Sardegna	4.563	0	0	0	0	319	4.882
<b>Italia</b>	<b>1.635</b>	<b>561</b>	<b>518</b>	<b>22</b>	<b>0</b>	<b>216</b>	<b>2.952</b>
Nord	1.516	292	603	50	0	430	2.891
Centro	0	0	91	0	0	80	171
Sud e isole	2.639	1.187	637	0	0	25	4.488

- Tipologie di interventi per aree.

A.: anziani ; H.: handicappati ; M.I.: materno-infantile ; Td.: tossicodipendenza ; P.: psichiatria ;

Altre: utenza mista o non rilevata.

*Fonte: Elaborazione ISIS su dati Rapporti IRS (Istituto per la Ricerca Sociale): La spesa pubblica per l'assistenza in Italia (R. Artoni; E. Ranci Ortigosa). Spesa pubblica per le attività socio assistenziali - Prov. di Reggio Emilia (E. Ranci Ortigosa; M. Antonioli)*

Per quanto riguarda l'integrazione delle spese socio-sanitarie, i dati pervenuti si riferiscono alle Regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Marche e alle Province Autonome (tavola 7.18).

**Tavola 7.18 - Spese a carico del fondo sanitario per il pagamento delle attività sanitarie e a rilievo sanitario erogate in servizi socio-assistenziali (in milioni di lire) - Anno 1987**

Regioni	A.	H.	Td.	P.	Tot.
Lombardia	89.431	0	0	0	89.431
P.A. Trento	11.363	0	0	644	12.007
P.A. Bolzano	0	0	831	0	831
Veneto	70.526	4.473	2.314	0	77.313
Emilia Rom.	38.876	19.168	6.598	63.626	128.268
Marche	0	0	1.231	1.000	2.231
<b>Totale</b>	<b>210.196</b>	<b>23.641</b>	<b>10.974</b>	<b>65.270</b>	<b>310.081</b>

- Tipologie di interventi per aree

A.: anziani ; H.: handicappati ; M.I.: materno-infantile ;

Td.: tossicodipendenza ; P.: psichiatria ; Altre: utenza mista o non rilevata.

*Fonte: Elaborazione ISIS su dati Rapporti IRS (Istituto per la Ricerca Sociale): La spesa pubblica per l'assistenza in Italia (R. Artoni; E. Ranci Ortigosa); Spesa pubblica per le attività socio assistenziali - Prov. di Reggio Emilia (E. Ranci Ortigosa; M. Antonioli)*

### **7.5.3 I problemi del coordinamento a livello nazionale e locale**

Il problema che emerge in modo preponderante è, come già sottolineato, la carenza di direttive nazionali atte ad impostare criteri univoci per il perseguimento degli obiettivi inerenti i programmi socio-assistenziali, nella maggior parte dei casi attuati mediante leggi regionali, e l'integrazione socio-sanitaria.

Le aree di intervento più ricorrenti a livello della programmazione prescrittiva regionale sono quelle riguardanti gli anziani, gli handicappati, i tossicodipendenti, i servizi materno-infantili (asili nido, consultori), i minori e l'assistenza domiciliare. In alcune Regioni vengono inoltre indicati come fruitori di servizi socio-assistenziali i detenuti, gli emarginati, le famiglie degli assistiti.

La necessità di una maggiore integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari si rende evidente dalle tipologie stesse degli interventi; le categorie indicate come principali utenti dell'assistenza sociale sono spesso interessate nella stessa misura ad interventi di carattere sanitario.

Ci si riferisce, in particolare, agli anziani, soprattutto a quelli non autosufficienti, ai tossicodipendenti ed agli handicappati.

L'assetto tecnico-strutturale del complesso dei servizi di assistenza sociale deve essere quindi ulteriormente connesso al settore sanità perché si raggiunga l'interazione.

Accanto ad una revisione dell'attuale normativa a livello nazionale è opportuno che le Regioni vengano sensibilizzate ad un approfondimento delle conoscenze delle diverse realtà locali in modo da rendere maggiormente incisive le varie iniziative.

Le prestazioni effettuate vanno però inserite nel contesto più ampio della sicurezza sociale, quest'ultima intesa come intervento su tutta la popolazione e non soltanto su fasce di utenti determinate a priori; in questo modo è possibile raggiungere un migliore livello di integrazione delle strutture dei servizi socio-assistenziali nel territorio.

E' evidente che una continua attenzione nei confronti dei cambiamenti sociali, dell'evoluzione dei bisogni e delle nuove categorie di utenti porta ad un superamento della attuale concezione dell'assistenza sociale, voluto, tra l'altro, dagli stessi operatori.

E' auspicabile, quindi, la revisione dei metodi di domanda-offerta, soprattutto se si considera che spesso l'utente non conosce le prestazioni fornite e non è perciò in grado di formulare precise richieste o di rivolgersi ai servizi stessi.

In alternativa, si può ricorrere al metodo dell'offerta attiva da parte delle strutture alla popolazione, unitamente ad una adeguata informazione al pubblico circa le prestazioni effettuate. Quanto detto può essere sintetizzato essenzialmente in tre fasi:

I: acquisizione delle conoscenze sulle condizioni di vita, come la povertà, l'emarginazione, ecc., e di salute, in particolare nel caso di handicappati, anziani, ecc., della popolazione;

II: elaborazione e attuazione dei servizi e delle prestazioni idonei rispetto a quanto emerso dalla prima fase;

III: offerta attiva e informazione presso il pubblico.

Se attuato, questo modello comporterebbe un continuo aggiornamento e una verifica dell'operato e, a livello regionale, una razionale distribuzione dei fondi assistenziali.

Integrando nel territorio i servizi socio-assistenziali, eventualmente interagenti con quelli sanitari, si verrebbero a creare i presupposti per la partecipazione dei cittadini alle attività delle istituzioni, volontà espressa dalla stessa Legge di Riforma Sanitaria.

## 7.6 Il volontariato sociale

Il ruolo delle istituzioni, in merito alla valorizzazione del volontariato socio-assistenziale, continua ad avere il suo trend di crescita anche se a tutto il 1989 non si registra ancora una legge-quadro nazionale scaturita dalle varie proposte all'esame del Parlamento.

Durante l'anno, inoltre, non ci sono state nuove leggi regionali in aggiunta alle 13 leggi già esistenti, emanate a partire dall'anno 1979, che, su informazioni del Centro Nazionale per il Volontariato, risultano essere le seguenti:

- Abruzzo (n. 32/1987)
- Basilicata (n. 10/1985)
- Emilia Romagna (n. 26/1983)
- Friuli V. G. (n. 47/1981)
- Marche (n. 45/1982)
- Piemonte (n. 44/1984)
- Puglia (n. 68/1979 e n. 44/1985)
- Toscana (n. 58/1985)
- Trentino A. A. prov. Bolzano (n. 6/1983)
- Umbria (n. 9/1987)
- Valle d'Aosta (n. 46/1981)
- Veneto (n. 46/1985)

La Lombardia e la Sardegna hanno inserito una compiuta normativa sul volontariato nelle leggi di riordino dei servizi socio-assistenziali (rispettivamente L.R. 1/1987 con L.R. 4/1988).

Si ricorda che le suddette leggi precisano modalità e organi di riferimento sulle attività di volontariato, in modo da determinare una maggiore unità degli interventi nel territorio ed offrire una garanzia di loro omogeneità nei confronti della popolazione.

Il ruolo sempre più marcato della Federazione Nazionale delle Associazioni di Pubblica Assistenza e Soccorso, nata in Italia nel 1904, testimonia una costante crescita del fenomeno della solidarietà popolare.

Tale movimento conta oggi 425 associazioni federate più 68 sezioni, per un totale di 60.000 volontari e 670.000 soci. Nel 1989 ha effettuato circa 1.345.000 servizi di emergenza e trasporto sanitario, possedendo un parco-macchine di 2.343 ambulanze e 275 altri mezzi di trasporto.

I settori principali di attività delle associazioni di P.A. sono stati:

- assistenza verso handicappati, tossicodipendenti, anziani, carcerati;
- soccorso e trasporto di ammalati e feriti;
- guardia medica;
- protezione civile e difesa ambientale;
- donazione sangue;
- utilizzo di 200 obiettori di coscienza in accordo con il Ministero della Difesa.

Tra le altre informazioni disponibili, vanno aggiunte, per il 1989, due indagini specifiche. La prima, dell'Istituto di Ricerche Educative e Formative (IREF) conclusa nell'ottobre 89, contiene 250 schede informative sull'attività di associazioni, non solo di volontariato, esistenti in Italia.



Queste schede sono precedute da un'analisi approfondita sullo stato dell'associazionismo italiano e, in particolare, sulle tendenze in atto nelle esperienze associative per la difesa della salute.

Secondo le informazioni più recenti dell'associazione "Movimento per la vita", vi sarebbero in Italia circa 10.000 gruppi di volontariato. Una delle ultime ricerche del Ministero del Lavoro ha, invece, registrato l'esistenza di 7.024 organizzazioni, ma le due cifre non concordano solamente per i diversi enti, gruppo e organizzazione, oggetti di indagine. Lo stesso Ministero calcola che il 30 per cento di dette organizzazioni, cioè ben 2.081, siano impegnate nel campo socio-sanitario.

Il Censis, d'altro canto, rileva che circa 7,5 milioni di italiani risulterebbero iscritti in qualche associazione con scopi prevalenti di privato sociale.

Incrociando i dati del Ministero del Lavoro con quelli del Censis si addivene alla cifra di oltre 2 milioni di persone, il 30 per cento degli associati, operanti nel contesto dell'associazionismo socio-assistenziale.

La seconda indagine, curata operativamente da Eurisko, un ente di ricerca sociale e di marketing, in base ad una scheda di rilevazione redatta dall'IREF tratta invece una ricerca su un campione - 1.028 unità statistiche - rappresentativo della popolazione tra i 18 ed i 74 anni residente all'epoca, settembre 1989, nel nostro Paese.

Il primo dato osservabile è che svolgono attività di volontariato, non retribuita, in qualsiasi campo il 15,4 per cento degli intervistati, a fronte quindi di un 84,6 per cento di soggetti che non prende iniziative.

In altri termini, risulterebbero "volontari" oltre 6 milioni di cittadini, una cifra contenente dal singolo individuo al membro di un gruppo nazionale organizzato.

Ulteriori dati indicano, inoltre, il rapporto che intercorre tra chi si dedica al volontariato e chi fa parte di un'associazione, per la precisione il 23,9 per cento degli intervistati.

Si nota, al riguardo, che la percentuale dei volontari è sopra la media nazionale per gli associati per una percentuale pari al 39,4 per cento e sotto media per i non soci con una percentuale pari al 7,8 per cento.

Indagando sul tipo di associazione, emerge che fanno parte di una associazione operante nel contesto socio-assistenziale o socio-sanitario il 3,2 per cento degli intervistati che, sul piano nazionale, equivarrebbero a circa 1.300.000 cittadini.

Quest'ultimi, appartenenti probabilmente ai 2 milioni dell'indagine Censis, hanno la peculiarità di aderire ad un raggruppamento caratterizzato da una forte strutturazione interna e, come tale, maggiormente in grado di aiutare i bisognosi.

Tra le associazioni ausiliarie dei pubblici poteri che operano nel contesto socio-sanitario e socio-assistenziale, particolare importanza riveste la Croce Rossa Italiana.

Per il conseguimento dei suoi fini la Croce Rossa Italiana si avvale di personale dipendente e di organismi volontaristici quali i Volontari di Soccorso (previsti dall'articolo 14 dello Statuto) ed i Donatori Sangue, organizzati e coordinati dall'Ufficio Donatori Sangue, disciplinato da un regolamento approvato dal Consiglio Direttivo dell'Associazione.

I Volontari del Soccorso riuniscono oltre 25.000 elementi di ambo i sessi, organizzati in circa 500 gruppi distribuiti su tutto il territorio nazionale presso i comitati e sottocomitati della Croce Rossa Italiana.

Essi rappresentano la struttura operativa numericamente più rilevante in servizio continuativo ed interamente volontaria della Croce Rossa Italiana.

Le attività dei Volontari del Soccorso comprendono:

- il trasporto degli infermi e feriti con ambulanza, 7.000 autisti patentati C.R.I., 500 medici e 1.000 infermieri professionali;
- il servizio di protezione civile;
- l'insegnamento e diffusione dei principi di educazione sanitaria e primo soccorso alla popolazione nelle scuole ed alle comunità;
- le attività assistenziali;
- la diffusione del Diritto Internazionale Umanitario;
- la partecipazione ad attività internazionali.

I Gruppi Donatori di Sangue sono attualmente operanti in 58 Centri distribuiti sull'intero territorio italiano; i fini principali della loro attività sono la diffusione di una responsabile coscienza trasfusionale nella popolazione e la donazione del sangue. L'espressione più tangibile del successo di questa iniziativa è il Gruppo Donatori di Sangue di Roma al quale risultano iscritti oltre 38.000 donatori, raccolti nell'ambito di 205 Gruppi Aziendali.

## Capitolo 8

# "Programmazione, politica delle risorse e controllo"

### *Gli Obiettivi OMS*

**Obiettivo n. 31**

*"Entro il 1990 si dovranno istituire efficaci meccanismi di controllo della qualità delle cure fornite ai pazienti nel quadro dei vigenti sistemi di assistenza sanitaria"*

**Obiettivo n. 33**

*"Entro il 1990 si dovranno accordare le politiche e le strategie con i principi della salute per tutti affinché leggi e regolamenti ne rendano effettiva l'applicazione in ogni settore della società"*

**Obiettivo n. 34**

*"Entro il 1990 dovrà essere istituito un sistema di gestione dello sviluppo sanitario, basato sulla realizzazione della salute per tutti, che implichi il coinvolgimento delle comunità e di tutti i settori a vocazione sanitaria e che preveda anche la conseguente assegnazione preferenziale delle risorse in funzione degli imperativi dello sviluppo sanitario"*

**Obiettivo n. 35**

*"Entro il 1990 dovranno essere istituiti sistemi di informazione capaci di sostenere la strategia nazionale della salute per tutti"*

PAGINA BIANCA

## *Il panorama italiano*

Contrariamente a quanto è accaduto in altri Paesi, ad esempio, USA, Gran Bretagna, Olanda, in Italia le esperienze di verifica e revisione della qualità sono a tutt'oggi sporadiche. Il crescente interesse è comunque dimostrato dal ddl 2375 del 1990 che, nell'art. 13, contiene innovazioni volte a modificare radicalmente l'attuale situazione complessivamente da tutti definita scadente. E' dunque auspicabile l'allineamento con gli altri Paesi europei nei quali le attività di "Quality Assurance" vanno diffondendosi.

La legge istitutiva del SSN ha previsto espressamente il principio della tutela della salute per tutti, a livello di prevenzione, riabilitazione e cura, si può dire a totale carico dello Stato. Tuttavia ad oggi non si è ancora giunti ad una concreta pianificazione della attività e dello sviluppo del Sistema Sanitario, visto che non è stato ancora avviato il Piano Sanitario Nazionale, la cui redazione è prevista dalla legge, e solo poche Regioni hanno provveduto a formulare i propri piani sanitari regionali. Per quanto riguarda l'assegnazione delle risorse si rileva ormai il problema decennale di un finanziamento corrente sottostimato rispetto al fabbisogno finanziario del SSN. In proposito sono in via di approvazione alcune norme programmatiche e legislative (proposta di PSN, ddl n. 4227/1987 sul riordino del SSN).

Tutte le misure sopra indicate sono volte a:

- consentire un controllo sulla qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria prestata;
- consentire un'assegnazione, ripartizione ed impiego delle risorse in base ad una precisa programmazione dell'attività e dello sviluppo del SSN;
- ricondurre la gestione del servizio a criteri di economicità ed efficienza;

in modo da garantire un innalzamento del livello qualitativo e quantitativo dell'assistenza offerta per rispondere alla crescente domanda di salute, tenendo nel contempo sotto controllo la crescita della spesa sanitaria pubblica, in relazione alle compatibilità economiche generali del Paese.

Per quanto riguarda il sistema informativo, l'Italia si pone oggi in una condizione di non inferiorità se paragonata con altri Paesi, grazie ad alcune innovazioni apportate negli ultimi due anni ed interessanti tutti i livelli di competenza della gestione dei servizi di informazione.

PAGINA BIANCA

## CAPITOLO 8

### “PROGRAMMAZIONE, POLITICA DELLE RISORSE E CONTROLLO”

#### 8.1 L'attuazione della programmazione sanitaria

##### 8.1.1 Programmazione a livello centrale

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 ed effetti programmatori, tra le quali meritano di essere segnalate:

1 - La legge 11 marzo 1988 n. 67 (“Finanziaria 1989”).

L'art. 20 disciplina un programma pluriennale di interventi nel settore dell'edilizia sanitaria per migliorare la funzionalità delle strutture socio-sanitarie.

Per l'attuazione di tale normativa, nel corso del 1989 è stato emanato il D.M. 29/8/1989, n. 321 concernente il regolamento sui criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell'edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti nonché il DPCM 22/12/1989 contenente l'atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni riguardante la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali.

Sulla base di tali indirizzi e sulla scorta dei programmi predisposti dalle USL e dalle Regioni, il Ministro della sanità ha inviato al CIPE, nel giugno del 1990, il “Programma nazionale straordinario di investimenti in sanità” di cui all'art. 20 della legge 67/1988.

2 - La legge 8 aprile 1988, n. 109 ed il D.M. 13 settembre 1988.

I provvedimenti, diretti a realizzare un progetto di ristrutturazione funzionale degli ospedali e di rideterminazione degli standards di personale ospedaliero, hanno trovato attuazione pressoché generalizzata nel corso del 1989. Di conseguenza le Regioni dispongono di programmi di 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 dei presidi con meno di centoventi posti letto.

3 - Il documento del Piano Sanitario Nazionale.

L'anno 1988 si era concluso con la presentazione al Consiglio sanitario nazionale del documento di piano sanitario nazionale per il triennio 1989-91. Nel marzo 1989 il Piano ha ricevuto il 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.

Nel corso del 1989 si è proceduto alla rielaborazione del documento.

Va osservato che, anche se pure il 1989 non ha visto l'emanazione del Piano sanitario nazionale, criteri di programmazione hanno improntato il settore sanitario.

I decreti di ripartizione del Fondo sanitario alle Regioni e Province autonome rappresentano, infatti, un fondamentale momento programmatico. E non solo perché parte del finanziamento viene riservato dal livello centrale allo sviluppo di iniziative di rilievo prioritario, quanto piuttosto per le stesse modalità di ripartizione. Infatti, dall'abbandono del criterio di finanziamento basato sulla cosiddetta "spesa storica", calcolata sui "consumi finanziari" registrati al 1978 su base regionale dai disciolti enti mutualistici e maggiorati per gli anni successivi di una quota pari al tasso di inflazione, si è passati nel 1985 a criteri più evoluti che graduando il "peso" finanziario che si intende attribuire ai vari settori di intervento (prevenzione collettiva, vigilanza sugli alimenti, sanità pubblica veterinaria, assistenza ospedaliera, assistenza extraospedaliera, ecc.) realizzano, di fatto, un reale processo di programmazione. La definizione programmata del "peso" assegnato ai vari settori assume, in questa ottica, grande rilievo strategico perché predetermina le "coordinate" da dare allo sviluppo del Servizio sanitario e fornisce il primo indicatore aggregato di riscontro a consuntivo della coerenza tra "fatti" e "programmi". Le scelte così definite accentuano il carattere politico della funzione di ripartizione del FSN rendendo esplicito il senso dello sviluppo dei grandi settori di attività del Servizio sanitario.

4 - I progetti-obiettivo e le azioni programmate finanziate dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE).

Ai fini di evitare ulteriori ritardi in settori chiave dell'assistenza, con le attuali disponibilità finanziarie sono stati approvati a stralcio, dal CIPE, alcuni interventi essenziali tra quelli previsti nei progetti obiettivo e nelle azioni programmate. Essi riguardano il potenziamento di forme di assistenza domiciliare integrata in favore degli anziani; l'istituzione e il potenziamento di unità operative fisiatriche in favore dei portatori di handicaps e dei servizi di trasporto; il convenzionamento con residenze sanitarie assistenziali per malati di mente e l'aggiornamento professionale del personale; per il settore materno-infantile, la realizzazione di nuovi consultori familiari nelle zone del Paese dove più accentuate sono le carenze, l'attivazione e il potenziamento di servizi di oncematologia infantile presso alcune cliniche pediatriche, il potenziamento e la qualificazione del trasporto neonatale di emergenza; per la prevenzione dell'AIDS gli interventi riguardano il potenziamento dei laboratori di analisi, il controllo del sangue, contributi per associazioni di volontariato e la formazione del personale. Le misure previste per quest'ultimo programma sono ricollegate alle disposizioni contenute nella legge 5 giugno 1990 n. 135 concernente "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS".

Nelle tavole 8.1 e 8.2 sono indicati i finanziamenti di parte corrente assegnati con delibera CIPE del 16 febbraio 1990 alle Regioni e Province autonome per la realizzazione degli interventi sopra descritti. Sono in corso di approvazione sempre dal CIPE (luglio 1990) finanziamenti di conto capitale per gli interventi previsti.

### **8.1.2 La programmazione regionale**

La programmazione regionale registra, rispetto all'anno 1988, le seguenti modificazioni (tavola 8.1):

- Veneto: con legge regionale n. 21/1989 è stato approvato il secondo Piano sanitario valido per gli anni 1989/91;
- Liguria: con legge regionale n. 8/1989 è stato approvato il primo Piano sanitario;



**Tavola 8.1 - Fondo Sanitario Nazionale - Parte corrente vincolata - Anno 1988**  
Ripartizione quote residue (in milioni di lire)

Regioni	Aids (a)	Handicap (b)	Salute mentale (c)	Consultori (d)	Onco- ematologia (e)	Trasporto emergenze (f)	Totale (d+e+f)	Totale generale
Piemonte	2.766	3.037	1.670		466		466	7.959
Valle d'Aosta	85	80	44				0	209
Lombardia	6.195	6.190	3.405			2.308	2.308	18.098
P.A. Bolzano	248	305	168				0	721
P.A. Trento	247	310	171				0	728
Veneto	2.495	3.047	1.676				0	7.218
Friuli V. G.	722	839	462			769	769	2.782
Liguria	1.713	1.209	665				0	3.587
Emilia Romagna	4.210	2.728	1.500		467		467	8.905
Toscana	2.458	2.480	1.364			769	769	7.071
Umbria	818	570	314				0	1.702
Marche	1.060	994	547				0	2.601
Lazio	3.298	3.587	1.973			1.539	1.539	10.397
Abruzzo	866	878	483				0	2.227
Molise	132	233	128	625			625	1.118
Campania	2.504	4.016	2.209	9.375	467	2.308	12.150	20.879
Puglia	1.773	2.824	1.553	4.375	1.800	1.538	7.713	13.863
Basilicata	255	433	238				0	926
Calabria	707	1.469	823	1.250	1.800		3.050	6.076
Sicilia	2.453	3.592	1.975	9.375		769	10.144	18.164
Sardegna	995	1.152	632				0	2.779
<b>Totale</b>	<b>36.000</b>	<b>40.000</b>	<b>22.000</b>	<b>25.000</b>	<b>5.000</b>	<b>10.000</b>	<b>40.000</b>	<b>138.000</b>

Fonte: Ministero del Tesoro

La tavola 8.2 riporta la situazione relativa alla programmazione ed organizzazione dei servizi socio-assistenziali.

**Tavola 8.2 - Fondo Sanitario Nazionale - Anno 1989**  
Assegnazioni per il programma di tutela della salute degli anziani  
(in milioni di lire)

Regioni	Anziani assistenza domiciliare integrata
Piemonte	8.854
Valle d'Aosta	206
Lombardia	14.994
P.A. di Bolzano	673
P.A. di Trento	814
Veneto	7.524
Friuli Venezia Giulia	2.683
Liguria	4.334
Emilia Romagna	8.683
Toscana	7.902
Umbria	1.736
Marche	2.945
Lazio	8.205
Abruzzo	2.353
Molise	660
Campania	7.312
Puglia	5.625
Basilicata	1.028
Calabria	3.239
Sicilia	7.879
Sardegna	2.351
<b>Totale</b>	<b>100.000</b>

Fonte: Ministero del Tesoro

Friuli V.G.: il secondo Piano è a livello di documento Assessorile;  
- Emilia Romagna, Toscana, Umbria: il secondo Piano è all'esame del Consiglio regionale.  
Per le altre Regioni la situazione è invariata.  
Di conseguenza, il quadro riassuntivo della situazione della programmazione regionale è, quanto alla documentazione formale, il seguente:  
- delle 21 Regioni e Province autonome, 12 si sono dotate della legge di Piano, e precisamente: Valle d'Aosta, Piemonte, P.A. Bolzano, Veneto, Friuli V.G., Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Sardegna; il che significa l'Italia settentrionale e centrale con alcune eccezioni (Lombardia, P.A. Trento, Lazio).  
Alcune Regioni sono al secondo Piano: Piemonte, P.A. Bolzano, Veneto.  
Altre regioni hanno in corso l'approvazione della legge relativa al secondo Piano: Emilia Romagna, Toscana, Umbria. Una Regione - il Piemonte - ha in corso l'approvazione della legge relativa al terzo Piano.  
- Circa le altre 9 Regioni ancora sprovviste di Piano, la situazione è la medesima del 1988, con la sola eccezione del Lazio il cui studio è stato approvato dalla Giunta regionale e presentato al Consiglio regionale.

### ***8.1.3 La programmazione locale (USL)***

Per l'attuazione dei Piani sanitari le Regioni hanno individuato - nelle relative leggi - lo strumento dei "programmi" o "piani" a livello di USL, e ciò anche a seguito della "legge finanziaria" per il 1986 (art. 29 legge n. 41/1986) che ha formalmente riconosciuto il ruolo della programmazione locale - nel contesto delle disposizioni che prevedono misure per garantire il pareggio dei bilanci delle USL - fugando così le perplessità insorte a seguito della legge 595/1985.

Alle USL spetta, quindi, la programmazione operativa e la gestione dei servizi sanitari, mentre alle Regioni è riservato il potere di indirizzo e coordinamento. Si afferma così il ruolo rilevante del programma di USL al quale viene affidato il compito di definire tempi e modalità per l'attuazione del piano regionale, di individuare gli obiettivi locali e particolari e le azioni per l'organizzazione dei servizi, sviluppare in modo coordinato le azioni sanitarie e socio-assistenziali in particolare riguardo a problematiche di particolare rilevanza, e ciò utilizzando le risorse in maniera coerente al Piano.

Con tali strumenti non si è attribuita, certo, al territorio la possibilità di governare autonomamente le problematiche della sanità. Tuttavia, demandando la specificazione di numerosi obiettivi alla determinazione dell'USL, le Regioni hanno ampliato il livello di autonomia gestionale del territorio ed arricchito il quadro degli strumenti della programmazione sanitaria individuando nei programmi zonali (non esplicitamente previsti dalla 833/78) i fattori necessari a garantire il decentramento delle attività programmatiche.

In termini quanti-qualitativi i risultati non sembrano siano stati, specie all'inizio, esaltanti se si tiene conto che, con le dovute eccezioni, nella prima fase di attuazione in media un terzo del totale delle USL di ogni Regione ha adottato un programma comprensoriale.

## 8.2 Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

Il finanziamento del SSN è costituito da:

1) Fondo Sanitario Nazionale (FSN) di parte corrente ed in conto capitale che occupa specifiche voci di spesa nel bilancio dello stato: nel 1989 la spesa per la parte corrente è stata di 58.870 miliardi di lire con un incremento del 11,8 per cento rispetto all'88, quella in conto capitale di 1.917 miliardi di lire con un incremento del 6,5 per cento;

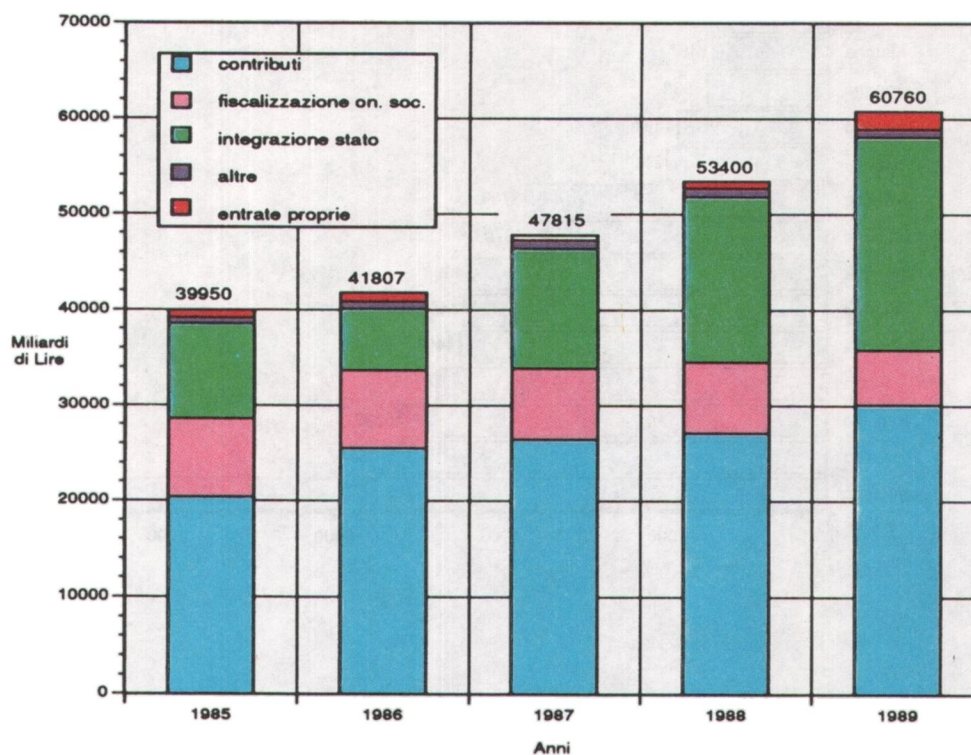
2) Entrate proprie delle USL (EP): si tratta sostanzialmente dei proventi per attività a pagamento delle USL, a questi vanno aggiunti dei proventi modesti in valore relativo derivanti dalle gestioni patrimoniali e finanziarie delle USL.

Dall'osservazione del trend del finanziamento corrente (FSN+EP) risulta un andamento crescente del finanziamento con un tasso medio di crescita annua nel periodo 1985-89 del 11,1 per cento (figura 8.1).

Questo valore è lievemente superiore alla crescita relativa della ricchezza prodotta a livello nazionale, dato che il tasso medio d'incremento annuo del Prodotto Interno Lordo (PIL) nel medesimo periodo è del 10,0 per cento.

Va considerato tuttavia che nel complesso del periodo considerato l'indice dei prezzi al consumo per servizi sanitari e spese per la salute cresce più velocemente di quello generale per effetto di un forte aumento dei prezzi nel settore sanitario nell'89 (+9,5 per cento rispetto al +4,7 per cento dell'anno precedente).

Fig. 8.1 - FSN parte corrente + Entrate Proprie - Anni 1985-89

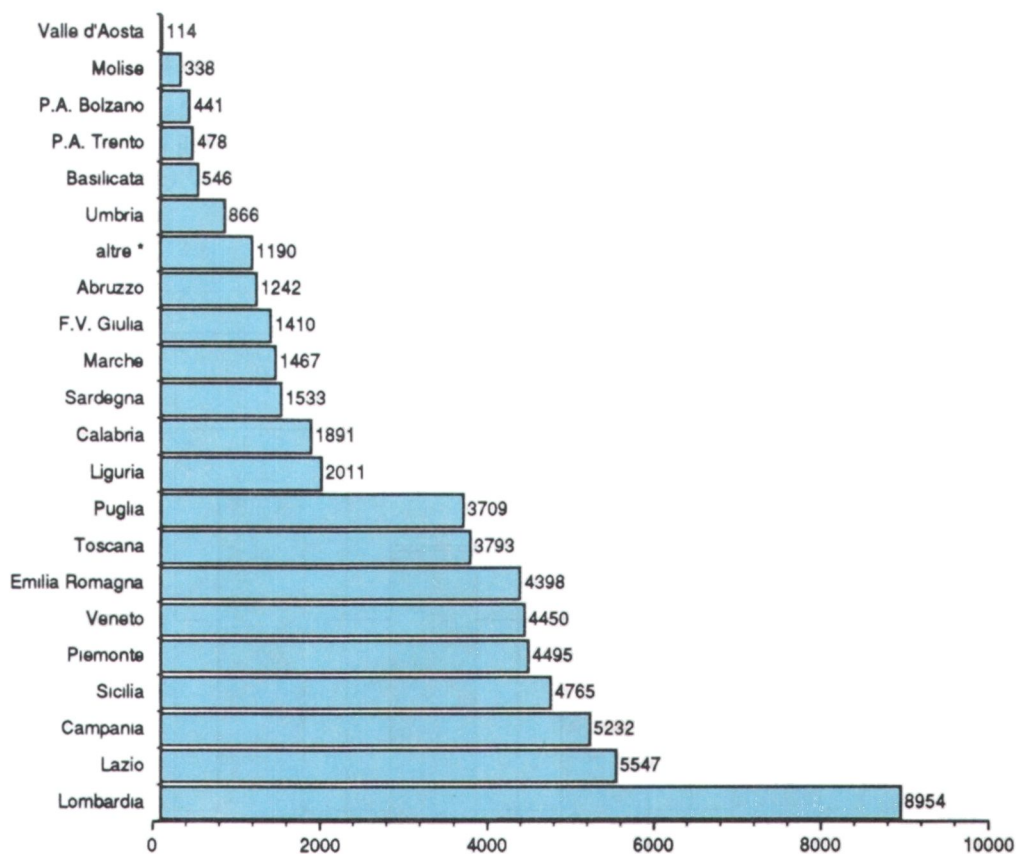


Fonte: Elaborazione ISIS su dati della Relazione Generale sulla situazione economica del Paese

Pertanto al netto dell'effetto dei prezzi la crescita del finanziamento del SSN (incremento medio annuo: +4,8 per cento) è sostanzialmente in linea con quella del PIL (incremento medio annuo: +4,2 per cento).

La ripartizione del FSN di parte corrente nel 1989 è riportata nella figura 8.2; è da evidenziare il fatto che le prime 6 Regioni indicate nella figura assorbono circa il 57 per cento del FSN corrente.

**Fig. 8.2 - Ripartizione FSN parte corrente - Anno 1989**



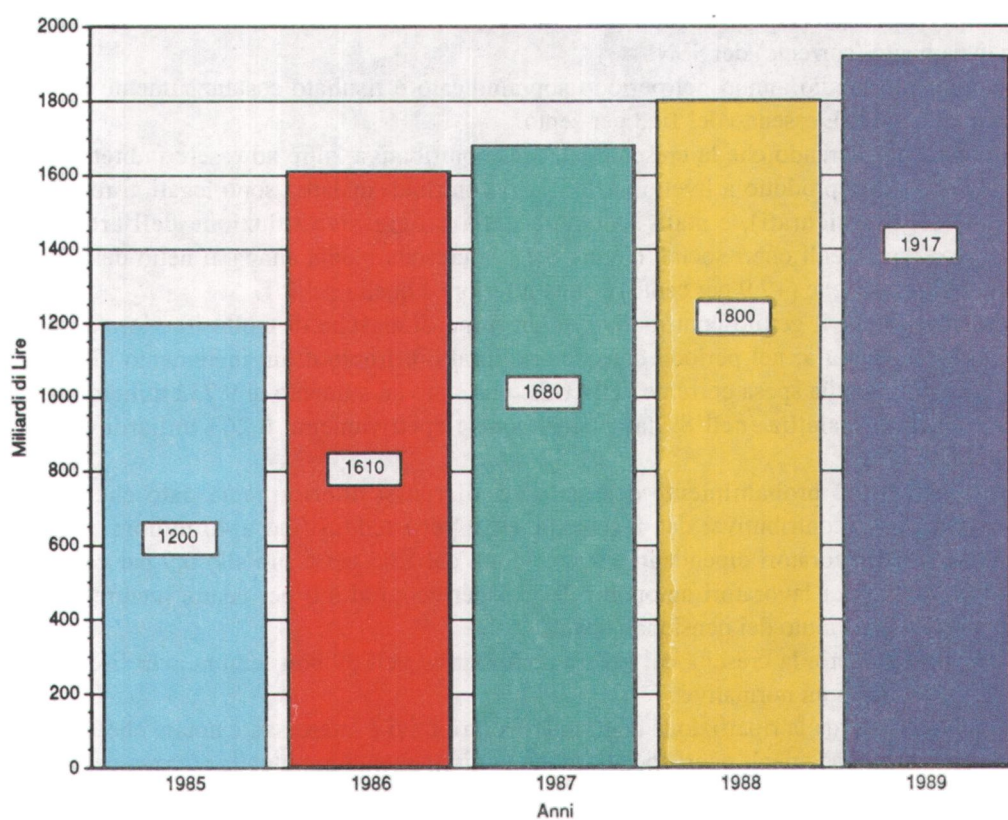
\* Arretrati convenzioni, vincolate PSN, ricerca IRCCS, CRI, ecc.

*Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Ministero della Sanità - Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria*

Il finanziamento in conto capitale rappresenta una quota molto bassa del finanziamento complessivo (parte corrente+conto capitale), nell'89 il 3,1 per cento, nel periodo 1985-89 tale incidenza è stata mediamente del 3,3 per cento.

Quindi vi è una maggior propensione per la spesa corrente rispetto agli investimenti. Si noti tuttavia che in questo periodo il finanziamento in conto capitale si è incrementato in modo lievemente più veloce del finanziamento corrente, con un tasso medio d'incremento annuo del 12,4 per cento (figura 8.3).

**Fig. 8.3 - FSN in conto capitale - Anni 1985-89**



*Fonte: Elaborazione ISIS su dati della Relazione Generale sulla situazione economica del Paese*

Oltre al finanziamento della spesa del SSN per l'anno in corso (1989) vi è l'intervento dello Stato a ripiano del disavanzo sulla spesa del SSN degli anni precedenti che, per la quota imputata nel bilancio dello Stato di competenza dell'esercizio 1989, ammonta a 1.200 miliardi di lire. In totale quindi le spese per il SSN che gravano sul bilancio dello stato nell'esercizio finanziario 1989 (FSN+interventi a ripiano) ammontano a 61.987 miliardi di lire e rappresentano il 12,8 per cento delle spese finali dello Stato.

### **8.2.1 Contributi malattia**

I contributi malattia, che costituiscono la parte di assistenza sanitaria finanziata in via diretta dai cittadini (lavoratori dipendenti, autonomi e datori di lavoro), ammontano nell'89 a 30.106 miliardi di lire (+11,0 per cento rispetto all'88) pari al 49,5 per cento del finanziamento di parte corrente; nel periodo 1985-89 tale incidenza è stata mediamente del 53,2 per cento, dunque i cittadini hanno coperto in via diretta più della metà del finanziamento (corrente) del SSN.

L'incremento medio annuo nel periodo sopraindicato è risultato sostanzialmente in linea con quello del PIL essendo del 10,3 per cento.

Tuttavia, considerando che la crescita dell'area contributiva, oltre ad essere indirettamente legata al reddito prodotto a livello nazionale (i contributi malattia sono legati ai redditi da lavoro degli assicurati), è stata sostenuta dalla progressiva riduzione dell'area della fiscalizzazione degli oneri sociali (figura 8.1), la crescita media annua al netto dell'effetto della fiscalizzazione (+7,9 per cento) è stata inferiore a quella del PIL.

In valori assoluti il gettito contributivo ha un ritmo di crescita di molto inferiore a quello della spesa sanitaria; nel periodo considerato, infatti, a fronte di un incremento di 25.132 miliardi di lire della spesa corrente delle USL vi è stato un aumento di 9.732 miliardi di lire dei contributi malattia (nell'89 tali valori sono rispettivamente 6.263 miliardi e 2.986 miliardi di lire).

Questo divario è probabilmente destinato ad allargarsi ulteriormente dato che è stata ristretta la base contributiva: dal 1 gennaio 1989 per i redditi fino a 40 milioni di lire il contributo dei lavoratori dipendenti è stato ridotto dal 1,05 per cento allo 0,9 per cento del reddito, quello dei lavoratori autonomi dal 6,5 per cento al 5,0 per cento, mentre è stato soppresso il contributo dei pensionati statali.

A dire il vero, però, la crescita del gettito contributivo nell'89 non sembra aver risentito di queste modificazioni normative.

Per quanto riguarda la ripartizione degli oneri contributivi è interessante notare che, al lordo della fiscalizzazione degli oneri sociali, la quota direttamente imputabile all'area del lavoro dipendente rappresenta, con 26.394 miliardi di lire, il 73,7 per cento della contribuzione totale al lordo della fiscalizzazione (contributi+fiscalizzazione), mentre la quota direttamente imputabile al lavoro autonomo con 3.350 miliardi di lire rappresenta il 9,3 per cento, la quota non classificabile direttamente è del 17,0 per cento.

Questo divario assume maggior rilevanza considerando che circa il 66 per cento della popolazione afferisce all'area del lavoro dipendente, mentre il 26 per cento circa è legato all'area del lavoro autonomo (il resto rientra nella fascia d'indigenza).

### **8.2.2 Fiscalizzazione degli oneri sociali**

La fiscalizzazione degli oneri sociali costituisce un'agevolazione per le imprese: come è noto al fine di alleggerire il carico dei contributi sanitari sui datori di lavoro, il legislatore annualmente, con valutazione discrezionale e distintamente per settori ed aree territoriali, fiscalizza parte dei contributi.

L'area della fiscalizzazione si è ristretta nel periodo 1985-89 (vedi figura 8.1) passando da 8.252 miliardi di lire nell'85 (20,7 per cento del finanziamento corrente) a 5.747 miliardi di lire nell'89 (9,5 per cento del finanziamento corrente), con un calo quindi di 2.505 miliardi di lire (-30,4 per cento).

I decrementi si sono concentrati nel 1987, in cui gli oneri fiscalizzati si sono ridotti del 9,1 per cento rispetto all'anno precedente (-739 miliardi di lire), e nel 1989 (-1.683 miliardi di lire), con una riduzione del 22,7 per cento rispetto all'88. Mediamente, nel periodo considerato, il decremento è stato dell'8,6 per cento l'anno.

### **8.2.3 Integrazione del Fondo Sanitario Nazionale a carico dello Stato**

In questa aggregazione rientrano sia gli oneri propri a carico dello Stato sia la vera e propria integrazione, data dalla parte di FSN (corrente) non coperta da altre fonti di finanziamento. Gli oneri propri riguardano l'assistenza sanitaria della fascia indigente di popolazione, che, ai sensi dell'art. 32 della costituzione, fa carico direttamente allo Stato. Poichè l'indagine Gorrieri sulla povertà ha valutato nell'8 per cento della popolazione la fascia d'indigenza, lo Stato stanziava ogni anno una quota pari all'8 per cento circa della spesa sanitaria prevista. Oltre a ciò lo Stato deve provvedere direttamente anche al finanziamento della prevenzione collettiva (igiene pubblica, veterinaria, etc.); questo contributo dello Stato è sviluppato secondo il tasso d'incremento della spesa sanitaria prevista. Nel 1989 il totale di 22.245 miliardi di lire d'integrazione del FSN a carico dello Stato ha avuto la seguente composizione: finanziamento statale per i poveri 5.114 miliardi di lire; finanziamento statale per l'igiene pubblica 6.268 miliardi di lire; integrazione effettiva a carico dello Stato 10.863 miliardi di lire. L'integrazione dello Stato nel suo complesso ha assunto un peso sempre più rilevante nella composizione del finanziamento corrente passando dal 24,9 per cento del 1985 al 36,6 per cento del 1989; questo per effetto di un andamento crescente nel complesso del periodo considerato, con un tasso medio d'incremento annuo del 22,2 per cento. Solo nell'86 si è verificata una forte decrescita (-35,7 per cento, rispetto all'85) nell'andamento dell'integrazione, che ha comportato una minore incidenza della stessa sul finanziamento (15,3 per cento). All'interno dell'integrazione a partire dall'87 ha assunto sempre maggior rilevanza l'integrazione effettiva rispetto al finanziamento per i poveri e l'igiene collettiva: la prima è passata infatti da 2.379 miliardi di lire a 10.663 miliardi di lire, cioè da un'incidenza del 22,0 per cento sul totale dell'integrazione nell'87 ad una del 48,8 per cento nell'89, mentre il finanziamento per i poveri e quello per l'igiene collettiva, pur crescendo in tutto il periodo considerato, hanno avuto un'incidenza via via minore, rispettivamente dal 35,1 per cento dell'87 al 23,0 per cento dell'89 il primo e dal 43,0 per cento al 28,2 il secondo.

Considerando che sia la fiscalizzazione degli oneri sociali sia l'integrazione del FSN a carico dello Stato vengono coperti mediante il gettito delle imposte, si può dire che la quota fiscalizzata (fiscalizzazione oneri sociali+integrazione stato) ha rappresentato nel 1989 quasi la metà (46,1 per cento) del finanziamento corrente del SSN.

Quella relativa al 1989 è la più alta incidenza raggiunta nel periodo 1985-89; l'incidenza media nel periodo è del 42,0 per cento ed il minimo è, nell'86, 34,8 per cento.

#### **8.2.4 Autofinanziamento locale ed altre entrate**

La voce altre entrate rientra nella determinazione del FSN di parte corrente e comprende essenzialmente trasferimenti da Enti Locali Regioni ed USL al bilancio dello Stato (cap.3342 entrate). L'importo di questa voce nel 1989 è relativamente modesto (772 miliardi di lire), conseguentemente molto modesta è l'incidenza sul finanziamento corrente (1,3 per cento). Nel periodo 1985-89 le altre entrate hanno avuto nel primo triennio un rallentamento nella velocità di crescita poi un andamento decrescente, anche se nell'89 si è registrato un rallentamento nella velocità di decrescita (-6,1 per cento rispetto al -8,6 per cento dell'88).

L'autofinanziamento locale (entrate proprie USL), come si è già visto, è la voce di finanziamento corrente del SSN che non rientra nel FSN corrente. Nell'89 è ammontato a 1.890 miliardi di lire con un'incidenza abbastanza modesta sul finanziamento corrente del 3,1 per cento. Fino all'88 l'autofinanziamento ha avuto un andamento altalenante; nell'89, in corrispondenza dell'introduzione dei ticket ospedalieri ed ambulatoriali e dell'azione del Ministero della Sanità affinché le USL reinvestano nella spesa corrente i propri introiti, le entrate proprie si sono più che raddoppiate (+152 per cento rispetto all'88) raggiungendo il valore massimo del periodo 1985-89 sia in termini assoluti che di incidenza sul finanziamento.



### 8.3 La spesa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Verrà qui considerata solo la spesa corrente, dato che quella in conto capitale rappresenta una quota molto piccola di quella totale e non presenta scostamenti significativi dai valori di finanziamento. D'ora in poi pertanto per "spesa sanitaria" s'intenderà la spesa sanitaria corrente.

Si tenga inoltre presente che, nell'analisi che segue, per la spesa sanitaria del periodo 1985-'88 si è considerata la spesa di competenza annuale, secondo la stima al mese di Giugno 1990 effettuata dal Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria sulla base delle indicazioni fornite dagli assessorati alla sanità di ciascuna Regione.

Per l'anno 1989, invece, i dati di spesa sono stati ricavati dai rendiconti delle USL al IV trimestre 1989.

La spesa corrente del SSN, aggregando i vari capitoli per grandi funzioni di spesa, ha presentato i valori riportati nella tavola 8.3 e nella figura 8.4.

La spesa sanitaria per regione nel 1989 è riportata nella figura 8.5.

**Tavola 8.3 - Spesa sanitaria per grandi funzioni (in miliardi di lire)  
Anno 1989**

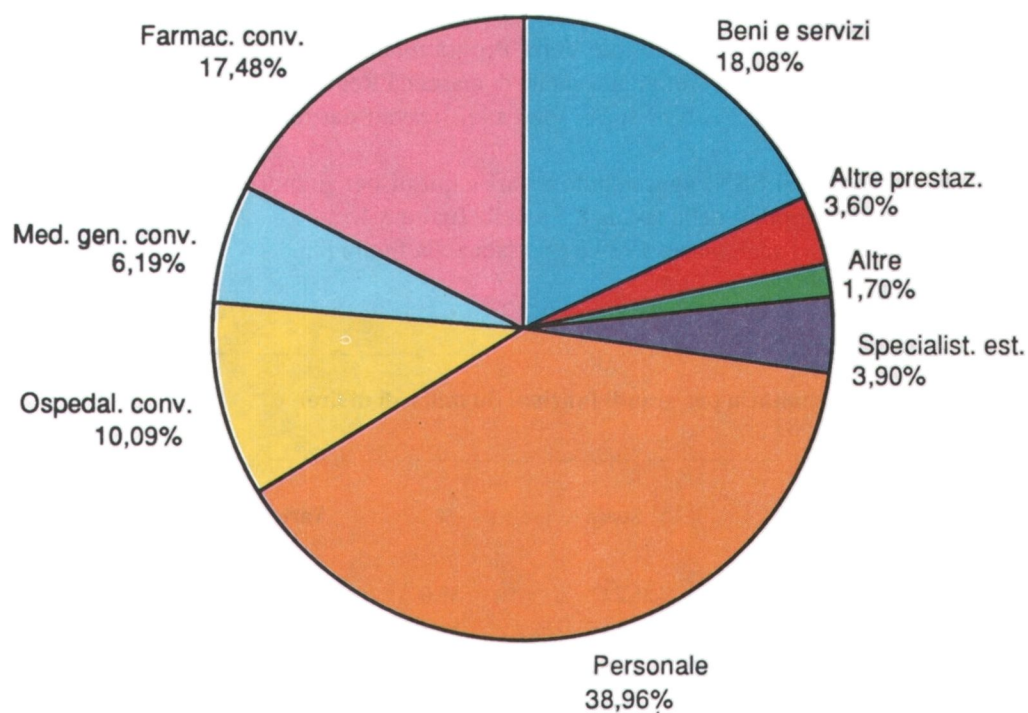
Funzioni	Spesa	%	Variatz. %
personale	26.228	39,0	9,0
beni e servizi	12.135	18,1	15,3
medicina generica	4.176	6,2	1,2
farmaceutica	11.735	17,5	9,8
ospedaliera convenz.	6.776	10,1	15,5
specialistica:			
<i>ambulat. int.</i>	735	1,1	9,8
<i>convenz. est.</i>	2.590	3,9	- 4,1
altre prestazioni sanitarie	2.390	3,6	24,9
vincolate, obiettivi di			
piano, altre differenziali	203	0,3	- 82,1
mutui ed interessi pass.	209	0,3	198,0
<b>Totale</b>	<b>67.177</b>	<b>100,0</b>	<b>8,8</b>

Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria (1989)

---

**Fig. 8.4 - Incidenza percentuale - Anno 1989**

---



---

Il settore "Altre" include aggregazioni economiche ciascuna di importo inferiore al 3%

---

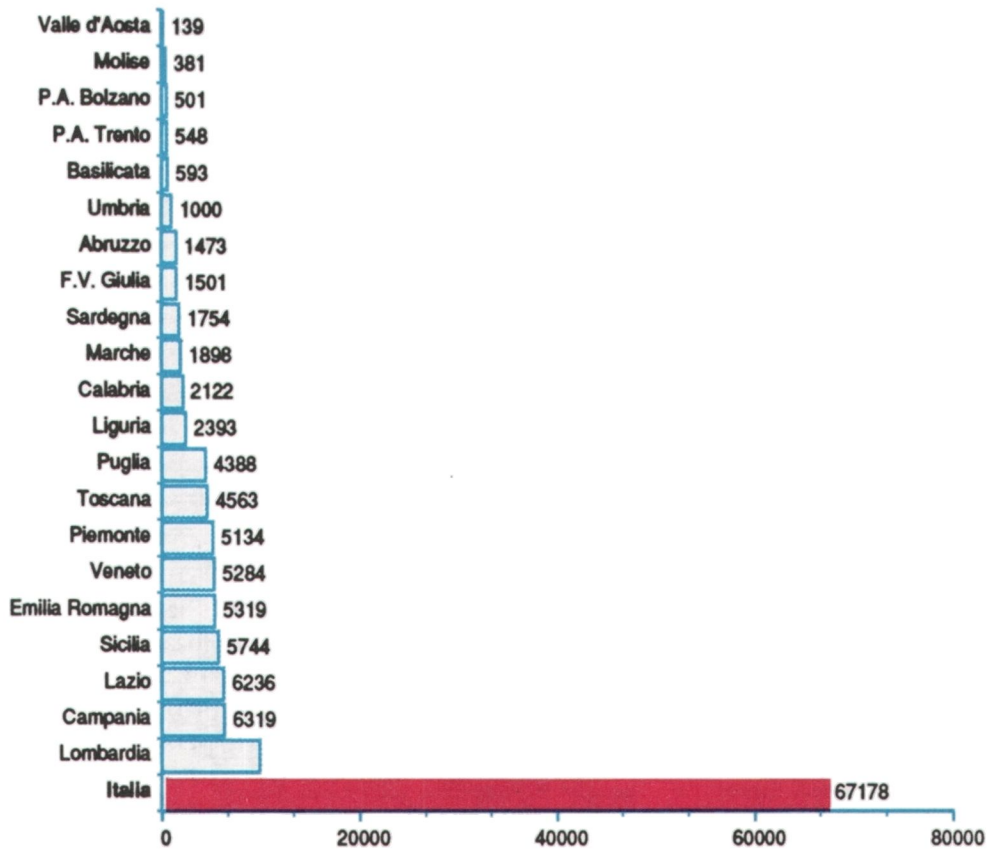
Fonte: S.C.P.S.

---

---

**Fig. 8.5 - Spesa sanitaria per Regione - Anno 1989**

---



---

*Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Ministero della Sanità - Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria*

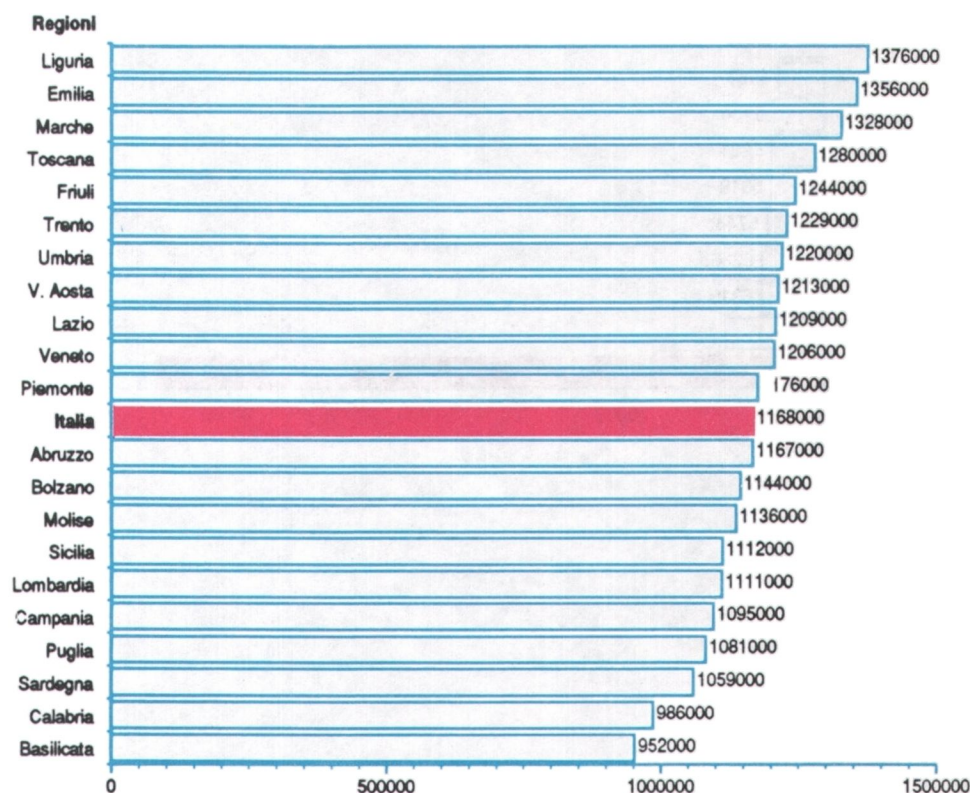
---

E' da evidenziare il fatto che la spesa delle prime 6 regioni per ordine di importo (figura 8.5) rappresenta circa il 58 per cento della spesa sanitaria e che l'Emilia Romagna, pur non rientrando fra le prime 6 regioni per valore di finanziamento, rientra in tale numero per spesa e viceversa per il Piemonte.

La spesa sanitaria pro-capite per regione è riportata nella figura 8.6.

E' stata la Liguria con 1 milione 376 mila lire per abitante la regione con più alta spesa sanitaria pro-capite, rispetto ad una media nazionale di 1 milione 168 mila lire. In coda la Basilicata con 952 mila lire l'anno per assistito. Va notato che al di sopra della media nazionale si trovano unicamente regioni centro-settentrionali. Il divario fra nord e sud si è allargato in quanto, al contrario del 1988, tutte le regioni meridionali si trovano al di sotto di 1 milione e 136 mila lire mentre 10 regioni (e provincie autonome) centro-settentrionali su 14 si trovano al di sopra di 1 milione e 200 mila lire.

**Fig. 8.6 - Spesa regionale per abitante - Anno 1989**

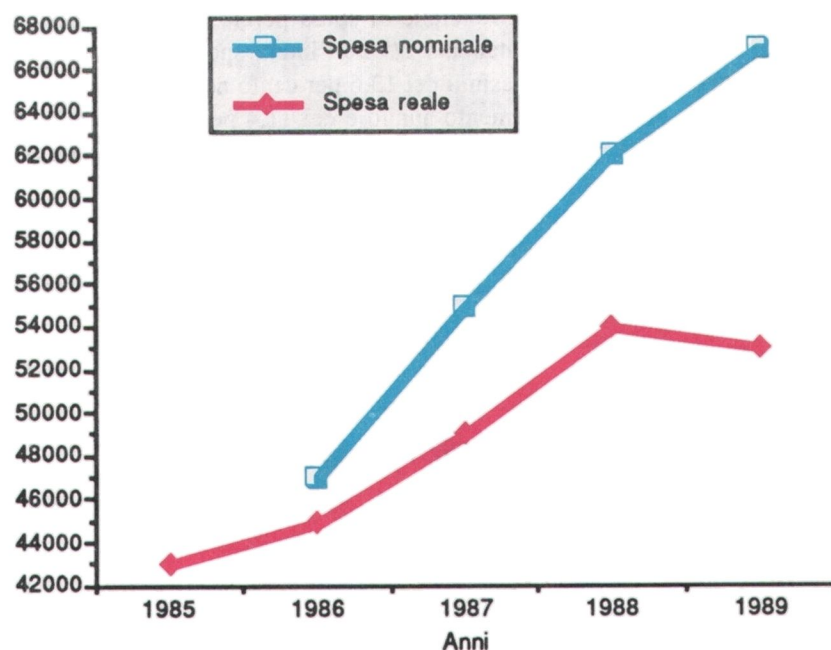


Fonte: S.C.P.S.

### 8.3.1 Analisi del trend e rapporto con il Prodotto Interno Lordo (PIL)

Dall'osservazione del trend della spesa sanitaria nel periodo 1985-89 (figura 8.7) risulta un andamento sempre crescente con un andamento oscillante dei tassi di crescita annuale ed un tasso medio d'incremento annuo del 11,9 per cento. Questo valore è superiore a quello della crescita relativa della ricchezza prodotta a livello nazionale; il PIL, infatti, presenta un tasso medio d'incremento annuo nello stesso periodo del 10,0 per cento. La crescita percentuale del 1989 (+8,8 per cento) è stata la più bassa di tutto il periodo considerato, che ha presentato nell'87 una punta massima del 16,8 per cento; nell'89, dunque, si è verificato un rallentamento significativo nella velocità di crescita della spesa sanitaria. Anche rispetto a quello del PIL l'incremento sopra considerato è stato inferiore: 1'8,8 per cento contro il 9,7 per cento. L'incidenza della spesa sanitaria sul PIL è rimasta praticamente costante nel periodo, variando da un minimo di 5,2 per cento nell'86 ad un massimo di 5,7 per cento nell'89. Dunque oltre a trovarsi conferma del rapporto di proporzionalità diretta fra il livello di ricchezza nazionale e quello di spesa sanitaria, si può dire che quest'ultima ha usufruito sempre per la stessa quota della ricchezza prodotta a livello nazionale.

**Fig. 8.7 Spesa sanitaria nominale e reale - Anni 1985-89**



Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Ministero della Sanità - Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria

Deflazionando la spesa sanitaria per l'indice dei prezzi al consumo dei servizi sanitari e delle spese per la salute, fornito dall'Istituto Nazionale di Statistica, considerando cioè la spesa sanitaria a prezzi costanti (prezzi del 1985), si nota come l'inflazione nel settore sanitario abbia un effetto determinante nella crescita della spesa. Infatti l'11,9 per cento di crescita media annuale della spesa sanitaria nel periodo 1985-89 è composto da un 5,6 per cento dovuto all'aumento della spesa reale (spesa a prezzi costanti) e da un 6,3 per cento dovuto alla crescita dei prezzi nel settore sanitario. Più della metà (52,9 per cento) dell'aumento medio annuale della spesa, pertanto, dipende dall'inflazione nel settore sanitario. Nel 1989 la spesa al netto dell'effetto dei prezzi (spesa reale) è addirittura diminuita rispetto all'anno precedente (-0,6 per cento), in quest'anno perciò l'incremento della spesa sanitaria è dovuto al forte aumento dei prezzi (+9,5 per cento) verificatosi nel settore sanitario, secondo gli indici dell'Istituto Nazionale di Statistica.

### 8.3.2 Spesa personale

La spesa per il personale nel 1989 ammonta a 26.228 miliardi di lire con un incremento del 9,0 per cento rispetto al 1988, la sua incidenza sulla spesa totale è stata del 39,0 (tavola 8.4). Nel periodo considerato l'incidenza della spesa per il personale è rimasta praticamente costante, variando da un minimo rappresentato dal valore del 1989 ad un massimo del 40,0 per cento registratosi nell'86. Questa funzione di spesa perciò, in tutto il periodo, è stata quella di maggior importo, rappresentando i 2/5 dell'intera spesa. L'andamento è sempre crescente, con un tasso di crescita massimo del 13,6 per cento nell'87 ed un minimo pari al valore dell'89. Il tasso medio d'incremento annuo è del 11,4 per cento, più del doppio dei valori dell'inflazione (indice generale dei prezzi al consumo), superiore anche alla crescita media annua del PIL (+10,0 per cento).

Nell'89 il tasso di crescita annuale della spesa per il personale, pur registrando un rallentamento significativo e pur essendo tale valore inferiore a quello del PIL (+9,7 per cento), risulta lievemente maggiore di quello della spesa sanitaria, contribuisce quindi ad aumentarne la velocità di crescita.

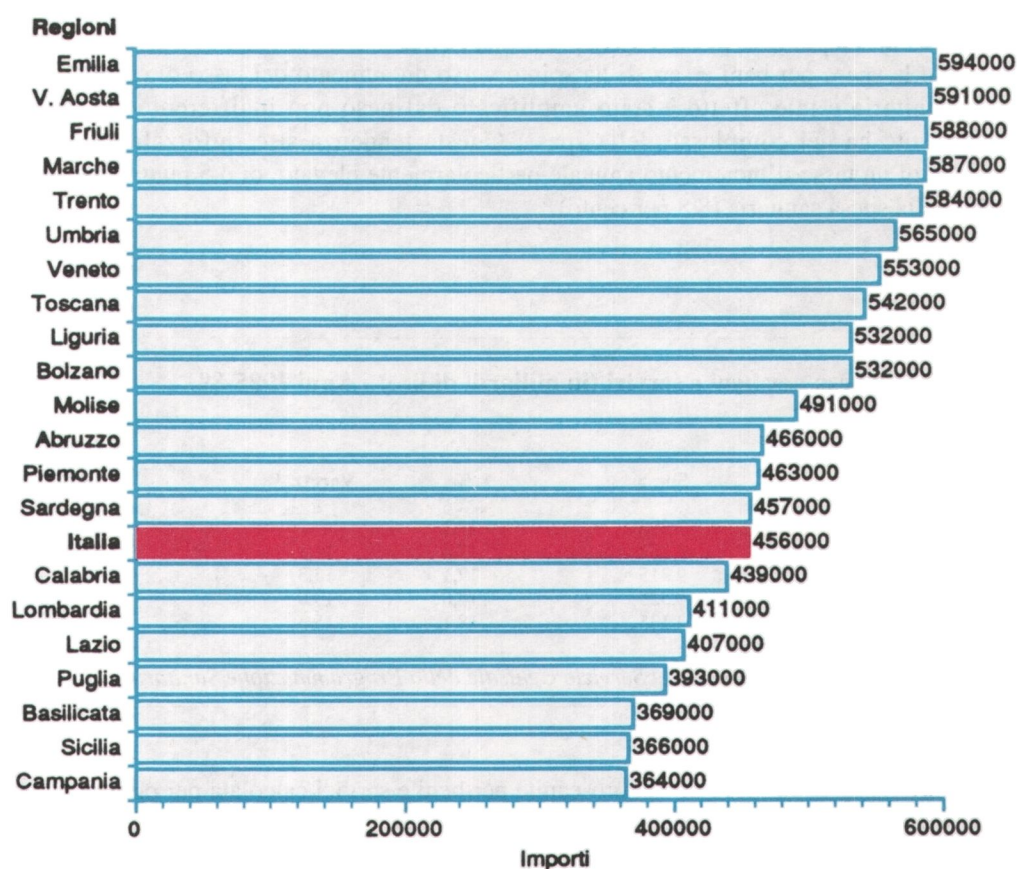
**Tavola 8.4 - Spesa per il personale (in miliardi di lire) - Anni 1985-89**

Anni	Spesa	%	Variaz. %
1985	17.058	39,8	-
1986	18.718	40,0	9,7
1987	21.267	38,9	13,6
1988	24.059	39,0	13,1
1989	26.228	39,0	9,0

Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria

La spesa pro-capite per il personale è quella indicata per regione nella figura 8.8. La media nazionale è di 456 mila lire annue pro-capite, rispetto ad un massimo di 594 mila lire in Emilia Romagna ed un minimo di 364 mila lire in Campania. Vi è uno squilibrio territoriale dato che le prime 10 posizioni sono occupate da regioni (e provincie autonome) centro-settentrionali, mentre solo 2 regioni meridionali si trovano al di sopra della media nazionale.

**Fig. 8.8 - Spesa regionale per abitante (personale dipendente)- Anno 1989**



Fonte: S.C.P.S.

### 8.3.3 Spesa beni e servizi

La spesa per beni e servizi nel 1989 ammonta a 12.135 miliardi di lire con un incremento del 15,3 per cento rispetto all'anno precedente ed un'incidenza sulla spesa sanitaria del 18,1 per cento (tavola 8.5). Nel periodo 1985-89 l'incidenza della spesa per beni e servizi su quella totale è praticamente costante, essendo compresa tra un minimo del 17,0 per cento nell'88 ed un massimo pari al valore dell'89. In tale periodo la funzione di spesa qui considerata è risultata il secondo componente per grandezza della spesa totale, pari a poco meno della metà della spesa per il personale. Questa componente di spesa ha fatto registrare, tranne una lievissima inversione di tendenza nell'88, una crescita più che proporzionale passando da un tasso di crescita annua del 11,1 per cento nell'86 a quello massimo dell'89, con un tasso medio d'incremento annuo di circa 13,2 per cento. Tale valore è largamente superiore alla crescita dei prezzi, è più elevato di quello del PIL ed è maggiore di 1,3 punti rispetto a quello della spesa sanitaria. Quindi nell'arco di tempo osservato la spesa per beni e servizi ha spinto verso un aumento del tasso di crescita della spesa sanitaria e tale effetto è stato amplificato dal peso non indifferente che questa componente ha nel complesso della spesa. Questa tendenza si è rinforzata nell'89 in presenza di un tasso d'incremento annuale particolarmente elevato, di 6,5 punti superiore a quello della spesa sanitaria (8,8 per cento).

---

**Tavola 8.5 - Spesa per beni e servizi (in miliardi di lire) - Anni 1985-89**

---

Anni	Spesa	%	Variatz. %
1985	7.398	17,3	-
1986	8.222	17,6	11,1
1987	9.315	17,1	13,3
1988	10.525	17,0	13,0
1989	12.135	18,1	15,3

---

*Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria*

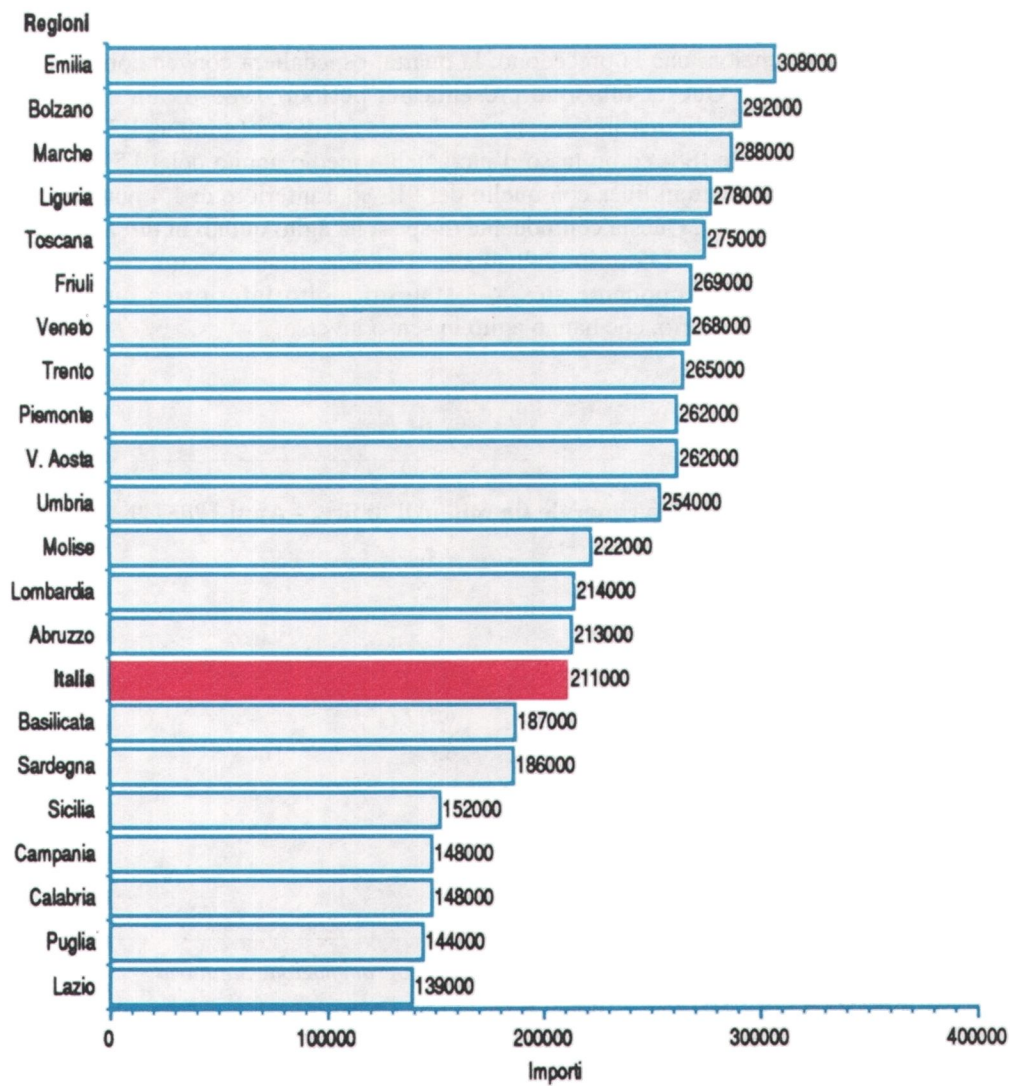
---

Per quanto riguarda la spesa media pro-capite per beni e servizi calcolata per ogni regione i valori sono quelli della figura 8.9.

Le maggiori spese per beni e servizi, il che vuol dire anche investimenti in manutenzione ordinaria ed ammodernamento delle strutture e delle apparecchiature, si rilevano nelle regioni settentrionali che per spesa pro-capite si trovano tutte al di sopra della media nazionale e dove, per i valori più elevati, la quota media per assistito risulta doppia, rispetto alle regioni centrali e meridionali che presentano i valori più bassi (Calabria, Campania, etc.). La media nazionale è 211 mila lire l'anno il valore massimo e minimo è rispettivamente dell'Emilia Romagna con 308 mila lire e del Lazio con 139 mila lire.



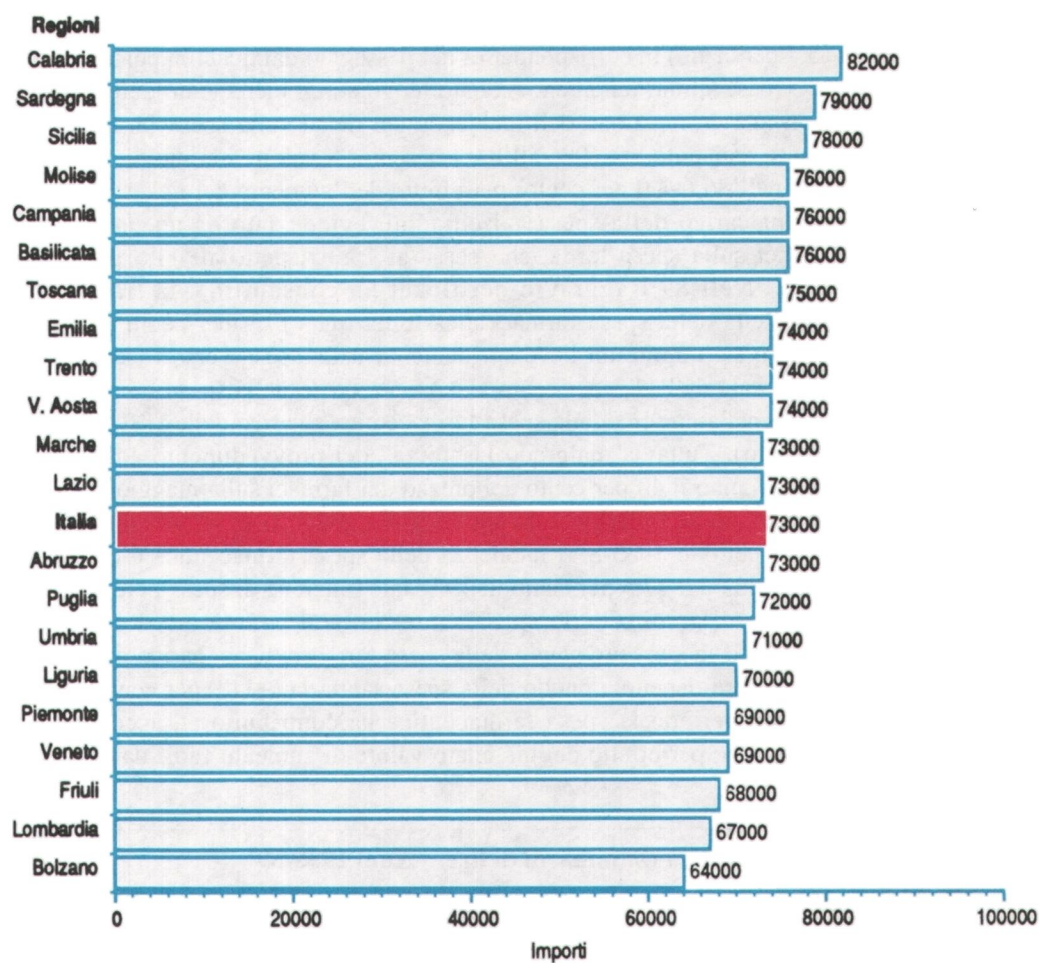
Fig. 8.9 - Spesa regionale per abitante - Beni e Servizi - Anno 1989



Fonte: S.C.P.S.



**Fig. 8.10 - Spesa regionale per abitante (assistenza medico-generica convenzionata)  
Anno 1989**



Fonte: S.C.P.S.

### 8.3.5 Spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica pubblica a carico delle USL nel 1989 ammonta a 11.735 miliardi di lire con un incremento rispetto all'anno precedente del 9,8 per cento, notevolmente inferiore al tasso medio d'incremento annuo del 13,1 per cento calcolato sugli ultimi 5 anni (tavola 8.7). Questo periodo è stato contraddistinto dalla presenza di un elevato picco di crescita nell'87 (+25,7 per cento) in corrispondenza del passaggio dal ticket in percentuale a quello in quote fisse. Quest'ultimo fenomeno ha dato luogo ad un incremento della spesa a carico delle USL, con una diminuzione dell'incidenza del ticket sulla spesa farmaceutica lorda, dal 15,3 per cento registrato nel 1986 all'8,0 per cento. Il valore minimo di crescita è stato invece raggiunto nell'86 (+4,0 per cento) per effetto dell'aumento del ticket. A ciò ha corrisposto un maggior carico della spesa sui cittadini, evidenziato da un incremento nell'incidenza del ticket sulla spesa lorda, che passa al 15,3 rispetto all'11,5 per cento dell'anno precedente. Nell'89 l'aggravio dei ticket ha consentito, sia tramite un rallentamento nella crescita della spesa farmaceutica lorda (da +17,9 per cento dell'88 a +11,5 per cento dell'89), sia tramite un lieve spostamento della spesa verso i cittadini (la compartecipazione è passata dall'11,2 per cento al 12,4 per cento della spesa farmaceutica lorda), un rallentamento nella crescita della spesa farmaceutica a carico delle USL (da 13,8 per cento a 9,8 per cento). Tuttavia malgrado la "forza" del provvedimento adottato (il ticket ha raggiunto a fine anno il 40 per cento del prezzo dei farmaci sulla maggioranza dei medicinali), non si è ottenuto un rallentamento significativo, ma solo il rientro ad livello di crescita "normale". Nel periodo 1985-89 l'incidenza della spesa farmaceutica è compresa tra il 16,0 per cento dell'86 ed il 17,5 per cento dell'89; tale funzione di spesa perciò risulta la terza per grandezza nell'ambito della spesa sanitaria. Nel complesso del periodo considerato il tasso medio d'incremento annuo della spesa farmaceutica a carico delle USL (+13,1 per cento) è superiore rispetto a quello della spesa sanitaria (+11,9 per cento) di 1,2 punti, pertanto in questo periodo la spesa farmaceutica ha contribuito ad accelerare la crescita della spesa sanitaria, per effetto del già citato valore di aumento fuori dalla norma raggiunto nel 1987.

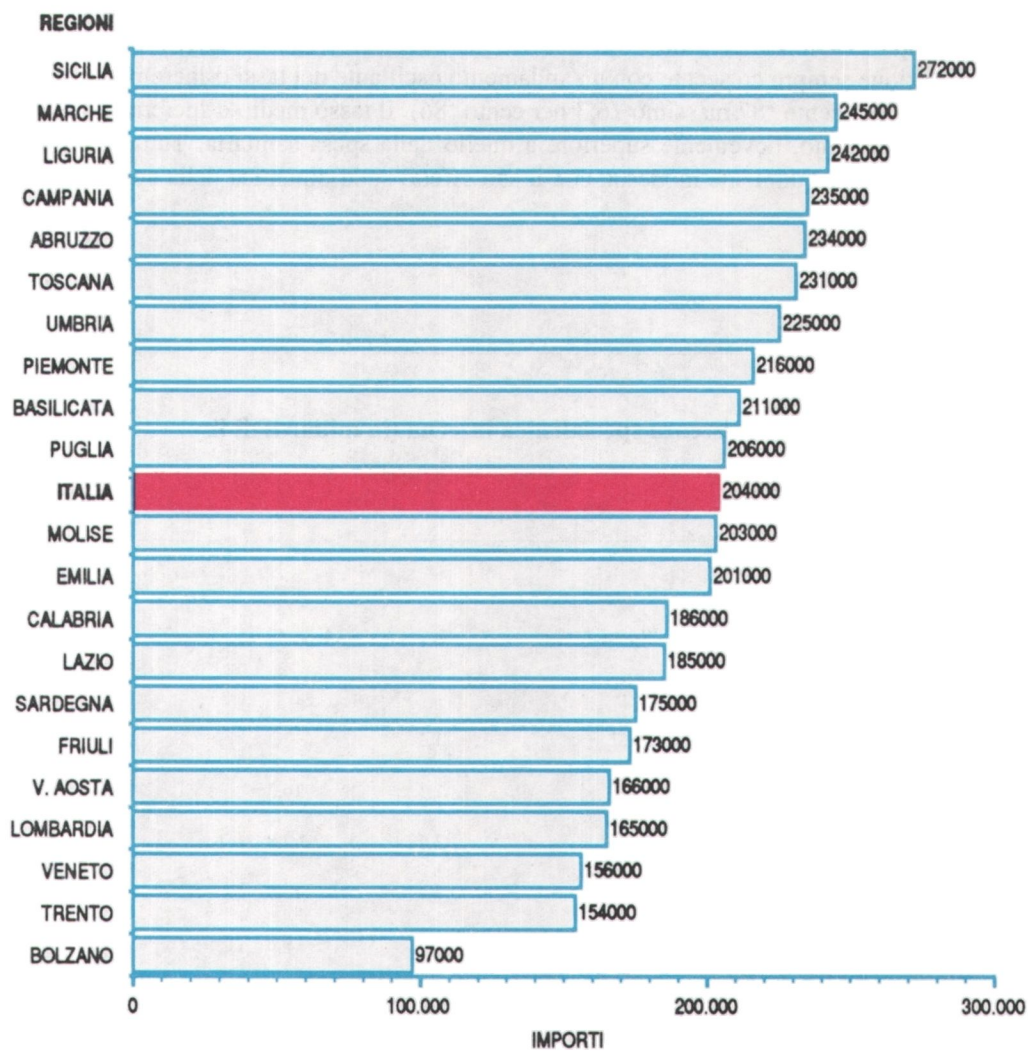
**Tavola 8.7 - Spesa farmaceutica (in miliardi di lire) - Anni 1985-89**

Anni	Spesa	%	Var. %
1985	7.182	16,8	
1986	7.466	16,0	4,0
1987	9.387	17,2	25,7
1988	10.683	17,3	13,8
1989	11.735	17,5	9,8

*Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria*

La spesa farmaceutica pro-capite per regione è riportata nella figura 8.11. Per l'assistenza farmaceutica si spende di più al centro e nel sud. Infatti si registra una prevalenza di regioni centrali e meridionali al di sopra della media nazionale, e viceversa per quelle settentrionali che occupano gli ultimi sei posti nella graduatoria di spesa. Il valore massimo è di 272 mila lire della Sicilia, quello medio nazionale di 204 mila, ed il minimo di 97 mila nella Provincia Autonoma di Bolzano.

**Fig. 8.11 - Spesa regionale per abitante (assistenza farmaceutica convenzionata)  
Anno 1989**



Fonte: S.C.P.S.

### 8.3.6 Spesa assistenza specialistica interna ed esterna

La spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale interna nel 1989 è pari a 735 miliardi di lire con un aumento percentuale sull'88 del 9,8 per cento ed un'incidenza sulla spesa sanitaria del 1,1 per cento (tavola 8.8). Questa è la più piccola componente di spesa ed ha sempre rappresentato nel periodo 1985-89 l'1,1 per cento della spesa complessiva. Si tratta di una funzione sempre crescente con un andamento oscillante dei tassi d'incremento annuo (minimo 7,8 per cento '87 massimo 16,3 per cento '86). Il tasso medio d'incremento annuo è del 12,4 per cento, lievemente superiore a quello della spesa sanitaria. Tuttavia l'entità della componente è talmente modesta, che il suo effetto sulla dinamica della spesa totale è in pratica nullo.

---

**Tavola 8.8 - Spesa per assistenza specialistica interna (in miliardi di lire)**  
**Anni 1985-89**

---

Anni	Spesa	%	Var. %
1985	461	1,1	
1986	536	1,1	16,3
1987	578	1,1	7,8
1988	670	1,1	15,9
1989	735	1,1	9,8

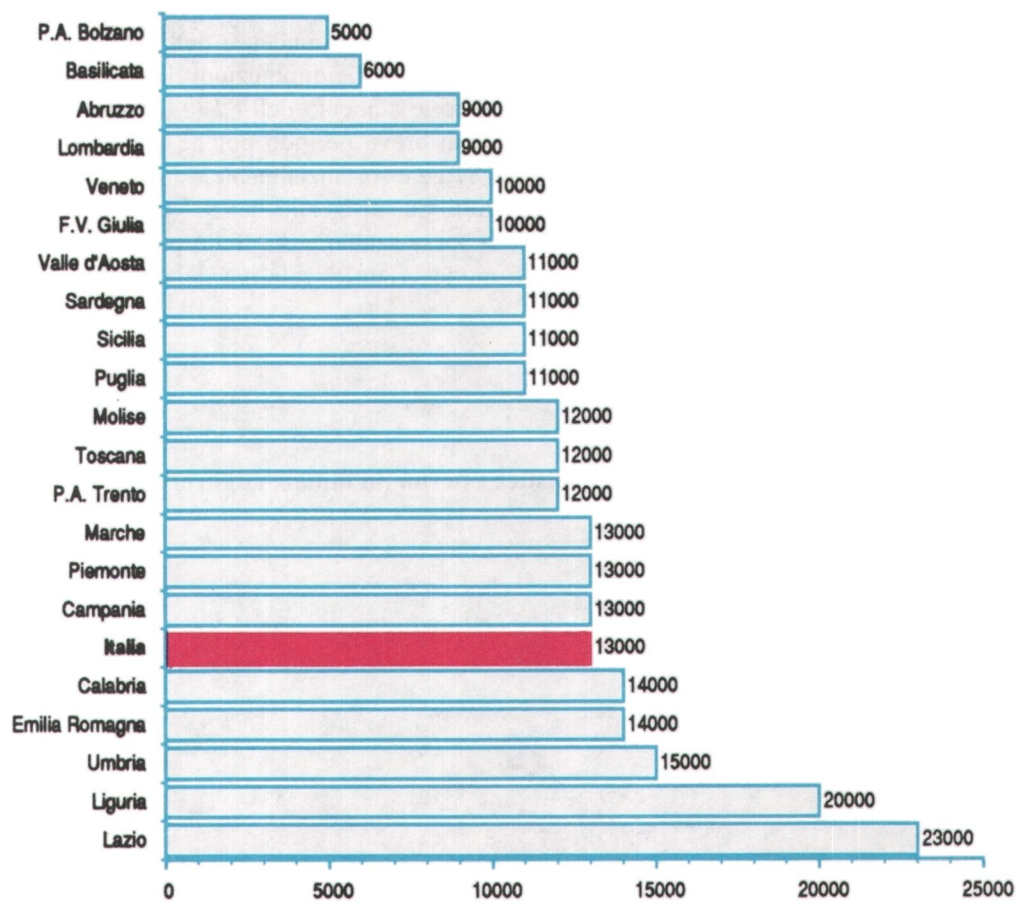
---

*Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria*

---

La spesa pro-capite per regione per la specialistica interna è riportata nella figura 8.12. Le regioni sono distribuite nella graduatoria indifferentemente dalla collocazione territoriale e vi è una certa omogeneità nei valori: gran parte dei valori risultano compresi fra le 10 e le 15 mila lire annue. La media nazionale è di 13 mila lire l'anno, il massimo di 23 mila (Lazio) il minimo di 5 mila (Provincia Autonoma Bolzano).

**Fig. 8.12 - Spesa pro-capite per la specialistica interna - Anno 1989**



*Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Ministero della Sanità - Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria e dell'Istituto Nazionale di Statistica*

La spesa per l'assistenza specialistica convenzionata esterna ammonta nel 1989 a 2.590 miliardi di lire con una variazione percentuale del -4,1 per cento in confronto all'anno precedente ed un'incidenza sul totale della spesa sanitaria del 3,9 per cento (tavola 8.9). L'incidenza di questa componente è abbastanza modesta e va da un minimo pari al valore dell'89 ad un massimo del 5,2 per cento nell'87. L'andamento è crescente nella prima metà del periodo considerato con un elevato tasso di crescita nell'87 (55,1 per cento) e decrescente nella seconda metà.

L'incremento fuori della norma dell'87 è avvenuto in corrispondenza dell'abolizione del ticket e del contestuale rinnovo delle tariffe contrattuali. Le diminuzioni degli ultimi due anni (-257 miliardi di lire) hanno contrastato il forte aumento dell'87 (+1.012 miliardi), evidenziando che si è trattato di un fenomeno di breve periodo poiché il livello della domanda è inferiore a quello manifestatosi nell'87 ed è sostanzialmente stabile. Pertanto il tasso medio d'incremento annuo si è mantenuto su un livello del 9,7 per cento, che comunque è minore di 2,2 punti di quello della spesa sanitaria. L'effetto però a livello di spesa complessiva è molto modesto per la modesta entità relativa della componente esaminata.

---

**Tavola 8.9 - Spesa per assistenza specialistica esterna (in miliardi di lire)  
Anni 1985-89**

---

Anni	Spesa	%	Var. %
1985	1.791	4,2	
1986	1.835	3,9	2,5
1987	2.847	5,2	55,1
1988	2.702	4,4	-5,1
1989	2.590	3,9	-4,1

---

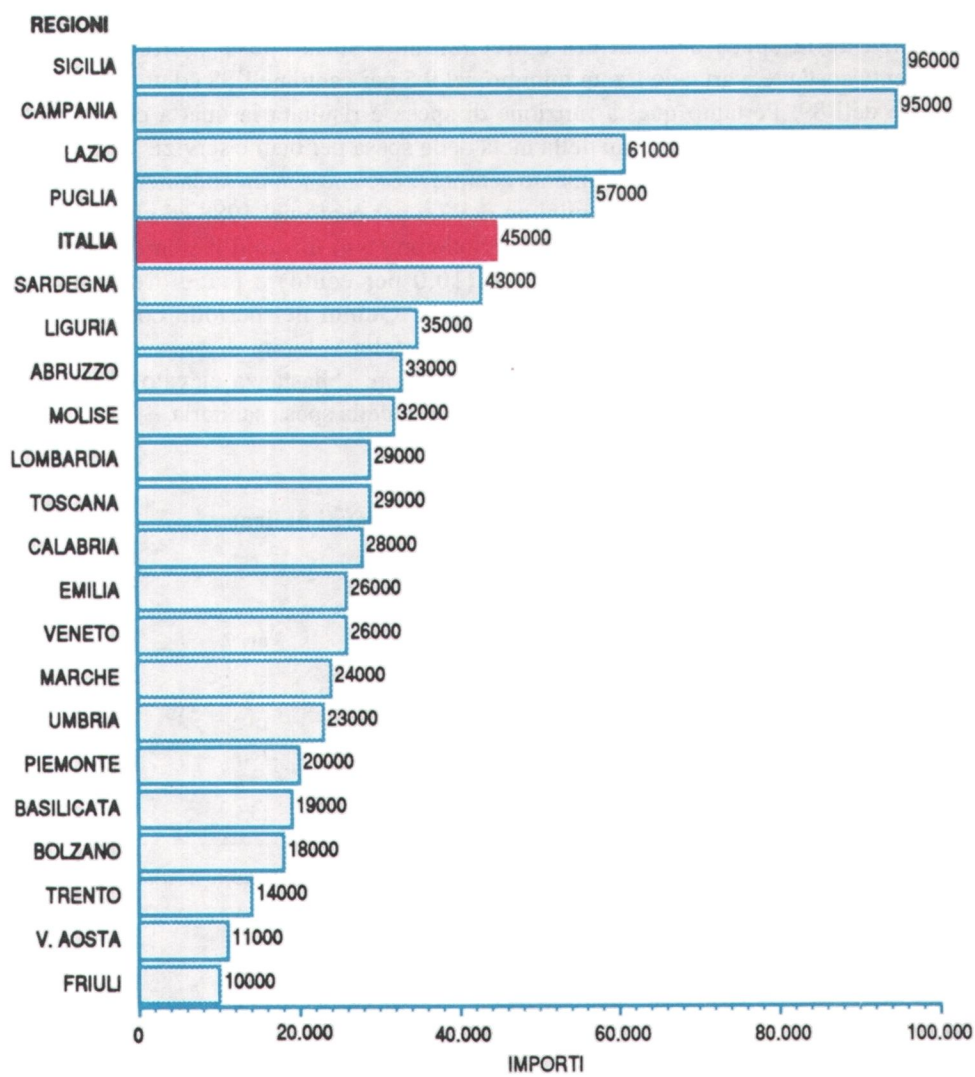
*Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria*

---

La spesa pro-capite per regione per la specialistica esterna è riportata nella figura 8.13. Le regioni sono abbastanza distribuite senza riferimento alla collocazione territoriale, tuttavia vi sono pochi valori, tutti di regioni centro-meridionali, al di sopra della media nazionale, di conseguenza vi è un forte divario fra questi e gran parte dei valori al di sotto della media. Comunque, le regioni settentrionali nel complesso sono più spostate verso il basso. Il valore nazionale è di 45 mila lire l'anno, il massimo di 96 mila (Sicilia) il minimo di 10 mila (F. V. Giulia).



**Fig. 8.13 - Spesa regionale per abitante (assistenza specialistica convenzionata esterna)  
Anno 1989**



Fonte: S.C.P.S.

### 8.3.7 Spesa 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 nel 1989 6.776 miliardi di lire (tavola 8.10).

L'incremento percentuale rispetto all'anno precedente è stato del 15,5 per cento e l'incidenza percentuale sulla spesa sanitaria del 10,1 per cento. Nel periodo 1985-89 l'incidenza della spesa ospedaliera convenzionata sulla spesa sanitaria è rimasta praticamente costante, variando tra un minimo del 9,5 per cento nell'88 ed un massimo dato dal valore dell'89. Pertanto questa funzione di spesa è risultata la quarta componente di spesa per grandezza, pari a poco più della metà della spesa per beni e servizi.

Questa componente ha avuto un andamento sempre crescente con un andamento oscillatorio dei tassi di crescita, compresi fra un minimo del 7,6 per cento nel 1988 ed un massimo del 18,7 per cento nel 1987. Ha presentato nel periodo un tasso medio d'incremento annuo del 12,9 per cento, superiore a quello del PIL (10,0 per cento) e maggiore di un punto percentuale rispetto a quello della spesa sanitaria. Quindi nel periodo considerato tale componente di spesa ha spinto verso un aumento della velocità di crescita della spesa sanitaria. Tale tendenza è confermata nell'89 dal valore abbastanza elevato raggiunto dal tasso annuale di crescita che supera di 6,7 punti quello della spesa sanitaria.

**Tavola 8.10 - Spesa ospedaliera convenzionata (in miliardi di lire)  
Anni 1985-89**

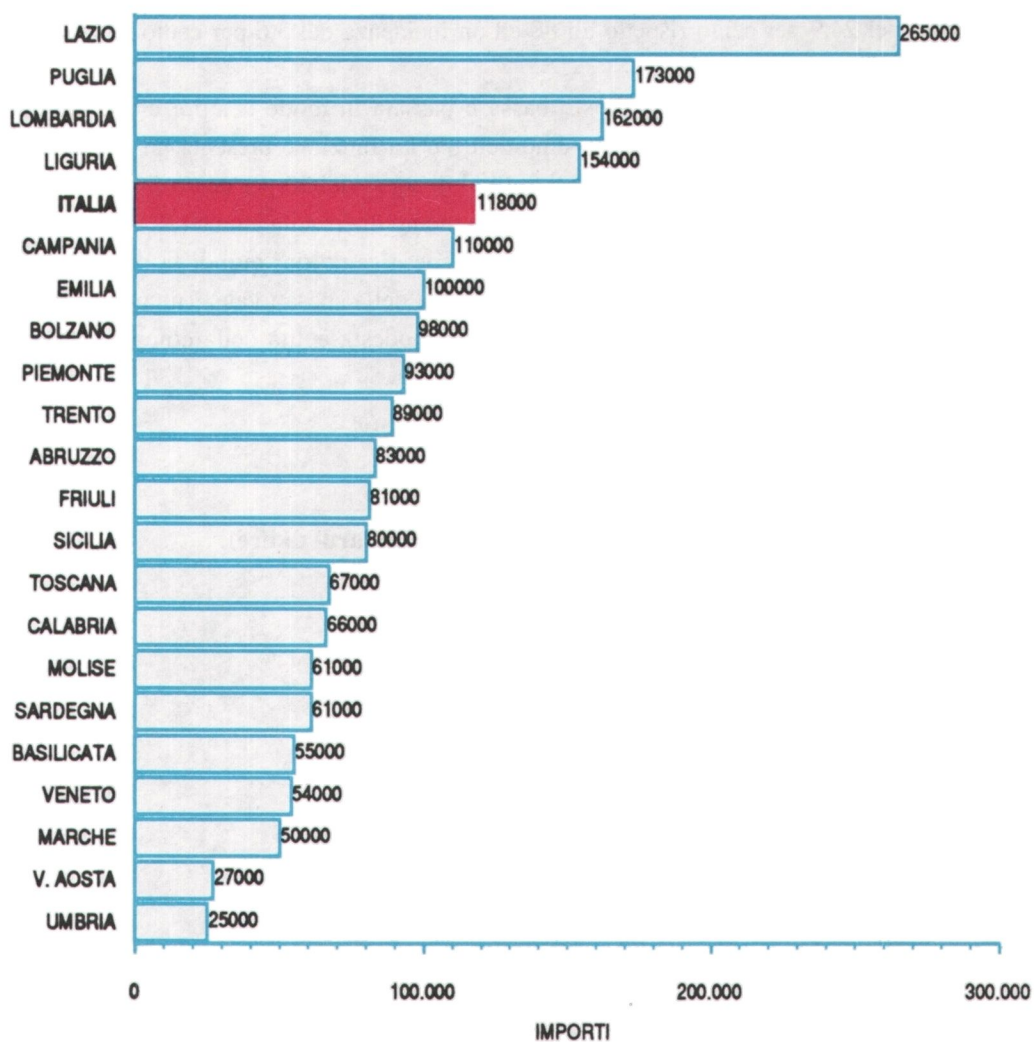
Anni	Spesa	%	Var. %
1985	4.167	9,7	
1986	4.593	9,8	10,2
1987	5.451	10,0	18,7
1988	5.865	9,5	7,6
1989	6.776	10,1	15,5

*Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria*

Nella figura 8.14 è riportata la spesa pro-capite per regione dell'assistenza ospedaliera convenzionata.

Le regioni sono distribuite nella graduatoria di spesa indipendentemente dalla collocazione territoriale. Le regioni con maggior densità di popolazione presentano le spese maggiori e si trovano al di sopra della media nazionale od in prossimità della stessa, viceversa quelle con minor densità di popolazione sono spostate verso il basso. La spesa pro-capite nazionale è di 118 mila lire l'anno, il valore minimo è dell'Umbria con 25 mila lire, quello massimo del Lazio con 265 mila lire.

**Fig. 8.14 - Spesa regionale per abitante (Assistenza ospedaliera convenzionata)  
Anno 1989**



Fonte: S.C.P.S.

### 8.3.8 Spesa altra assistenza

La spesa per altre prestazioni sanitarie nel 1989 è stata di 2.390 miliardi di lire con un incremento del 24,9 per cento rispetto all'88 ed un'incidenza del 3,6 per cento sulla spesa sanitaria (tavola 8.11).

Quest'incidenza pur rimanendo piuttosto bassa è passata in modo sempre crescente dal minimo del 2,4 per cento nell'85 al massimo dell'89. La funzione presenta un andamento crescente con tassi di crescita molto elevati, tutti al di sopra del 20 per cento (minimo 20,5 per cento '86 massimo 24,9 per cento '89). Il tasso medio di crescita annua (22,9 per cento) è quasi il doppio del corrispondente valore della spesa sanitaria, quindi la componente osservata ha contribuito all'accelerazione della crescita della spesa totale. Tuttavia l'effetto sulla dinamica della spesa sanitaria è limitato dalla modesta entità della componente qui considerata.

**Tavola 8.11 - Spesa per altre prestazioni sanitarie (in miliardi di lire)  
Anni 1985-89**

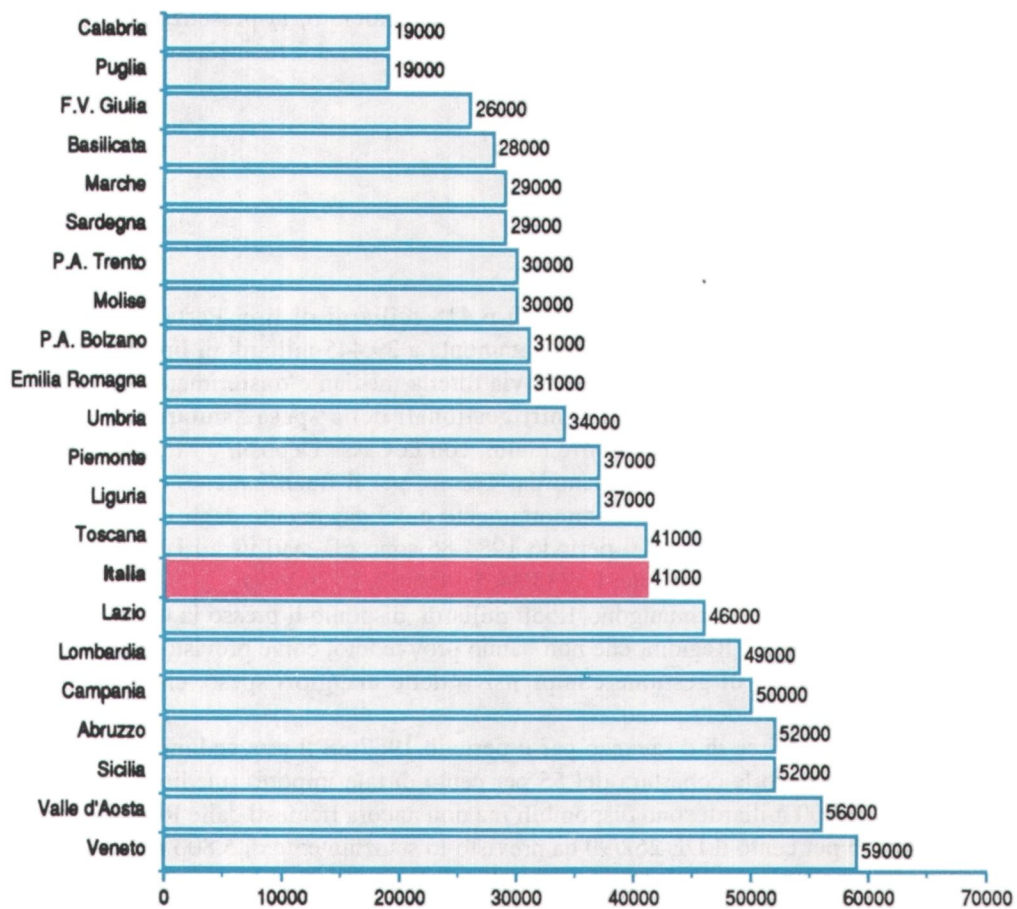
Anni	Spesa	%	Var. %
1985	1.047	2,4	
1986	1.262	2,7	20,5
1987	1.584	2,9	25,5
1988	1.913	3,1	20,8
1989	2.390	3,6	24,9

*Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria*

La spesa pro-capite per regione è riportata in figura 8.15.

Le regioni risultano distribuite nella graduatoria di spesa indipendentemente dal loro ambito territoriale. Il valore minimo è di 19 mila lire l'anno in Calabria, la media nazionale di 41 mila ed il massimo di 59 mila lire nel Veneto.

**Fig. 8.15 - Spesa pro-capite per altra assistenza - Anno 1989**



*Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Ministero della Sanità - Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria e dell'Istituto Nazionale di Statistica*

## **8.4 Il disavanzo di gestione delle USL**

Confrontando i dati del finanziamento corrente del SSN con quelli della spesa corrente nel periodo 1985-89 risulta, in tutto l'arco temporale considerato, la presenza di disavanzi annuali (correnti) di gestione che evidenziano l'insufficienza del finanziamento rispetto al reale fabbisogno finanziario.

### **8.4.1 Ammontare del disavanzo**

Il disavanzo d'esercizio nel 1989 è stato di 6.418 miliardi di lire. Pertanto nell'89 il disavanzo totale prodotto a partire dal 1985 ammonta a 29.445 miliardi di lire. Lo Stato ha effettuato ripetuti interventi a ripiano, sia in via diretta mediante trasferimenti dal bilancio dello Stato alle Regioni (che sono i centri gestionali della spesa sanitaria), sia in via indiretta autorizzando le stesse a contrarre mutui, con la Cassa Depositi e Prestiti ed Istituti di Credito ordinario e speciale individuati dal Tesoro, per il finanziamento dell'assistenza sanitaria ed accollandosi l'onere dell'ammortamento e del pagamento degli interessi su tali debiti. Per il disavanzo prodotto nel periodo 1984-86 sono già stati varati i provvedimenti legislativi di ripiano (rispettivamente: L. 733/84, L. 456/87, L. 262/89).

Dei fondi da questi stanziati rimangono 1.550 miliardi, disponibili presso la Cassa Depositi e Prestiti da attribuire alle Regioni, che non hanno provveduto, come previsto dalla legge, a deliberare il consuntivo di gestione comprensivo delle maggiori spese, che autorizza il Tesoro al saldo definitivo del ripiano.

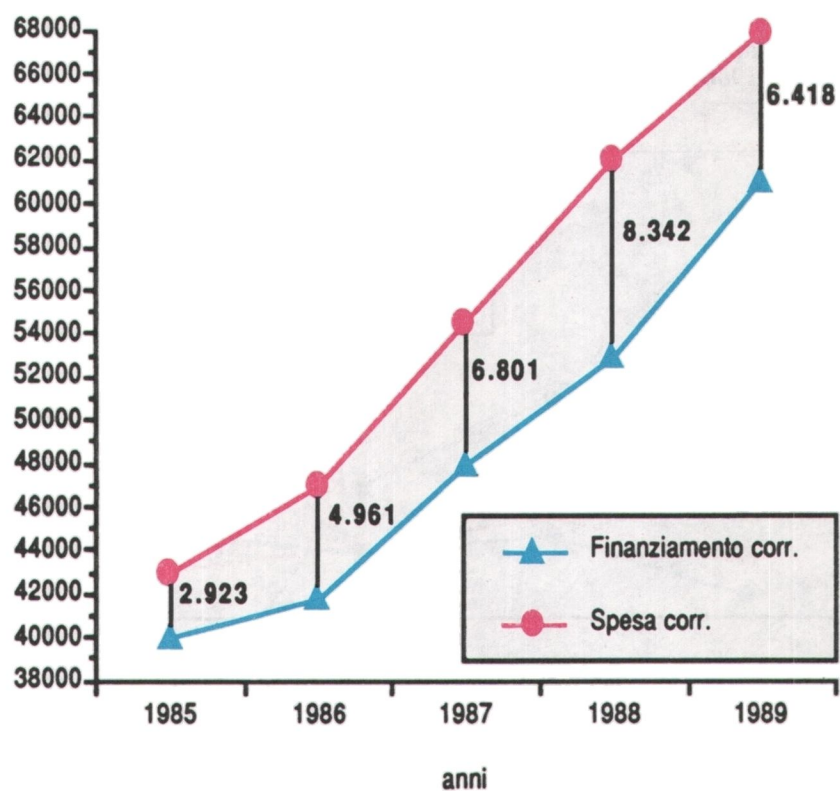
Per i 15.000 miliardi circa di disavanzo per il periodo 1987-88 il provvedimento di ripiano (L. 8/90) ha autorizzato la copertura del 55 per cento di tale importo (mediante mutui); di questa somma, 3.300 miliardi sono disponibili ma non ancora richiesti dalle Regioni.

Per il residuo 45 per cento il DL 262/90 ha previsto lo stanziamento di 5.800 miliardi di lire circa. Lo stesso provvedimento ha previsto che il disavanzo dell'esercizio 1989 venga coperto in via prioritaria con i proventi derivanti dall'alienazione totale o parziale dei beni patrimoniali regionali non soggetti a vincoli o con operazioni di mutuo con onere di ammortamento a carico delle Regioni, cui si farà fronte con specifiche quote del Fondo Sanitario Nazionale.

### **8.4.2 Trend storico e incidenza sulla spesa complessiva**

Nel periodo considerato l'area del disavanzo si è sempre ampliata, cioè il disavanzo annuale è stato sempre maggiore, fino al 1988. Nel 1989 invece il disavanzo d'esercizio è stato inferiore di 1.924 miliardi di lire rispetto a quello dell'anno precedente (figura 8.16).

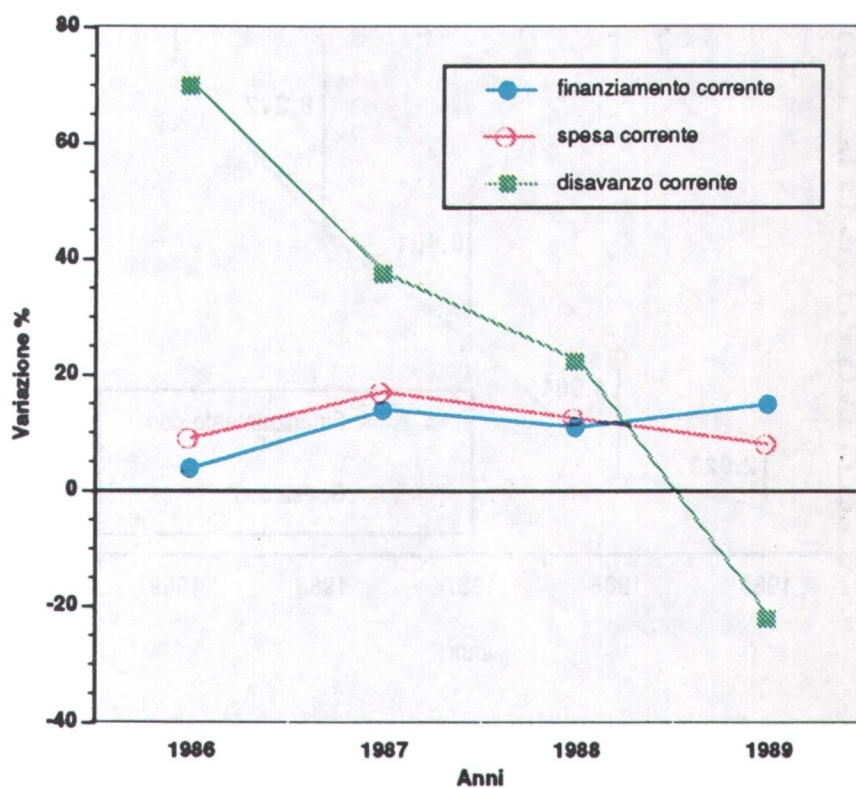
**Fig. 8.16 - Area del disavanzo corrente del SSN - Anni 1985-89**



*Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Ministero della Sanità - Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria e della Relazione Generale sulla situazione economica del Paese*

I tassi di variazione del disavanzo annuale pur rimanendo positivi fino all'88 hanno avuto un andamento decrescente passando dal 69,7 per cento dell'86 al 22,7 per cento dell'88, finché nell'89 non si è avuto un tasso negativo pari a -23,1 per cento, quindi un decremento del disavanzo annuale (figura 8.17). Gli andamenti osservati sono dovuti al fatto che, partendo nell'85 da un valore di finanziamento inferiore al fabbisogno, i tassi di crescita della spesa sono stati sempre superiori a quelli del finanziamento, tuttavia la loro differenza è andata diminuendo (da 4,5 punti nell'86 a 1,3 nell'88), finché nell'89 si è invertito il rapporto ed il tasso d'incremento del finanziamento è stato superiore a quello della spesa (13,8 per cento contro 8,8 per cento). Dunque mentre prima era la spesa che cresceva più velocemente, adesso è il finanziamento che cresce più in fretta (in valore relativo), questo ha comportato una riduzione del disavanzo annuale.

**Fig. 8.17 - Tassi di variazione del finanziamento, della spesa e del disavanzo del SSN Anni 1986-89**



*Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Ministero della Sanità - Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria e della Relazione Generale sulla situazione economica del Paese*

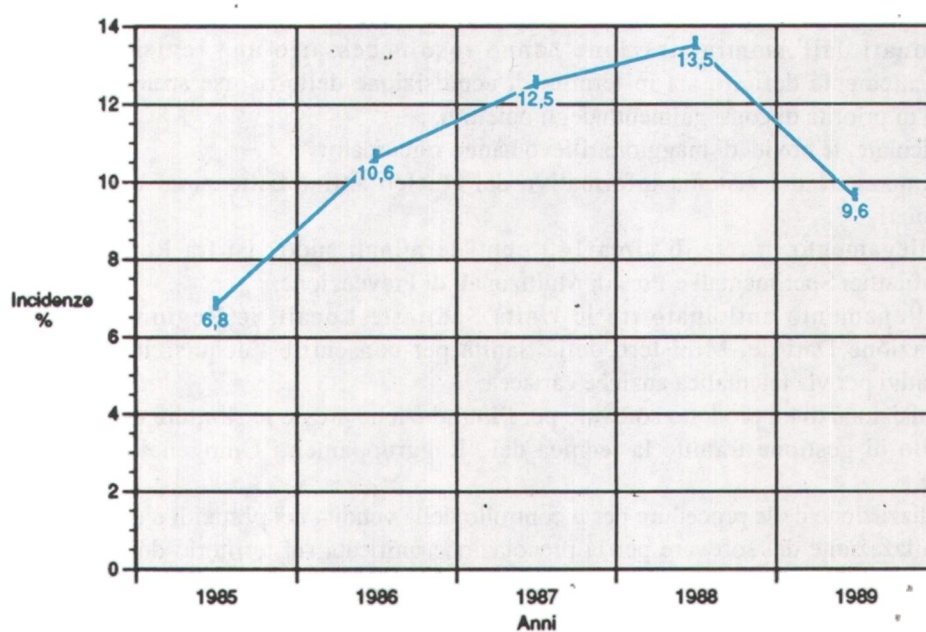


L'incidenza del disavanzo sulla spesa indica il livello dell'insufficienza del finanziamento rispetto al fabbisogno finanziario. Questa quota è aumentata in modo sempre crescente dal 6,8 per cento dell'86 al 13,5 per cento dell'88, nel 1989 è scesa al 9,6 per cento. L'incidenza media del periodo è stata del 10,8 per cento (figura 8.18).

---

**Fig. 8.18 - Incidenza del disavanzo sulla spesa - Anni 1985-89**

---



---

*Fonte: Elaborazione ISIS su dati del Ministero della Sanità - Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria e della Relazione Generale sulla situazione economica del Paese*

---

## **8.5 Il sistema informativo sanitario**

### **8.5.1 Stato di attuazione**

Del sistema informativo sanitario oggi in esercizio e del patrimonio informativo in esso contenuto si può dire serenamente e responsabilmente che:

- è l'unica fonte organica e sistematica di dati sanitari in Italia;
- copre l'intero territorio nazionale;
- non è inferiore qualitativamente a quello dei Paesi più evoluti;
- è finalizzato a creare un sistema di supporto dell'amministrazione centrale e periferica e ad indirizzare e coordinare il processo di automazione delle strutture decentrate.

### **8.5.2 Principali innovazioni**

Negli ultimi due anni alcune innovazioni legislative e nuovi obiettivi di automazione individuati dall'Amministrazione hanno reso necessario una revisione ai piani precedentemente definiti, sia in termini di acquisizione delle risorse strumentali, sia in termini di priorità di conseguimento degli obiettivi.

In particolare, le novità di maggiore rilievo hanno riguardato:

- l'automazione del sistema informativo del Nucleo anti-soffisticazioni dell'Arma dei Carabinieri;
- il collegamento in rete di circa 140 punti terminali suddivisi tra Regioni, Istituti Zooprofilattici Sperimentali e Presidi Multizonali di Prevenzione;
- il collegamento anticipato tra le Unità Sanitarie Locali, le Regioni e il Centro Elaborazione Dati del Ministero della Sanità per consentire l'acquisizione dei flussi informativi per via telematica anziché cartacea;
- l'acquisizione di un prodotto software per l'introduzione presso le strutture ospedaliere del controllo di gestione tramite la tecnica dei "Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi" (ROD);
- la realizzazione delle procedure per il controllo della vendita dei pesticidi e dei diserbanti;
- la realizzazione del software per la prenotazione unificata sul territorio delle prestazioni specialistiche e di laboratorio per un sistema di Unità Sanitarie Locali metropolitane (CUP);
- il rifacimento delle procedure relative ai flussi nazionali a seguito dei nuovi dati da rilevare;
- la realizzazione del software per l'automazione delle funzionalità di base relative ai sistemi informativi gestionali di Unità Sanitarie Locali e di ospedali;
- l'adeguamento del software centrale di rete per il collegamento anticipato delle unità sanitarie locali.

### **8.5.3 Interventi organizzativi e progetti di automazione**

Le innovazioni introdotte hanno richiesto alcuni interventi organizzativi e la definizione dei progetti di automazione sia a livello di Ministero che a livello di sistema informativo di governo.

Così, nell'anno 1989, si è dato corso alla formazione degli operatori del Centro Elaborazione Dati, all'acculturamento informatico di tutto il personale del Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria e a numerosi corsi dedicati al personale del Segretariato Generale del Consiglio Sanitario Nazionale e delle Direzioni Generali del Ministero.

Si sono avviati i sistemi informativi gestionali delle diverse Direzioni Generali. Si sono dotate le Direzioni Generali di "personal computer" e di collegamenti telematici diretti con la banca dati centrale, in modo che tutto il patrimonio informativo disponibile possa essere condiviso in linea con tutte le strutture del Ministero.

Sono in corso di realizzazione i collegamenti diretti con la suddetta banca dati centrale, per la fruizione diretta di tutto il patrimonio informativo disponibile, da parte di:

- Commissione Igiene e Sanità del Senato;
- Commissione Affari Sociali della Camera;
- Centro studi e documentazione della Camera;
- Istituto Superiore di Sanità;
- Ragioneria Generale dello Stato;
- Corte dei Conti;
- Istituto Nazionale di Statistica;
- CERVED.

Relativamente ai progetti di automazione, si riportano di seguito le realizzazioni più significative, distinte a livello di Ministero e a livello di sistema di governo.

#### *Progetti di automazione per il Ministero*

La situazione per singola Direzione Generale è sistematicamente rappresentata come segue:

##### *a) Direzione Generale dei Servizi Farmaceutici.*

E' la Direzione con il più diffuso livello di informatizzazione: ha di fatto un proprio sistema informativo in gestione, per il quale sono previsti solo interventi di manutenzione evolutiva. Applicazioni di maggiore interesse sono il monitoraggio dei farmaci, l'iter di revisione dei farmaci, le procedure relative alle Banche tecniche ed amministrative del farmaco nonché al Prontuario terapeutico nazionale.

##### *b) Direzione Generale per l'Igiene Pubblica*

L'applicazione di maggior interesse è il monitoraggio delle acque di balneazione realizzato tramite l'acquisizione per via telematica dei risultati delle analisi e, quindi, l'aver creato i presupposti tecnici per intervenire tempestivamente. Sono state avviate, inoltre, le procedure per la costituzione dell'anagrafe degli acquedotti ed il controllo delle acque potabili.

##### *c) Direzione generale degli alimenti e per la nutrizione*

Oltre alle procedure in comune con la Direzione Generale per l'Igiene Pubblica, è stata avviata presso Unità Sanitarie Locali pilota la rilevazione dei risultati delle analisi sugli alimenti.

*d) Direzione Generale dei Servizi Veterinari*

Sono completamente attive le procedure per l'elaborazione dei modelli sul traffico delle merci provenienti dagli Uffici Veterinari di frontiera. E' stato realizzato il sistema di automazione degli Uffici stessi il cui avviamento, rispetto ai piani iniziali, è stato spostato, su richiesta della Direzione, da ottobre '89 a marzo '90 per consentire di recepire le modifiche dovute alla nuova legislazione intervenuta.

*e) Ufficio attuazione del Servizio Sanitario Nazionale*

E' già in gestione il sistema per il calcolo dei crediti e dei debiti nei confronti dei paesi CEE e convenzionati per l'assistenza degli italiani all'estero; è in corso l'estensione nei confronti dei paesi non convenzionati come normale intervento di manutenzione evolutiva.

*f) Direzione Generale dei Servizi di Medicina Sociale*

Le maggiori attenzioni si sono concentrate nella realizzazione delle procedure di rilevazione ed elaborazione dei dati relativi alle tossicodipendenze, già attivate fin dal novembre 1987.

*g) Direzione Generale degli Ospedali*

Sono state attivate le procedure relative alla rilevazione e gestione delle domande di partecipazione a concorsi ed alla formazione delle graduatorie. Sono state inoltre attivate alcune procedure di primo intervento riguardanti la gestione delle nomine dei rappresentanti dell'Amministrazione a membri delle commissioni dei concorsi per apicali bandite dalle Unità Sanitarie Locali.

*h) Direzione Generale degli Affari Amministrativi e del Personale*

La Direzione è direttamente coinvolta nella definizione delle priorità all'introduzione dell'automazione d'ufficio nelle singole direzioni generali. La Direzione, inoltre, nel corso del 1989, è stata messa in grado, tramite procedure automatizzate incentrate sulla lettura ottica delle prove di esame e la produzione automatica delle graduatorie, di fornire assistenza e garantire l'efficiente svolgimento dei concorsi per il reclutamento del personale.

*i) Altri interventi*

Sono stati, inoltre, oggetto di automazione:

- il Consiglio Sanitario Nazionale per la produzione della Relazione sullo stato sanitario del Paese;
- il Consiglio Superiore di Sanità in relazione ad alcune procedure interne per la gestione delle riunioni, dei gettoni di presenza ed il calcolo dell'importo per i corrispondenti mandati di pagamento;
- il Centro Studi per la gestione degli incarichi e delle ricerche.

*Progetti di automazione del sistema di governo*

Le attività in questo settore si sono principalmente concentrate sui seguenti obiettivi:

#### *a) Flussi nazionali*

Si è definito un corpo di codifiche che rendono possibile elaborare in modo uniforme e trasferibile le informazioni in tutto il Servizio Sanitario Nazionale e sono avvenuti operativi standards e normative funzionali che rendono ora doverosa l'acquisizione uniforme dei dati.

I dati attualmente presenti nella base informativa del Ministero riguardano:

- dati di struttura delle Unità Sanitarie Locali (rilevazione annuale);
- personale dipendente delle Unità Sanitarie Locali (rilevazione annuale);
- dati anagrafici dei presidi sanitari (rilevazione per aggiornamento);
- attività di assistenza di base (rilevazione mensile);
- attività clinica, di diagnostica strumentale e di laboratorio (rilevazione mensile);
- dati anagrafici degli istituti di cura (rilevazione per aggiornamento);
- posti letto per disciplina degli istituti di cura pubblici (rilevazione per aggiornamento);
- personale e posti letto delle case di cura private convenzionate e non (rilevazione per aggiornamento);
- grandi apparecchiature di diagnosi e cura pubblici e privati (rilevazione annuale);
- ricoveri per regioni di provenienza (rilevazione mensile);
- attività degli istituti di cura pubblici (rilevazione mensile);
- attività delle case di cura private convenzionate e non (rilevazione mensile);
- rendiconti delle Unità Sanitarie Locali (rilevazione trimestrale).

#### *b) Regioni pilota*

Sono state informatizzate tre regioni pilota (Piemonte, Trentino, Molise) nel senso che sono state informatizzate tutte le Unità Sanitarie Locali delle tre regioni con apparecchiature già predisposte per il deposito sui rispettivi "nodi compartimentali" in modo uniforme e in linea dei dati elementari di strutture, di attività e finanziari; sono stati attivati i "nodi compartimentali" con soluzioni diversificate rispetto alle tre realtà (dove la caratteristica "prototipale" di regioni pilota per ciascuna soluzione, da valere come modello per regioni in analoga situazione di informatizzazione), sono state collegate le regioni e l'amministrazione centrale ai nodi compartimentali, così da realizzare la totale e simultanea disponibilità delle informazioni da parte dei detti livelli istituzionali senza bisogno di trasferire fisicamente dati, modelli, supporti magnetici, ecc.

#### *c) Prescrizioni a Lettura Automatica Standardizzata (PLAS)*

In merito al progetto PLAS, l'anno 1989 ha visto la definizione della ricetta unificata, portata avanti di concerto con l'Istituto Poligrafico dello Stato, che, adottata in via sperimentale da alcune regioni quali la Toscana e il Friuli Venezia Giulia, dalla fine del 1989 è stata diffusa su tutto il territorio nazionale.

A detta ricetta è legata la lettura ottica della stessa, ossia l'adozione dei sistemi automatici di controllo delle ricette resa obbligatoria dalla legge 1 febbraio 1989, n. 87, che è in via di completamento in tutte le regioni.

#### *d) Prodotti per i sistemi informativi locali*

Oltre alla realizzazione del "sistema informativo nazionale di governo", durante l'anno sono stati attivati due filoni di attività che possono rappresentare un punto di svolta strategicamente molto importante per il sistema informativo sanitario in quanto consentono

di superare le deficienze organizzative e tecnologiche, presenti in buona parte delle strutture sanitarie, e dare, soprattutto, impulso ad un processo di informatizzazione che, anche se limitato al comparto socio-sanitario, può creare le premesse per la realizzazione di quel sistema informativo integrato in termini di servizi offerti al cittadino che è una delle raccomandazioni fatte alle singole Amministrazioni dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, dipartimento della Funzione Pubblica.

Trattasi della realizzazione prototipale di un sistema informativo gestionale di base di una Unità Sanitaria Locale e di un sistema informativo gestionale di base di un ospedale, sia per le eventuali funzioni di didattica e ricerca, i cui avviamenti sono previsti a breve termine.

## 8.6 Il sistema produttivo per la tutela della salute: l'industria del farmaco

Dalla particolareggiata fotografia del settore farmaceutico, annualmente presentata dall'Associazione delle Industrie Farmaceutiche Italiane, emerge una flessione rispetto al 1988 del numero delle imprese produttrici di specialità medicinali, pari all'1,6 per cento. Da 310 sono infatti passate a 305 unità, proseguendo il processo di concentrazione registrato a partire dal 1962. Da questo anno al 1989 hanno infatti subito una flessione del 60 per cento circa, (nel '62 operavano in Italia 770 aziende farmaceutiche).

L'Italia resta dunque all'ultimo posto fra i Paesi industrializzati OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) per numero di imprese farmaceutiche: nel 1989 hanno operato in Francia 350 aziende, nel Regno Unito 340, in Germania 1.000, negli USA 750, in Giappone 1.315.

Al 31 dicembre 1989 le imprese produttrici o commercializzatrici di principi attivi risultano essere in Italia 150, di cui 65 con stabilimento di produzione; quelle produttrici di specialità per uso veterinario 55, di cui 22 operanti anche nel comparto delle specialità medicinali per uso umano.

### *I prodotti*

In diminuzione anche il numero dei prodotti in commercio: nel biennio 1988-89 le specialità medicinali sono passate da 5.309 a 5.255 (-1,0 per cento); le confezioni da 10.748 a 10.280 (-4,4 per cento). In particolare si sono ridotte sia le confezioni contenenti associazioni di più principi attivi (-6,3 per cento), sia, seppure in misura meno rilevante, quelle monocomposte (-4,1 per cento).

Un fenomeno del resto corrispondente alla tendenza registrata nel lungo periodo (anni 1960-1989), in cui le specialità in commercio hanno subito un decremento pari al 58,1 per cento (da 12.550 sono scese a 5.255), e le confezioni del 63,2 per cento (da 27.952 a 10.280). Sono, questi, i livelli più bassi registrati nell'ambito dei Paesi OCSE, dopo la Francia.

Per quanto riguarda i farmaci in Prontuario Terapeutico, si nota che tra il 1° gennaio 1989 e il 1° gennaio 1990 il numero dei prodotti è diminuito da 3.428 a 2.953 (-13,9 per cento) e il numero delle confezioni è passato da 6.872 a 6.252 (-9,0 per cento), proseguendo il trend registrato negli ultimi 28 anni (dal 1962 al 1989 i primi hanno subito una flessione pari al 71,2 per cento e le seconde pari al 64,3 per cento).

### *Fatturato e produzione*

Nel 1989 il settore farmaceutico ha fatturato nel suo complesso circa 13.589 miliardi di lire, facendo registrare, secondo gli indici dell'Istituto Nazionale di Statistica, un incremento dell'8,2 per cento (+4,0 nel campo delle sostanze di base e +10,2 per cento nel campo delle specialità medicinali). Al netto dell'inflazione il fatturato farmaceutico è aumentato del 4,4 per cento, cioè meno che in Francia (+7,4 per cento), in Olanda (+11,4 per cento), in Spagna (+8,7 per cento), in USA (+9,2 per cento) e in Giappone (+7,7 per cento).

Queste variazioni di fatturato non si sono comunque distribuite in modo omogeneo nel

settore produttivo: considerando il solo fatturato interno farmacia, a fronte di un incremento medio pari al 10,7 per cento, il 53,3 per cento delle imprese, equivalenti al 34,2 per cento del fatturato totale - si tratta dunque di piccole e medie aziende - ha registrato o una riduzione o aumenti inferiori al tasso di inflazione. E precisamente per il 34,3 per cento delle imprese (18,4 per cento del fatturato), è da sottolineare una riduzione assoluta di fatturato.

L'Italia-mantiene comunque la "quinta posizione" nella classifica OCSE relativa al fatturato farmaceutico, ponendosi, con 8,3 miliardi di dollari, dietro agli USA (44,5 miliardi di dollari), al Giappone (30,6), alla Germania (10,9) ed alla Francia (9,0).

L'incremento registrato nella produzione, sempre secondo gli indici dell'Istituto Nazionale di Statistica, è stato dell'ordine del 6,6 per cento e, in particolare, dell'1,4 per cento nel comparto delle sostanze di base e del 7,5 per cento in quello delle specialità medicinali. E' comunque da notare una flessione tra il 1988 e il 1989 della produzione (il cui tasso di variazione è sceso dal +11,5 per cento al +6,6 per cento) e del fatturato (dal +12,2 per cento al +8,2 per cento).

Si calcola che nel 1989 il prodotto lordo dell'industria farmaceutica si sia aggirato intorno ai 5.913 miliardi di lire, pari al 23,3 per cento del prodotto lordo dell'industria chimica, all'1,49 per cento del prodotto lordo dell'industria complessiva e allo 0,50 del PIL. Gli investimenti fissi lordi del settore sono ammontati a circa 917 miliardi di lire, con un incremento del 15,2 per cento rispetto al 1988, a fronte del +10,8 per cento verificatosi nel complesso industria, e del +10,9 per cento registrato nel complesso del Paese.

Continua ad aumentare la quota di mercato farmaceutico controllata dal capitale estero (dal 58,68 per cento del 1988 al 59,81 per cento del 1989). In particolare il 18,60 per cento è controllata dagli USA, il 12,54 per cento dalla Germania, il 9,56 per cento dalla Svizzera ed il 10,62 per cento dal Regno Unito. Un fenomeno del resto comune a quasi tutti i Paesi avanzati. In Olanda infatti il capitale estero controlla l'85,0 per cento del mercato farmaceutico, nel Regno Unito il 62,0 per cento, in Francia il 51,0 per cento, in Svizzera il 60,5 per cento, in Germania il 27,7 per cento, negli USA il 23,9 per cento.

### *Prezzi dei farmaci*

I prezzi dei farmaci sono aumentati nel 1989 dello 0,85 per cento, considerando anche i prodotti da banco (il prezzo dei farmaci etici è fermo al 16 aprile del 1987). Un incremento inferiore rispetto a quello registrato nel Regno Unito (+1,90 per cento) ed in Germania (+1,70 per cento), mentre in Francia si è avuta una flessione dello 0,80 per cento, dovuta esclusivamente alla riduzione di due punti percentuali del margine dei farmacisti.

Va inoltre considerato che, rispetto all'inflazione, negli anni 1976-1989 il prezzo delle specialità medicinali ha perso in Italia il 41,1 per cento del potere di acquisto originario, contro il 35,1 per cento perso in Francia, e il 13,0 per cento nel Regno Unito, mentre in Germania si è rivalutato per una percentuale pari al 2,4 per cento.

Il prezzo medio al pubblico in Italia (10.167 lire) è superiore a quello francese (6.968 lire) e spagnolo (6.799 lire), ma è inferiore al prezzo riscontrabile in Belgio (10.671 lire), in Olanda (19.521 lire), nel Regno Unito (13.740 lire), in Germania (18.142 lire), negli USA (28.512 lire) e in Giappone (74.816 lire).



## *Occupazione*

Sul piano dell'occupazione, il settore farmaceutico, con 67.672 occupati, ha visto nel 1989 un incremento pari al 2,5 per cento, a fronte di un decremento registrato nell'industria chimica (-1,1 per cento), e di un aumento rilevabile nell'industria manifatturiera e nel complesso dell'industria del valore rispettivamente pari allo 0,4 per cento e allo 0,07 per cento.

Prosegue dunque l'andamento di crescita riscontrabile nel lungo periodo (dal 1951 al 1989 +132,1 per cento), che ha portato l'industria farmaceutica ad incidere in termini di occupati in misura sempre maggiore sull'industria manifatturiera (dallo 0,82 per cento del 1951 all'1,33 per cento del 1989), sull'occupazione nazionale complessiva, sull'industria chimica nonché sul complesso dell'industria (dal 1970 al 1989 l'incidenza del settore farmaceutico è passata rispettivamente dallo 0,27 per cento allo 0,29 per cento, dal 21,12 per cento al 34,28 per cento e dallo 0,72 per cento allo 0,99 per cento).

E' comunque da considerare il fatto che negli ultimi 40 anni, sia in seguito alla saturazione della domanda interna di farmaci sia a causa dell'introduzione di nuove tecnologie sostitutive della forza lavoro, la dinamica dell'occupazione farmaceutica ha subito una decisa decelerazione. Infatti, contro un aumento del 48,45 per cento registrato nel periodo 1951-61, si è passati ad un incremento del 34,7 per cento e dell'11,85 per cento rispettivamente nei due decenni seguenti, per arrivare ad un aumento del 3,5 per cento rilevabile negli anni 1981-89.

E' aumentata progressivamente la dimensione media delle aziende farmaceutiche, sempre in termini di addetti. Si è infatti passati, a livello di impresa, dai 22,4 addetti per impresa del 1951 ai 221,9 del 1989, a livello di "unità locale", dai 28,1 del '51 agli 83,2 dell'81.

Per numero di occupati l'Italia si colloca al sesto posto nel contesto internazionale, seguendo gli USA (190.500), il Giappone (190.175), la Germania (98.600), la Francia (80.000), il Regno Unito (73.400).

## *L'attività innovativa*

La spesa totale (pubblica+privata) per ricerca in Italia è ammontata nel 1989, secondo l'Istituto Nazionale di Statistica, a 14.673 miliardi di lire, con un andamento praticamente stazionario rispetto ai 14.470 miliardi spesi nell'anno precedente. L'incremento è dunque inferiore al tasso di inflazione (+6,3 per cento) - ne consegue una riduzione reale di risorse investite in ricerca - nonché all'incremento del PIL (+9,7 per cento), per cui l'incidenza della spesa di ricerca sul PIL è scesa dall'1,336 per cento all'1,235 per cento.

L'incidenza della spesa di ricerca del settore "imprese" sul complesso della spesa di ricerca nazionale è salita dal 53,5 per cento del 1988 al 56,8 per cento del 1989, mentre quella della spesa sostenuta dalla Pubblica Amministrazione è scesa dal 46,5 per cento al 43,2 per cento nello stesso periodo.

L'industria farmaceutica ha investito in ricerca 1.124,3 miliardi di lire, a fronte dei 1.025,3 miliardi spesi nell'anno precedente (+9,66 per cento). Un aumento superiore rispetto a quello relativo all'industria chimica (+8,84 per cento), all'industria manifatturiera (+7,78%), al totale della spesa di ricerca nazionale (+1,40 per cento), nonché all'inflazione (+6,3 per cento).

L'incremento più elevato si è registrato nella ricerca applicata (+11,03 per cento), seguita dalla ricerca di sviluppo (+8,30 per cento) e dalla ricerca pura (+2,03 per cento). L'industria farmaceutica continua ad investire infatti maggiormente in ricerca applicata - dal 60,66 per cento del 1988 si è passati al 61,42 per cento del 1989 - quindi in quella di sviluppo (dal 34,54 per cento del 1988 al 34,11 del 1989), ed infine in quella pura (dal 4,47 per cento dell'88 al 4,80 per cento dell'89).

Il 90,18 per cento della spesa è stato rappresentato dall'autofinanziamento - è la quota più elevata del complesso delle imprese private (79,8 per cento) e del totale del Paese (69,1 per cento) - l'8,66 per cento è invece finanziato dalla Pubblica Amministrazione, ed infine l'1,16 per cento da imprese private diverse dalle aziende che investono in ricerca o dall'estero.

Rapportando la spesa di ricerca farmaceutica al fatturato interno (vendite in farmacia) delle specialità medicinali e al Valore Aggiunto Industriale (V.A.I.), si nota che nel 1989 la sua incidenza è stata rispettivamente pari all'11,42 per cento e al 19,01 per cento (27,44 per cento considerando solo il V.A.I. delle specialità medicinali).

Da un'analisi di medio periodo (anni 1968-1989) si rileva che l'incidenza della spesa di ricerca sul fatturato farmaceutico interno è salita dal 4,89 per cento all'11,42 per cento e sulla spesa di ricerca dell'industria manifatturiera dal 12,86 per cento al 15,10 per cento. Nel periodo 1972-1989 il totale della spesa di ricerca è aumentata nel settore farmaceutico di 25,1 volte, cioè più che nel complesso imprese (+20,7 volte) e nel complesso Italia (+20,4 volte).

A livello internazionale la posizione italiana resta comunque decisamente debole: a fronte dei 1.124 miliardi di lire spesi in ricerca dall'industria farmaceutica italiana nel 1989, la Francia ha investito 1.940 miliardi di lire, il Regno Unito 1.810, la Germania 2.950, il Giappone 4.167, e gli USA 8.095. L'incidenza di questa spesa sul fatturato globale (interno+esportazioni) - in Italia è stato pari al 9,56 per cento - resta inferiore alla media CEE (13,76 per cento), ed ai valori registrati negli USA (14,16 per cento), e in Giappone (13,86 per cento). Sul complesso della spesa di ricerca industriale risulta invece più sensibile in Italia piuttosto che negli altri Paesi: l'incidenza della spesa di ricerca farmaceutica è infatti pari al 13,49 per cento, contro il 10,20 per cento della media CEE, il 6,35 per cento del Giappone e il 7,10 per cento degli USA.

Anche per quanto riguarda il numero di addetti alla ricerca (circa 7.047 unità per il 59,14 per cento concentrati nella ricerca applicata), l'Italia occupa solamente il settimo posto nella classifica dei Paesi OCSE, seguendo la Svizzera (8.640), la Francia (9.500), la Germania (14.190), il Regno Unito (16.329), il Giappone (29.562), e gli USA (40.910).

#### *L'interscambio commerciale*

Nel 1989 le esportazioni di prodotti farmaceutici sono risultate pari a 1.910,3 miliardi di lire (+2,50 per cento rispetto al 1988), mentre le importazioni hanno raggiunto i 3.235,1 miliardi (+12,38 per cento in confronto all'anno precedente). Conseguentemente è ancora aumentato il deficit della bilancia commerciale farmaceutica, passato dai 1.014,9 miliardi di lire del 1988 ai 1.324,8 miliardi del 1989.

Da notare che l'aumento dei valori delle importazioni e delle esportazioni è stato determinato soprattutto dall'incremento del prezzo medio (rispettivamente +12,22 per cento e +65,80 per cento).

Se comunque rapportiamo la bilancia commerciale farmaceutica alla bilancia complessiva del Paese, notiamo che nel settore delle specialità medicinali sia le importazioni che le esportazioni sono aumentate meno delle importazioni (+16,58 per cento) e delle esportazioni (+15,74 per cento) globali.

Ad essere maggiormente importate restano, benché con una leggera diminuzione rispetto al 1988, le sostanze di base, che incidono per il 71,44 per cento sul totale dei prodotti, mentre nel campo delle esportazioni l'incidenza più elevata, sempre per quantità, si registra nel comparto dei medicinali confezionati e non (50,06 per cento).

Le esportazioni hanno interessato 163 Paesi, 21 dei quali assorbono il 77,96 per cento dei prodotti esportati, e le importazioni 70 (il 95,06 per cento proviene da 12 Stati).

Per quanto riguarda le prime, le quote più rilevanti si sono dirette verso la Francia (12,75 per cento), la Germania Federale (11,31 per cento), la Svizzera (9,62 per cento), gli USA (9,17), e il Regno Unito (5,45 per cento). I Paesi da cui l'Italia importa maggiormente sono la Svizzera (23,60 per cento), la Germania Federale (20,90 per cento), gli USA (10,97 per cento), la Francia (9,03 per cento), e il Regno Unito (7,97 per cento).

### *I consumi di farmaci*

Il 1989 ha fatto registrare un aumento minimo dei consumi farmaceutici, equivalente allo 0,26 per cento, contro i più sensibili incrementi relativi ai servizi sanitari e alle spese per la salute (+6,10 per cento), ai beni e servizi per l'igiene (+4,80 per cento), e al PIL (+3,20 per cento).

Un fenomeno del resto in linea con la tendenza rilevabile nell'ultimo decennio, che ha visto una leggera riduzione (-0,94 per cento) del consumo di specialità medicinali dovuta all'immissione in commercio di farmaci più avanzati e dunque più efficaci, nonché alla politica dei ticket.

In particolare sono diminuiti i consumi di tonici (-34,5 per cento), psicoanalettici (-10,3 per cento), colagoghi ed epatoprotettori (-7,0 per cento), vitaminici (-5,5 per cento), antiipertensivi (-9,9 per cento), antibiotici sistemici (-9,8 per cento), vasodilatatori periferici (-9,4 per cento), antitosse e antinfluenzali (-7,1 per cento).

Al contrario sono aumentati nella classe degli Ace-inibitori (+38,7 per cento), dei calcioantagonisti (+10,2 per cento), degli oftalmici (+4,3 per cento), degli psicolettici (+3,5 per cento), e degli antiflogistici ed antireumatici (+3,3 per cento).

Dal 1988 al 1989 i consumi sono aumentati nell'Italia del nord (+0,67 per cento) e del sud (+0,17 per cento), mentre sono diminuiti nel centro (-0,56 per cento).

Le maggiori flessioni si sono registrate in Umbria (-1,78 per cento), nelle Marche (-1,39 per cento), in Puglia (-1,33 per cento), e in Basilicata (-1,24 per cento). Gli incrementi più significativi hanno invece riguardato il Trentino Alto Adige (+6,93 per cento), l'Abruzzo (+2,64 per cento), e la Sardegna (+2,14 per cento).

Per quanto riguarda i consumi procapite, si collocano al di sopra dell'indice nazionale, posto uguale a 100, l'Italia del nord (105,22) e del centro (103,76), ed al di sotto l'Italia meridionale e insulare (91,67).

Con precisione, le Regioni in cui si è avuto il minore consumo procapite sono state la Basilicata (78,31), la Puglia (87,58), la Calabria (88,71), e la Campania (88,75); il maggiore, la Liguria (129,69), la Toscana (113,40) e la Valle d'Aosta (110,66), dato l'elevato tasso di invecchiamento della popolazione.

Collocando i dati italiani in ambito internazionale, risulta che nel 1989 i consumi di farmaci in Italia sono aumentati (+0,26 per cento) meno che in Spagna (+1,53 per cento), in Belgio (+1,55 per cento), negli USA (+1,62 per cento), in Francia (+3,03 per cento), nel Regno Unito (+3,56 per cento), in Giappone (+4,00 per cento) e più che in Germania (-1,38 per cento).

I principali dati relativi al settore farmaceutico in Italia e nell'OCSE sono riportati nelle tavole 8.12, 8.13 e 8.14.

---

**Tavola 8.12 - Principali dati relativi al settore farmaceutico e confronto con alcuni aggregati macroeconomici nazionali - Anno 1989**

---

	Valori '89	Tassi % 88/89
Numero di aziende produttrici di specialità medicinali	305	- 1,6
Numero di specialità in commercio	5.255	- 1,0
Numero complessivo di addetti	67.672	+ 2,5
Numero di addetti alla ricerca	7.047	+ 4,4
<i>Produzione:</i>		
volume	-	+ 6,6
fatturato (miliardi di lire)	13.589	+ 8,2
Investimenti fissi lordi (miliardi di lire)	917	+ 15,2
Spesa di ricerca (miliardi di lire)	1.124,3	+ 9,66
Esportazioni (miliardi di lire)	1.910,3	+ 2,50
Importazioni (miliardi di lire)	3.235,1	+ 12,38
Consumi interni di farmaci:		
volume	-	+ 0,26
valore (miliardi di lire)	16.015	+ 10,72
Prezzi dei farmaci (etici e da banco)	-	+ 0,85
Inflazione	-	+ 6,3
PIL	-	+ 9,7

---

*Fonte: Indicatori farmaceutici 1989*

---

**Tavola 8.13 - Principali parametri economici del settore farmaceutico nell'OCSE - Anno 1989**

A	B	C	D	E		F			G	H	I	L
				E1	E2	F1	F2	F3				
Italia	305	67.672	8.270	1.184	- 399	7.047	819	10,5	7,41	100,0	202,91	10.280
Francia	350	80.000	9.047	2.375	+ 1.032	9.500	1.414	8,7	5,08	240,3	251,12	8.500
Germania	1.000	98.000	10.850	4.053	+ 1.802	14.190	2.150	16,2	13,22	113,3	275,24	70.000
Regno Unito	340	73.400	4.587	2.663	+ 1.372	16.329	1.313	4,4	10,01	133,3	121,63	11.000
Belgio	240	16.635	1.256	1.082	+ 185	1.661	163	—	7,78	147,2	171,96	9.000
Olanda	290	12.600	1.089	1.052	+ 45	2.130	189	1,2	14,23	—	129,17	5.903
Danimarca	31	9.520	446 *	772	+ 391	2.100	122	—	—	—	—	5.000
Spagna	353	34.725	3.331	435	- 72	1.590	82	2,5	4,96	146,4	121,96	9.900
CEE	—	415.352 (3)	38.876	14.106 (3)	+ 4.197 (3)	54.547	6.260	43,5 (3)	7,60	—	—	129.583
Austria	74	7.291	770 *	414	- 214	—	—	0,4	—	—	—	17.291
Svezia	153	7.280	850 *	687	+ 161	1.900	335	—	—	—	—	2.626
Norvegia	125	2.400	380 *	85	- 157	335	42	3,4	—	—	—	2.185
Finlandia	13	3.497	511 *	83	- 174	710	51	—	—	—	—	3.742
Svizzera	440	27.000	1.020 *	3.012	+ 2.156	8.600	1.020	6,6	—	128,4	—	25.000
USA	750	190.500	44.503	3.348	+ 850	40.910	5.900	24,7	20,78	—	336,08	60.000
Giappone	1.315	190.175	30.595	589	- 1.521	29.562	3.037	16,6	54,53	—	347,71	33.753

- A: Paesi  
 B: Numero imprese  
 C: Numero occupati  
 D: fatturato interno (farmacia più ospedali) specialità medicinali (milioni di dollari)  
 E: Commercio esterno (milioni di dollari) - 1987  
 E1: Esportazioni  
 E2: Saldi della bilancia commerciale  
 F: Ricerca  
 F1: Numero di addetti  
 F2: Spesa per ricerca (milioni di dollari)  
 F3: % principi attivi scoperti nel periodo 76-85 (sul totale mondiale)  
 G: Prezzo medio al pubblico dei farmaci (dollari) (2)  
 H: Consumo pro-capite (indice Italia=100) (1)  
 I: Spesa farmaceutica pro-capite in prezzo al pubblico (dollari) (2)  
 L: Numero confezioni in commercio

(1) Il consumo dei farmaci è definito come numero di "dosi farmaceutiche" (numero compresse, capsule, fila, etc.) Fonte - OHE - Londra - maggio '86

(2) Il calcolo in dollari è effettuato partendo dai valori in unità nazionale trasformati in lire e quindi in dollari sulla base del tasso medio annuo 1989 dell'U.I.C.

(3) Compresi Grecia, Portogallo e Irlanda

(\*) Stima.

Fonte: Indicatori farmaceutici 1989

**Tavola 8.14 - Italia - Stanziamenti per la ricerca - Anni 1988-89**

Settori di ricerca	Valori (miliardi di lire)		Tassi % di variazione	Distribuzione %	
	1988	1989	89/88	1988	1989
a) Pubblica amministrazione	6.728,4	6.336,1	- 5,83	46,50	43,18
b) Imprese di cui:	7.741,9	8.336,8	+ 7,68	53,50	56,82
b1) Industria farmaceutica	1.025,3	1.124,3	+ 9,66	7,09	7,66
c) Complesso (a+b)	14.470,3	14.672,9	+ 1,40	100,00	100,00

Fonte: Indicatori farmaceutici 1989

### *Innovazioni nel quadro normativo*

L'apertura delle frontiere nei Paesi CEE, prevista per il 1992, costituisce riferimento d'obbligo per valide scelte di politica farmaceutica, quale binomio di gestione sociale del farmaco - produzione farmaceutica -.

L'allineamento con le realtà gestionali produttive degli altri Paesi della Comunità costituisce obiettivo irrinunciabile, pur se temperato da particolare esigenza della realtà italiana, da perseguire da parte dello Stato attraverso un'attenta e sensibile normazione di settore nonché attraverso tutti gli altri strumenti a disposizione della Pubblica Amministrazione (procedura registrazione farmaci, metodologia determinazione prezzi farmaci, classificazione farmaci, Prontuario Terapeutico, ecc.).

Nell'ottica di tale auspicata omogeneizzazione, il Consiglio delle Comunità Europee ha adottato una serie di direttive, tra cui di particolare rilevanza appare la direttiva cosiddetta della "trasparenza" (direttiva CEE 105/89).

Gli strumenti definiti dalla citata direttiva possono, per sommi capi, essere così indicati:

- predeterminazione di precisi termini temporali per le azioni di pertinenza della Pubblica Amministrazione;
- facoltà di istanza-proposta dall'operatore privato in tema di fissazione dei prezzi dei farmaci e di inserimento dei medesimi nel Prontuario Terapeutico;
- previsione dell'istituto del silenzio-assenso nell'ambito delle procedure per la determinazione del prezzo;
- obbligo di motivazioni obiettive e verificabili in caso di provvedimenti di diniego;
- obbligo di far conoscere al richiedente tutti i mezzi e le procedure di ricorso.

Questi gli strumenti individuati dalla Comunità per una omogenea e "trasparente" gestione "pubblica" del settore farmaco.

Nel contesto delle linee operative seguite dalla CEE nel campo della politica farmaceutica si evidenzia altresì la caratteristica peculiare del bene farmaco come bene di spiccata valenza sociale.

Affermazione del binomio "farmaco-patologia" con riferimento al "bisogno terapeutico" dell'utenza.

Da un'esame storico comparato della politica di intervento dello Stato nel settore farmaceutico emergono spinte innovative che hanno portato a considerare il "bene-farmaco" non solo sotto il profilo delle caratteristiche farmacologiche-terapeutiche del medesimo, ma con riferimento anche ad altri elementi correlati quali, appunto, il bisogno terapeutico dell'utenza, la ricerca, l'innovazione, il costo terapeutico, l'efficacia terapeutica, il rapporto rischio-beneficio, le ricadute economiche, ecc. La più recente normazione di settore ha già elevato questi elementi a "criteri di valutazione", per la formazione del Prontuario Terapeutico, per l'esenzione dei tickets, per la correlazione con le cosiddette patologie protette.

Anche per quanto concerne la determinazione della metodologia di fissazione dei prezzi dei farmaci il provvedimento CIP N. 38/1984 ha disposto modifiche sostanziali ai precedenti metodi, privilegiando aspetti quali la ricerca, la potenzialità di espansione sul mercato internazionale.

Di recente, peraltro, il Parlamento ha espresso il proprio parere in ordine alla nuova metodologia di determinazione dei prezzi delle specialità medicinali, di cui all'art. 19, comma 15, della legge 11 marzo 1988, n. 67.

Dal parere formulato emerge come peculiare e determinante importanza, ai fini della fissazione dei parametri per la determinazione del prezzo dei farmaci, assumono aspetti del farmaco stesso propri delle caratteristiche "immateriali" del medesimo: innovatività, tecnologie impiegate, dosaggi, patologie correlate, ricadute economiche.

"Corsi preferenziali" già delineate e seguite per la realizzazione di altri strumenti di politica farmaceutica quali il Prontuario Terapeutico, la determinazione dei tickets, le relative esenzioni, ecc.

Si tratta dell'affermazione di una nuova filosofia di "gestione-globale" del "bene-farmaco" quale "bene-sociale".

Fondamentale al riguardo è la previsione dell'art. 29 della legge 23/12/1978, n. 833, che al 1° comma così recita: "La produzione e la distribuzione dei farmaci devono essere regolati secondo criteri coerenti con gli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale, con la funzione sociale del farmaco e con la prevalente finalità pubblica".

Prosegue, poi, detto articolo, prevedendo che con legge dello Stato saranno dettate norme in ordine alla produzione, al commercio dei farmaci, alla loro revisione, alla determinazione dei prezzi, alla sperimentazione clinica, alla brevettabilità, ai farmaci da banco, per l'informazione scientifica e per la revisione della farmacopea.

Affermazione, quindi, per la prima volta, normativamente esplicita della funzione sociale del farmaco.

Postulazione, poi, di un globale e coordinato intervento normativo da parte dello Stato nel settore farmaco.

Massimo coordinamento fra gli strumenti di gestione: piano di settore, metodologia prezzi, piano di ricerca farmaci, gestione del Prontuario Terapeutico e regime tickets.

Se, come delineato, gli aspetti "immateriali" e la "socialità" del farmaco costituiscono i nuovi "indicatori" per le scelte di politica farmaceutica, si tratta ora di avviarsi al più presto sulla strada indicata dalla Comunità per il raggiungimento di irrinunciabili obiettivi: massima tutela della salute pubblica, massimo impulso alla ricerca farmaceutica ed alla correlata efficienza della produzione di settore.

Questi sono i fini che la direttiva CEE in generale ed in particolare la direttiva “trasparenza” 105/89 si prefiggono, in un ampio quadro di omogeneizzazione europea: “Promozione della salute pubblica attraverso un'adeguata disponibilità di prodotti farmaceutici a prezzi ragionevoli, incentivando, di pari passo, l'efficienza produttiva delle aziende di settore, incoraggiando la ricerca e lo sviluppo di nuovi farmaci, da cui dipende in definitiva la possibilità di mantenere un alto livello di “salute pubblica” nella Comunità.

Scelte obiettive e verificabili e gestione trasparente del bene farmaco questo il doppio binario per una politica farmaceutica tesa ad una sempre maggior tutela della salute pubblica, in sintonia con le linee operative europee di gestione del settore farmaco.

Farmaco, non tanto nella sua oggettività materiale di principio attivo, quanto riferimento terapeutico ad una patologia, il farmaco, cioè, interpretato non tanto per quello che è, quanto per quello che fa.



## **8.7 La qualità delle cure sanitarie**

### **8.7.1 I sistemi di controllo vigenti**

La verifica di qualità dei risultati di gestione delle prestazioni professionali (Quality Assurance nella terminologia anglosassone) è stata oggetto nel 1989 di un'ampia indagine conoscitiva da parte della Commissione Affari sociali della Camera, il cui obiettivo è stato l'acquisizione di documenti ed esperienze, in funzione dei provvedimenti legislativi di riassetto del SSN con particolare riguardo agli elementi di una buona gestione: efficienza, qualità, efficacia.

L'indagine ha perciò permesso l'elaborazione di un programma atto ad introdurre in Italia un insieme organico di attività relative alla verifica e alla revisione di qualità delle prestazioni sanitarie.

Le innovazioni previste in merito sono contenute nell'art. 13 del ddl 2375/90, superando, quindi, le disposizioni oggi vigenti, scarse e frammentarie.

I precedenti ora in atto sono infatti:

- commissioni professionali (art. 119 del DPR n. 270/87 con riferimento all'accordo sindacale per il triennio 1985-87 del personale dipendente dal SSN);
- obblighi del medico convenzionato relativi alla compilazione della scheda sanitaria che accompagna la richiesta di ricovero ospedaliero (art. 4 del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 109) ed obbligo di specificare nelle prescrizioni per la diagnostica strumentale e di laboratorio le ipotesi diagnostiche cui sono dirette;
- disposizioni sugli standards del personale ospedaliero emanate con il decreto ministeriale 13 settembre 1988;
- disciplina delle ricette e sulla farmacovigilanza.

L'art. 13 prevede che le attività di verifica e revisione della qualità siano attivate con un apposito atto di indirizzo e di coordinamento che detterà norme per una rilevazione sistematica di dati relativi al personale, alle prestazioni, agli acquisti di beni e servizi e ai consumi, nonché per l'elaborazione di sintesi esplicative da inviare agli interessati ai fini di autovalutazione e per la verifica annuale congiunta da parte della Amministrazione centrale e delle singole Regioni e Province autonome.

Il testo, infine, detta norme per un articolato regime di controlli affidati prevalentemente alla Giunta regionale e al CO.RE.CO. (Comitato Regionale di Controllo); le Regioni, le Province autonome, le USL e le aziende ospedaliere possono effettuare il controllo di gestione anche mediante società specializzate.

C'è una domanda di fondo che sta alla base della normativa: accanto all'aumento generalizzato del costo della assistenza sanitaria si verificano anche incrementi della produttività e della qualità della assistenza stessa?

La domanda, però, fa notare il Dipartimento Socio-culturale della Camera, ne genera altre due: è possibile definire e misurare la qualità della assistenza sanitaria? In caso affermativo, quale può essere il costo di un efficace sistema di valutazione e quanto, al contrario, grava sulla spesa la scarsa qualità delle prestazioni?

I parametri di valutazione possono essere sintetizzati come segue.

- a) Efficacia degli interventi, cioè il loro essere in grado di influire positivamente sulla evoluzione delle malattie;
- b) competenza tecnico-scientifica o professionale, cioè l'applicazione di interventi efficaci e corretti o appropriati;

- c) accettabilità dei servizi, intesa nel duplice senso di equità e di capacità di intervenire su tutta la popolazione che potrebbe essere beneficiata da un particolare intervento sanitario;
- d) soddisfazione del paziente sulla quale possono incidere numerosi aspetti della assistenza sanitaria: dalle caratteristiche strutturali all'esito sanitario;
- e) efficienza.

Il Dipartimento socio-culturale della Camera, approfondendo l'analisi, ha fatto tre osservazioni di rilevante interesse:

- la prima, riguardante la competenza tecnico-scientifica o professionale, indica non poche difficoltà di valutazione e, tra queste, il fatto che l'efficacia è verificabile solo per un limitato numero di atti medici; questa aleatorietà, in altre parole, si riversa in una grande variabilità dei comportamenti medici e in tutte le aree della medicina (prescrizione dei farmaci, esami, ricoveri, durata delle degenze, interventi chirurgici),
- la seconda, riguardante l'efficienza, non può essere ridotta in campo sanitario alla minimizzazione dei costi per l'ottenimento di un dato prodotto e lo stesso criterio di efficienza è notevolmente complesso da applicare perchè viene a coinvolgere aspetti diversi del processo produttivo; in particolare per quanto concerne le patologie trattate le difficoltà sorgono dal fatto che i problemi clinici sono tendenzialmente infiniti,
- la terza fa ancora riferimento alla variabilità delle patologie trattate; posto che i problemi clinici sono tendenzialmente infiniti, il problema è quello di ridurre questa variabilità in un numero determinato di raggruppamenti. Ad esempio alcuni sistemi di classificazione come i DRG (Diagnosis Related Groups: gruppi di diagnosi omogenee) sono costruiti proprio con l'obiettivo di realizzare categorie di pazienti clinicamente simili e, quindi, potenzialmente omogenei rispetto al consumo di risorse.

#### **8.7.2 L'applicazione della Verifica e Revisione della Qualità (VRQ)**

Si riportano alcune delle esperienze di più rilevanti interesse realizzate all'estero.

Gli Stati Uniti dettero vita, nel 1952, alla JCAH (Commissione congiunta per l'accreditamento delle organizzazioni sanitarie) riguardante soprattutto gli standards di attrezzature e di personale. La JCAH è una organizzazione no profit che opera attraverso un processo di accreditamento a cui si sottopongono volontariamente le organizzazioni sanitarie e che svolge funzioni di valutazione e di consulenza nei confronti delle strutture accreditate.

L'ultima iniziativa, negli USA, è il programma PRO (Peer review organizations) del 1982, quasi in coincidenza con l'introduzione del nuovo sistema di rimborso degli ospedali basato sui DRG (1983).

Fra l'altro i PRO vigilano affinché i medici si abituino ad eseguire ambulatoriamente, evitando i ricoveri, tutte le procedure invasive o i piccoli interventi chirurgici per cui l'intervento ambulatoriale sia sufficiente. Parallelamente si sono sviluppati programmi di promozione delle qualità interne alla professione medica che si sono dimostrati una componente essenziale ai fini di una strategia complessiva di Quality Assurance.

Notevole, in Olanda il ruolo preminente svolto dal CBO (Organizzazione nazionale per la promozione della qualità degli ospedali) e, in Gran Bretagna il coinvolgimento degli organi professionali nella verifica di qualità.