

polazione nel suo complesso tramite il controllo dei fattori di rischio presenti nel territorio, collettivi ed individuali, ma anche tramite il controllo delle malattie infettive e diffusive e la profilassi veterinaria.

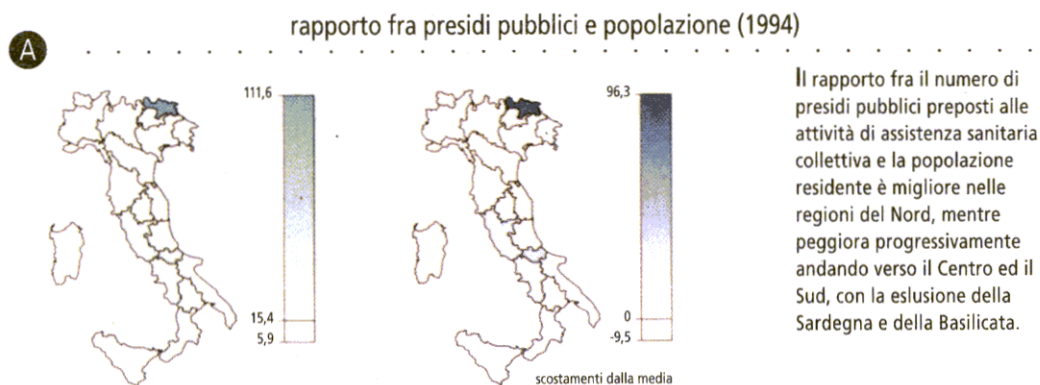
Il rapporto fra il numero di presidi e la popolazione è più alto al Nord, mentre diminuisce progressivamente andando verso il Centro ed il Sud del Paese, dove, peraltro, troviamo regioni, come la Sardegna e la Basilicata, nelle quali il rapporto è migliore rispetto a quello medio nazionale. Nel confronto pubblico/privato convenzionato si riscontra la mancanza quasi completa di questo tipo di attività nel privato, dove infatti troviamo soltanto 17 presidi che svolgono questa attività (Fig. 3).

La rilevazione effettuata dal Nucleo di Verifica e Monitoraggio dei Livelli Uniformi di Assistenza, costituito nell'ambito della Conferenza StatoRegioni, fornisce, ad oggi, informazioni parziali su 14 regioni e mostra un'ampia variazione in relazione sia al numero di operatori ogni 10.000 abitanti impegnati nei servizi, sia all'impegno di spesa procapite (rispettivamente fra 1,2 e 15,3 unità e fra 31.000 e 205.000 lire). Quanto detto consente di presumere un sottodimensionamento della dotazione organizzativo-strutturale e finanziaria.

3.4 ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

L'assistenza sanitaria di base ha l'obiettivo primario di promuovere la salute, attraverso attività di educazione sanitaria, medicina preventiva individuale diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento. In questo paragrafo vengono esaminati i livelli analitici in cui l'assistenza sanitaria di base si articola.

Fig. 3 assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro



Assistenza medica di base

L'offerta riguardante l'assistenza medica di base interessa diverse attività rappresentate dalla medicina generale, dalla pediatria di base e dalla guardia medica.

Medicina generale e pediatria: indicatori di risorse e di attività

La medicina generale dovrebbe essere organizzata sulla base dell'attività dei medici generali convenzionati rivolta ad una quota di assistibili al di sopra dei 14 anni; ad essi si affiancano i pediatri di base che vanno a ricoprire la quota degli assistibili con un'età inferiore ai 14 anni. Ciò in realtà non si verifica, in quanto molti assistibili con età inferiore ai 14 anni figurano nelle liste dei medici generali convenzionati.

Si possono notare (Fig. 4) significative differenze nelle varie aree del Paese, con regioni in cui nel 1995 il rapporto assistibili/medico si presenta elevato, ad esempio nella P.A. di Bolzano con 1676 unità ed in quella di Trento con 1.126, ad altre dove si scende al di sotto delle 1.000 scelte, Basilicata (928) e Campania (959).

Nel confronto (Fig. 4) con gli anni precedenti il numero dei medici nel periodo 1992-1993 è rimasto pressochè costante, è diminuito nel 1994 per poi stabilizzarsi nel 1995. Conseguentemente, nel periodo 1992-1995, il rapporto tra assistibili e medici è andato aumentando, passando da 943 a 1.020 assistibili per medico.

L'ampia variabilità a livello nazionale di tale indicatore denota una scarsa omogeneità territoriale, ancora più evidente laddove si hanno indici di vecchiaia più elevati.

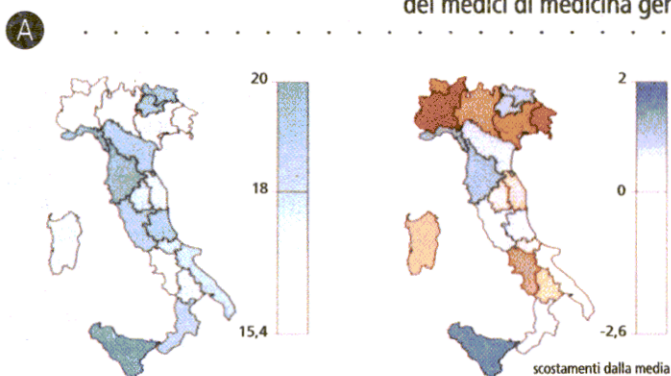
Nel 1995 il numero dei pediatri risulta in leggero aumento rispetto al 1992; il rapporto con gli assistibili, sostanzialmente stabile nel periodo 1992-1995, è nell'ultimo anno di riferimento, di 1380 bambini per medico pediatra (Fig. 5). In media in Italia, nel 1995, si registrano 647 scelte per ogni medico pediatra di base. Anche in questo caso la distribuzione regionale presenta forti disparità: l'Abruzzo con 466 assistiti per pediatra ha il più basso valore, circa 180 scelte al di sotto della media nazionale; il Piemonte, con 872 scelte, rappresenta il valore massimo.

Il rapporto assistibili in età pediatrica/medici pediatri risulta notevolmente più elevato rispetto al numero delle scelte; spicca tra tutte le regioni il Molise che presenta un valore di 4.347 bambini per pediatra a fronte di un numero di scelte pari a 623. La Campania, la Basilicata e la P.A. di Bolzano sono le regioni dove lo scostamento fra assistibili per pediatra è nettamente più accentuato mentre tale scostamento risulta notevolmente meno elevato in Liguria ed in Piemonte.

L'analisi di questi dati permette di concludere che molti assistibili che dovrebbero essere seguiti dal pediatra in realtà vengono seguiti dal medico di medicina generale e questo accade soprattutto nelle regioni del Sud. Liberare questo potenziale consentirebbe di migliorare le attività della medicina di base nei confronti della popolazione.

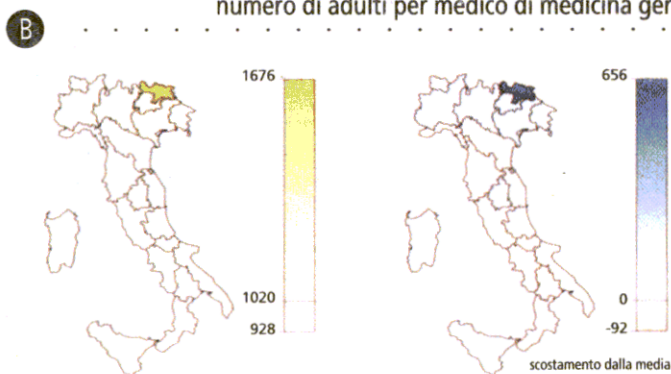
assistenza sanitaria di base: medicina generale

Fig. 4

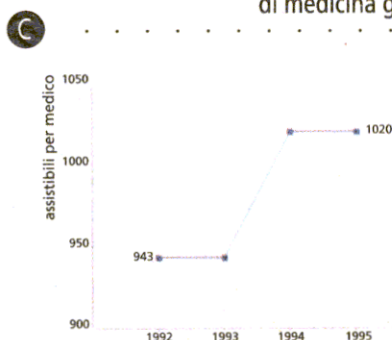
anzianità media convenzionale di laurea
dei medici di medicina generale (1995)

L'anzianità di laurea dei medici generici è in media di 17,5 anni, questo valore non varia particolarmente nelle varie regioni. In Toscana, Liguria e Sicilia l'anzianità media è poco maggiore di 20 anni di laurea. In Piemonte e Friuli V.G. è di circa 15 anni.

numero di adulti per medico di medicina generale (1995)



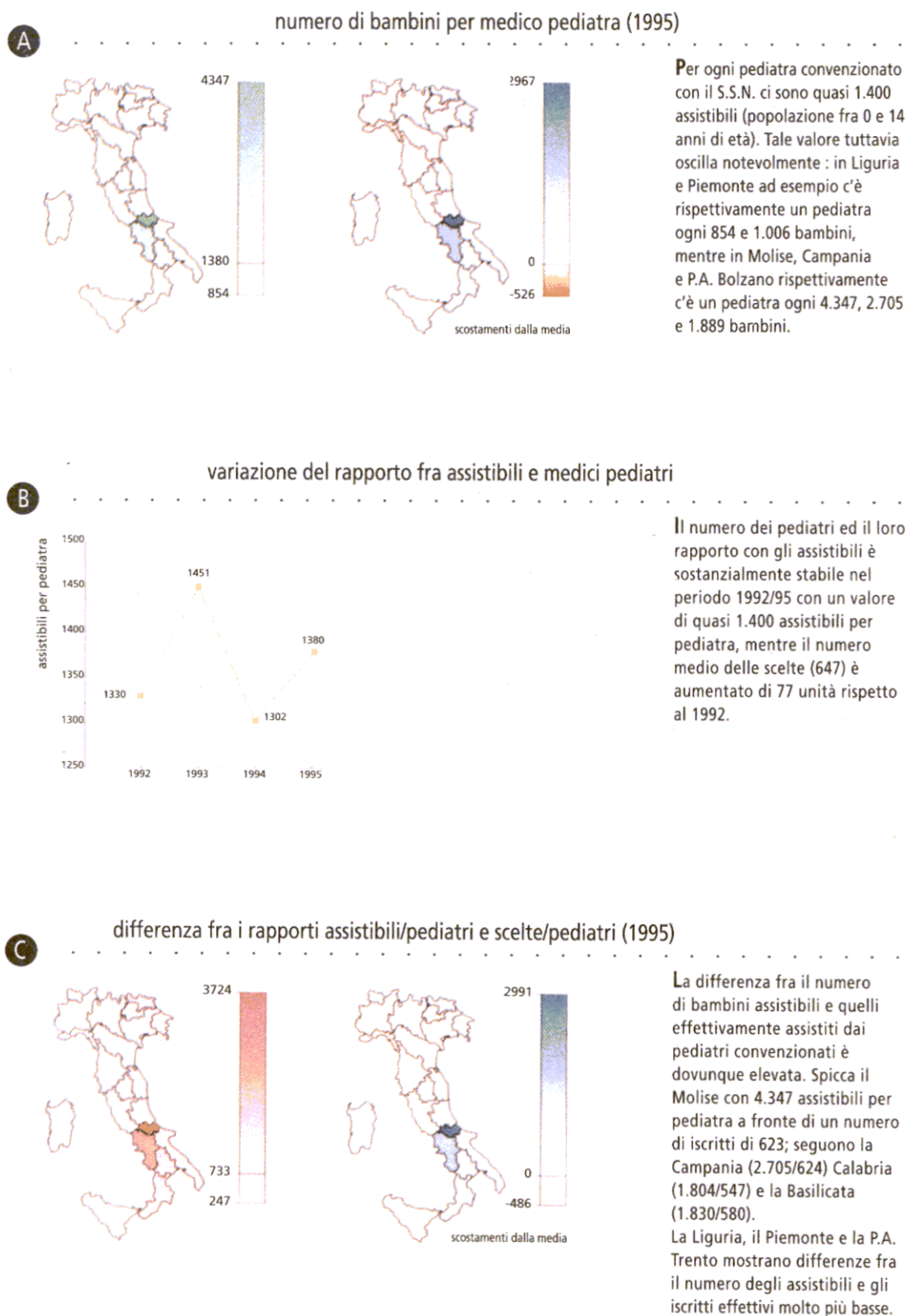
I medici di medicina generale nel 1995 presentano un rapporto medio di un medico ogni 1.020 assistibili, tuttavia esiste una certa variabilità regionale. Alcune realtà regionali presentano una relazione fra medico e assistibili elevata come la P.A. di Bolzano con un medico ogni 1.676 assistibili e la P.A. Trento con un medico ogni 1.126 assistibili. In altre si ha un rapporto molto più basso, per ciascun medico convenzionato in Basilicata ci sono 928 assistibili, in Campania 959.

variazione del numero dei medici
di medicina generale e del rapporto con gli assistibili

Il rapporto tra medici e assistibili è rimasto pressoché costante nel periodo 1992-1993; ed è andato aumentando nel periodo 1993/94, passando da un medico ogni 943 assistibili a circa 1/1.020. Nel 1995 non si sono registrate variazioni rispetto all'anno precedente.

assistenza sanitaria di base: pediatria

Fig. 5



Anche per questo aspetto dell'Assistenza sanitaria di base si riscontrano significativi squilibri regionali e, pur considerando la diminuzione della popolazione infantile che si sta verificando in questi anni, il numero dei pediatri non ha ancora raggiunto un livello ottimale.

Guardia medica: indicatori di risorse e di attività

Occorre ricordare che l'attività di guardia medica viene regolata con normativa locale ed è notevolmente influenzata dalle caratteristiche geomorfologiche del territorio e dalla densità della popolazione. Pur con le avvertenze sopra menzionate, il numero medio di abitanti per ogni punto di guardia medica e per ogni medico addetto evidenzia anche in questo caso (Fig. 6) divergenze non di poco conto fra le varie realtà regionali.

Nelle regioni del Sud del Paese si ha in genere una maggiore presenza di punti di guardia medica rispetto alla popolazione ed anche un rapporto più elevato fra popolazione e medici addetti. L'analisi di tale attività deve comunque tener conto delle molteplici variabili che intervengono, della individuazione dell'effettivo numero di cittadini che gravitano sui diversi punti (che non sono solo i residenti), in relazione anche ai flussi turistici che interessano l'intero Paese e che sono tuttavia molto diversamente distribuiti.

3.5 ASSISTENZA SPECIALISTICA SEMIRESIDENZIALE E TERRITORIALE

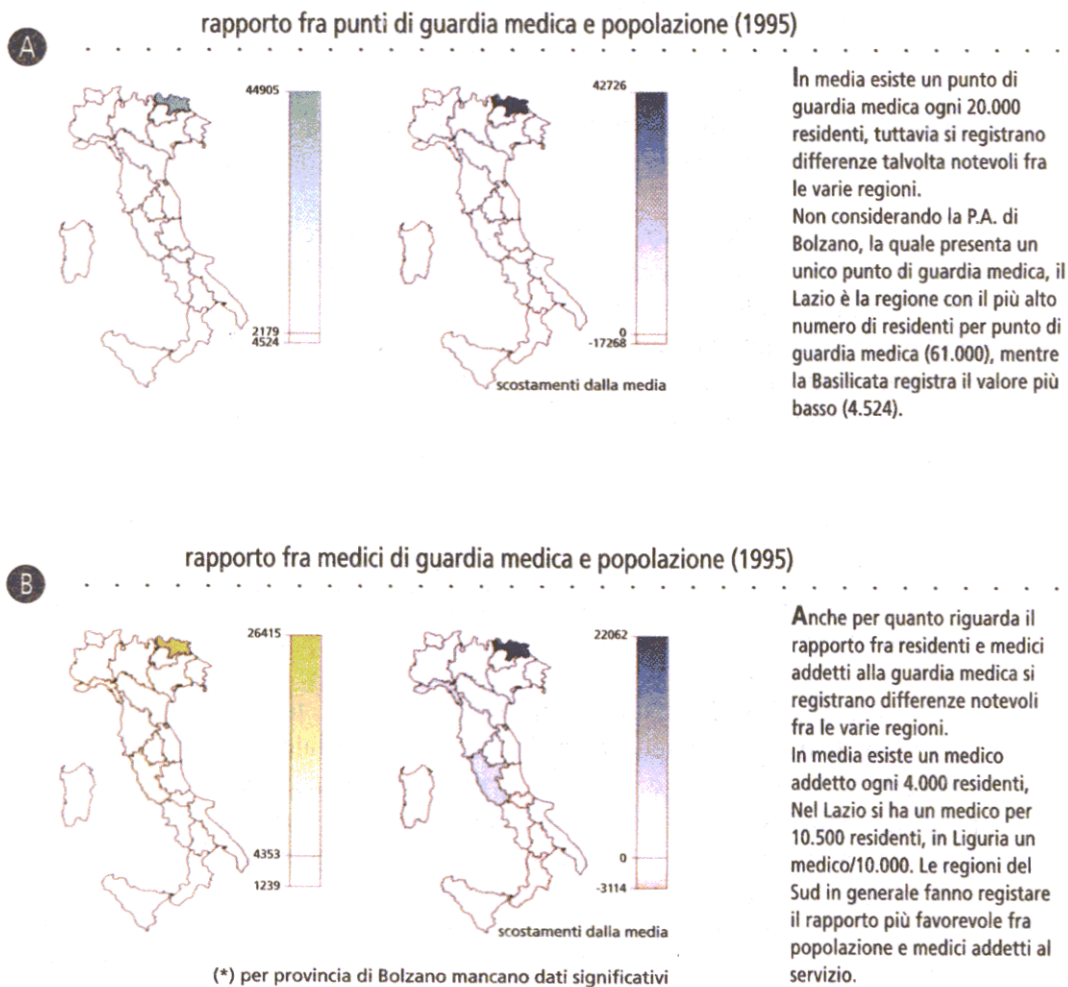
L'assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale si pone l'obiettivo di trattare in sede ambulatoriale, territoriale e semiresidenziale le condizioni morbose e le inabilità mediante interventi specialistici di tipo diagnostico, terapeutico e riabilitativo, compresi quelli volti alla tutela della salute materno-infantile, prevenzione diagnosi e terapia del disagio psichico e degli stati di tossicodipendenza.

Nel 1994 sul territorio nazionale risultano attivi 24.420 presidi: i presidi privati sono circa il 34% di quelli pubblici. Circa la metà dei presidi è costituita da ambulatori e laboratori (12.139), i quali per oltre il 36% dei casi sono gestiti direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale (Fig. 7-8). Dall'analisi della distribuzione geografica risultano regioni dove il numero delle strutture private supera quelle pubbliche, ad esempio la Sicilia e la Campania, pari rispettivamente al 71,1 ed al 63,3% del totale dei presidi. Evento opposto si verifica in altre regioni come la Lombardia, dove l'83,8%, è rappresentato da presidi pubblici.

Il rapporto tra popolazione assistibile e presidi varia tra regione e regione, con un massimo in Molise (4.048) ed un minimo in Valle d'Aosta (1.065), anche se nell'analisi di tale indicatore occorre tenere ben presente la dislocazione dei presidi stessi, la concentrazione della popolazione, l'orografia, la situazione stradale e dei servizi di trasporto nelle varie regioni.

assistenza sanitaria di base: attività di guardia medica

Fig. 6

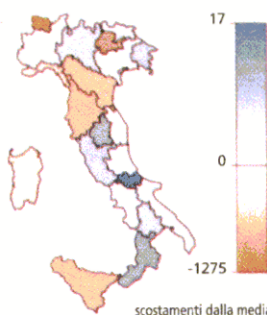
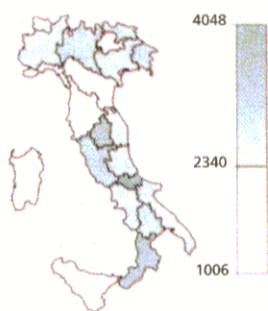


assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale

Fig. 7

A

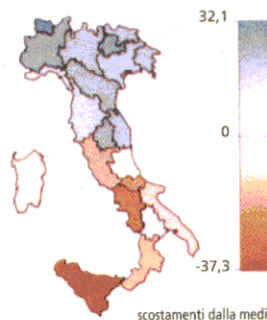
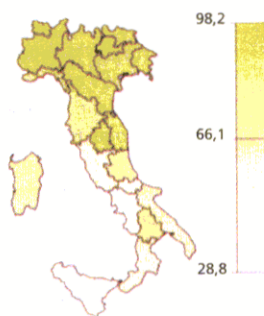
rapporto fra assistibili e presidi (1994)



Sul territorio nazionale risultano attivi 24.420 presidi, di cui 12.139 ambulatori e laboratori. Il rapporto tra assistibili e presidi è circa di un presidio ogni 2.300 abitanti, tale rapporto varia notevolmente tra regione e regione, con un massimo in Molise (4048) ed un minimo in Valle d'Aosta (1.065).

B

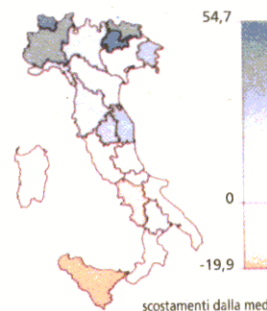
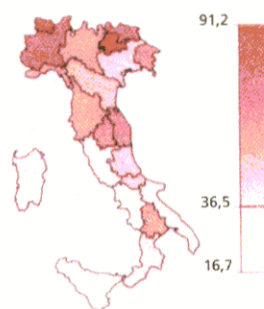
incidenza dei presidi pubblici sul totale (1994)



Tali strutture sono per oltre il 60% pubbliche. In alcune regioni il numero delle strutture private supera quelle pubbliche ad esempio, in Sicilia e in Campania, rispettivamente circa il 70 e il 63% dei presidi sono privati, in Calabria, Puglia Molise circa il 50%. Nelle regioni del Nord c'è un andamento opposto ad es. in Piemonte il 90% e in Lombardia circa l'80% dei presidi sono pubblici.

C

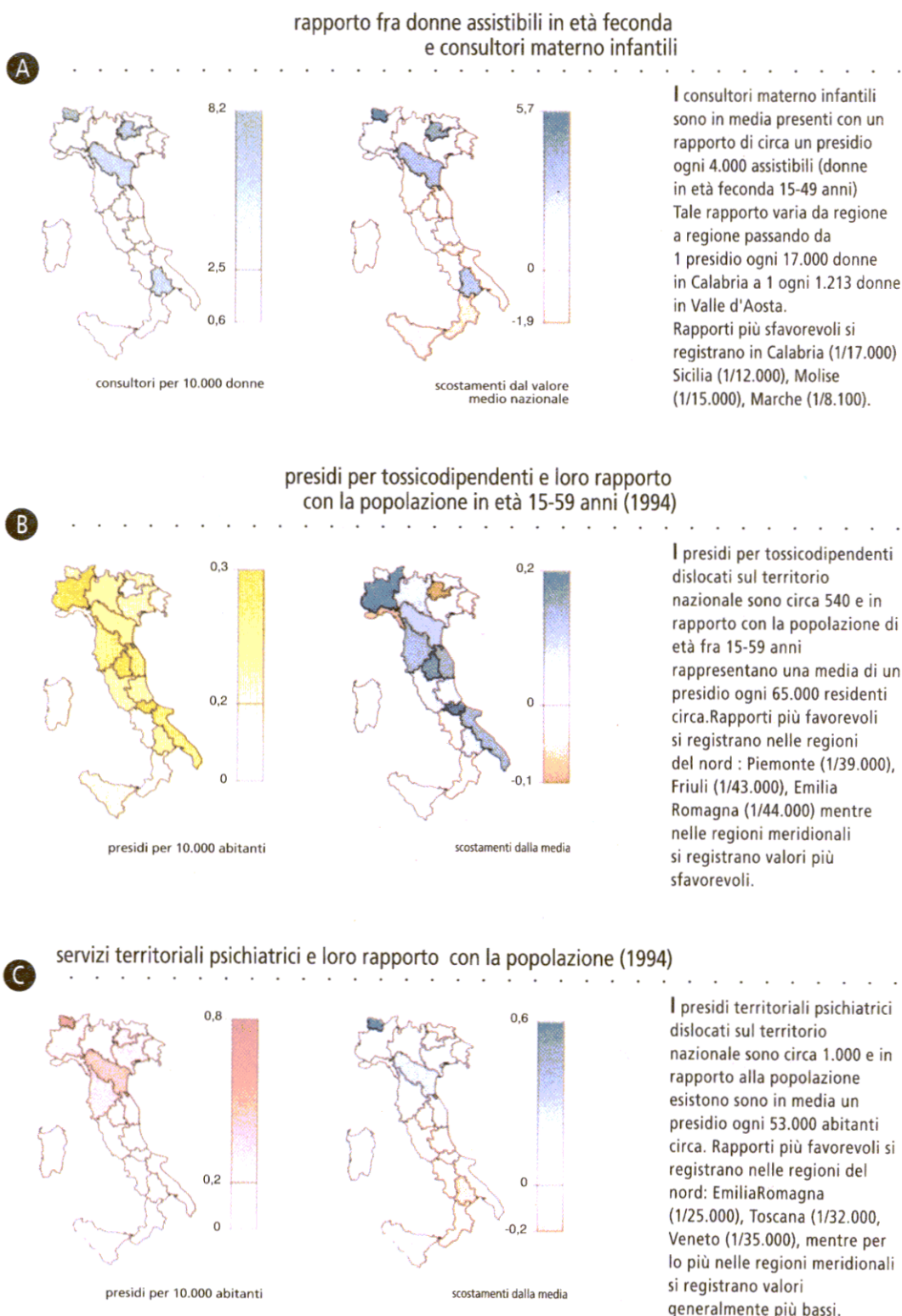
rapporto fra presidi diagnostici pubblici e privati (1994)



Sul territorio nazionale risultano attivi 12.139 fra ambulatori e laboratori. Tali strutture sono per il 36% pubbliche. Tale rapporto varia notevolmente da regione a regione. Nelle regioni del Nord, con la esclusione del Veneto (40% pubblici) la maggioranza dei presidi diagnostici è pubblica. Nelle regioni del Sud prevale la presenza del privato: in Sicilia l'84%, in Campania l'80% e nel Lazio il 70% di tali strutture è privato.

Fig. 8

assistenza specialistica: alcune tipologie particolari



Presidi per attività specialistiche

Vengono qui descritti (Fig. 7) i presidi pubblici e privati a seconda della tipologia di presidio o di attività svolta. Nel complesso il rapporto fra servizi pubblici e privati osservato, se si sommano tutti i presidi, si altera profondamente, ad eccezione di ben poche regioni, nel settore dei laboratori ed ambulatori, in cui come è peraltro noto la presenza del privato è particolarmente consistente. In questo ambito il dato generale si ribalta ad esempio in Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Lazio. In tutte le regioni del Sud, ad eccezione della Basilicata, la presenza del privato è superiore al pubblico.

Consultori materno-infantili

Piano Sanitario Nazionale ha proposto tra i progetti-obiettivo la tutela materno-infantile che può essere realizzata non solo attraverso la prevenzione e l'educazione sanitaria rivolta alla collettività ed al singolo, ma anche con una migliore efficienza dei servizi, che si realizza con un funzionamento continuo, e soprattutto con una maggiore umanizzazione degli stessi. Nella (Fig. 8- A) si evidenzia la diversa distribuzione della presenza dei consultori sul territorio nazionale. È importante notare come il rapporto con la popolazione, rappresentata in questo caso dalle donne in età feconda (15-49 anni), vari da regione a regione passando da 1 presidio ogni 17.000 in Calabria a 1 su 1.200 in Valle d'Aosta; anche in questo caso la differenziazione tra Nord-Sud risulta evidente.

La distribuzione di consultori sul territorio nazionale si presenta complessivamente soddisfacente; il rapporto infatti è di uno per circa quattromila donne in età feconda.

Presidi per tossico-dipendenti

Le attività che si attuano in questi presidi sono rivolte alla cura e riabilitazione dei soggetti con problemi di dipendenza da droghe; tali prestazioni sono erogate mediante i SERT e in regime semiresidenziale.

I valori regionali (Fig. 8 - B) si distribuiscono attorno al valore medio nazionale presentando forti differenze di segno opposto, con punte massime e minime molto distanti dal valore medio.

Presidi per assistenza psichiatrica territoriale

L'assistenza psichiatrica territoriale è costituita dal complesso degli interventi specialistici erogati mediante i servizi territoriali psichiatrici.

La situazione mostra forti squilibri e ritardi nell'applicazione della Legge 180/78 (Fig. 8 - C), con valori regionali che si distribuiscono attorno al valore medio nazionale presentando forti differenze di segno opposto.

3.6 ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'assistenza ospedaliera tratta condizioni patologiche che, non potendo essere affrontate in ambulatorio o a domicilio, necessitano di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza o di urgenza. Essa viene erogata attraverso alcune modalità di accesso: il ricovero di urgenza e di emergenza, il ricovero ordinario programmato o di Day hospital, la ospedalizzazione domiciliare e infine il trattamento sanitario obbligatorio.

Dati anagrafici degli istituti di cura

Nel 1994 il numero degli Istituti è risultato 1787, di cui il 63% pubblici (Fig. 9 - A). Analizzando la distribuzione regionale la Lombardia è la regione con il più alto numero di Istituti pubblici (152, il 13.5%), mentre la Valle d'Aosta ne presenta soltanto 1. Per quanto riguarda le Case di cura convenzionate e non, è il Lazio la regione con il più alto numero (123,18%), ma in generale le regioni del Centro e del Sud presentano un numero consistente di Istituti privati ed in Campania il numero è maggiore di quelli pubblici.

Nell'anno 1995 il numero degli istituti è diminuito (1.738), e ciò è dovuto sostanzialmente alla costituzione delle aziende ospedaliere, ciascuna delle quali può avere accorpato più di un istituto riorganizzando e ridistribuendo i reparti di degenza, ed inoltre alla chiusura e riconversione di parte dei piccoli istituti e di quelli psichiatrici.

Nella Fig. 9-B viene presentata la distribuzione regionale dei posti letto, pubblici e convenzionati, secondo l'incidenza di alcuni tipi di specializzazione sul totale dei posti letto.

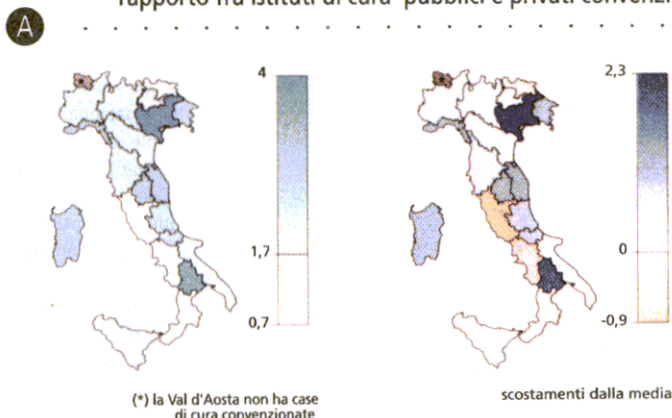
Nella Fig. 10 viene presentata la distribuzione regionale dei posti letto pubblici e privati convenzionati rapportati alla popolazione. L'Abruzzo e la P.A. di Trento sono le regioni a più elevato valore, 8,9; è da notare inoltre la situazione anomala del Lazio che, su un valore totale di 8,2, presenta il valore più elevato per la componente privata, 3,2. Non prendendo in considerazione la Valle d'Aosta, perchè manca di strutture private, la Campania risulta la regione con il più basso valore di posti letto: 5,6 su 1000 abitanti. Confrontando il numero dei posti letto nelle strutture pubbliche e private nel periodo 1992-1995 esso è rimasto sostanzialmente stabile nel totale, ma si nota una tendenza all'aumento dei posti letto nelle strutture convenzionate a discapito di quelli nelle strutture pubbliche (Fig. 10).

La semplice distribuzione dei posti letto, indipendentemente dalla loro utilizzazione, mostra innanzitutto una presenza in eccesso, rispetto ai parametri indicati come ottimali e tenendo anche conto di un notevole sviluppo, come vedremo più avanti, del Day Hospital. Lo squilibrio in eccesso rispetto al parametro di riferimento di 5,5 per 1000 abitanti è interamente imputabile all'eccesso di posti letto nel settore dell'assistenza ospedaliera per acuti, ove in media nazionale si registra un valore pari a 5,6 per mille abitanti, rispetto ad un parametro di riferimento di 4,5. Tale tendenza è diffusa su tutto il territorio nazionale ad eccezione della

assistenza ospedaliera

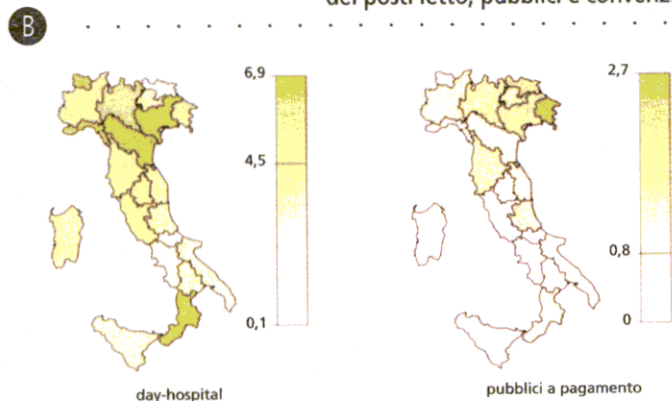
Fig. 9

rapporto fra istituti di cura pubblici e privati convenzionati (1994)



Gli Istituti di cura pubblici e le Case di cura convenzionate sono 1.787 su tutto il territorio nazionale (1994) di cui il 63% sono pubblici. Nel 1995 si riscontra una diminuzione di circa 50 unità. Il Veneto è la regione con il più alto numero di Istituti pubblici rispetto a quelli privati convenzionati (4,1), seguono poi la Basilicata con 3,7/1, le Marche e l'Umbria con un rapporto di 2,8/1. In generale le regioni del centro e del sud hanno un numero consistente di istituti privati convenzionati con rapporti particolarmente bassi nel Lazio (0,77), Campania (0,9) e Calabria (1,22).

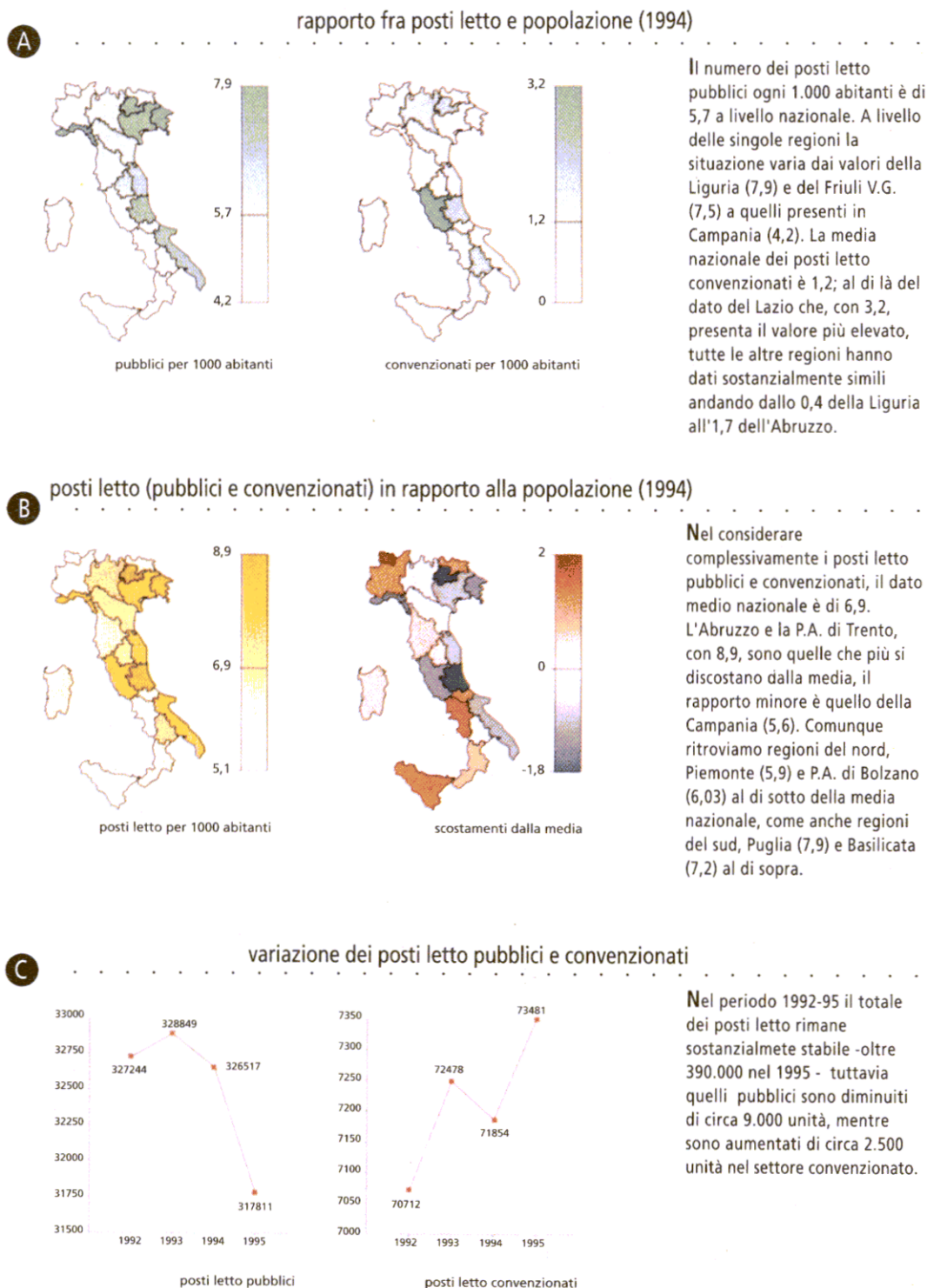
incidenza di alcuni tipi di spedalizzazione sul totale dei posti letto, pubblici e convenzionati (1994)



La percentuale dei posti letto destinati ad attività di day hospital rappresenta in media il 4,5 % del totale. Tuttavia si registrano variazioni notevolissime: nella P.A. di Bolzano risulta un valore dello 0,15 %, nel Molise lo 0,68 % dei posti letto è destinato a tali attività, in altre regioni si registrano valori molto più elevati. La Calabria con il 6,8 del totale, l'Emilia Romagna (6,6 %) e il Veneto (6,3 %) risultano le regioni con una maggiore percentuale dei posti letto destinati a day-hospital. La percentuale dei posti letto pubblici a pagamento rappresenta in media lo 0,76 % del totale, con variazioni notevolissime nelle regioni: in Umbria, Molise, Basilicata e Valle d'Aosta non risultano attivati posti letto a pagamento. In generale nelle regioni del sud la percentuale è molto bassa, mentre il Friuli con il 2,7 %, la P.A. di Bolzano con 1,82 % e il Veneto con l'1,4 % presentano la maggiore percentuale di posti attivati.

Fig. 10

assistenza ospedaliera: la dotazione di posti letto



regione Campania. Nella riorganizzazione del servizio sanitario nazionale, ancora in atto, la conseguente ristrutturazione della rete ospedaliera porterà certamente alla riduzione della differenza del numero di posti letto fra strutture potenziali e strutture effettivamente utilizzate per l'attività di ricovero. I dati del sistema informativo in effetti confermano la tendenza alla razionalizzazione della rete ospedaliera.

Tuttavia, considerando i soli posti letto effettivamente utilizzati, si verifica ugualmente, nella situazione attuale, un surplus di posti letto rispetto al parametro di riferimento. La dotazione di posti letto per la attività di riabilitazione ospedaliera e di lungodegenza risulta invece sensibilmente inferiore al parametro di riferimento individuato in 1 per mille abitanti. Infine la dotazione di posti letto equivalenti per le attività di Day Hospital, la quale secondo le indicazioni del PSN 94-96 dovrebbe essere *al dieci per cento dei posti letto per acuti*, risulta prossima al cinque per cento. Ciò è comune a tutto il Paese. L'indice per mille non può essere assunto come unico riferimento per elementi di riequilibrio in quanto occorre conoscere gli effettivi bacini di utenza degli istituti di cura. Quanto detto non inficia, tuttavia, il dato di una eccessiva presenza dell'ospedale in una situazione in cui la maggior parte dei servizi e delle strutture si presenta carente.

Il predominio delle attività ospedaliere è confermato da una considerevole presenza di istituti privati, il cui patrimonio in posti letto è quasi pari ad un quinto di quello pubblico; di significativo interesse anche il fatto che essi si concentrano soprattutto in alcune aree del Paese.

Nella Fig. 11 vengono presentati per disciplina ospedaliera – sulla base dei posti letto, del numero dei degenti, delle giornate di degenza e del numero degli interventi chirurgici effettuati negli Istituti di cura pubblici e convenzionati – la durata media della degenza, il rapporto fra ricovero ed interventi ed il tasso di occupazione.

Nella Fig. 12 vengono illustrati l'andamento della disponibilità dei posti letto e il numero dei degenti nelle quattro discipline di base negli Istituti pubblici e privati, nel periodo 1992-1995.

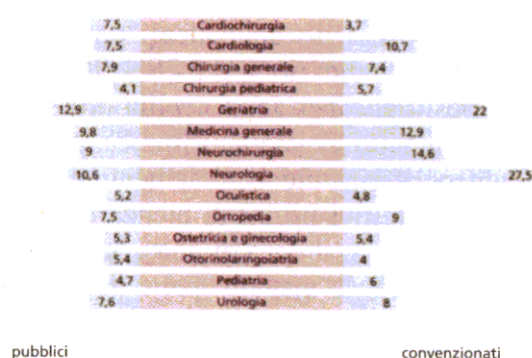
Il numero totale dei posti letto per le singole discipline (circa il 45% del totale letti) è diminuito. Nella Chirurgia generale e nella Medicina generale il numero dei degenti è pressochè stabile, mentre nella Ginecologia ed Ostetricia e Pediatria è diminuito. Ad una generalizzata diminuzione dei posti letto nell'area delle discipline di base (chirurgia, medicina, ginecologia e pediatria) si è riscontrato, nel periodo 1992-1995, un significativo aumento dei posti letto nell'area dell'emergenza e della riabilitazione. Tale tendenza indica un tangibile sforzo delle strutture sanitarie pubbliche a riequilibrare la dotazione di posti letto in base alle reali esigenze operative. Rimane in parte, per le discipline cosiddette di base, uno squilibrio interno considerevole, dovuto presumibilmente a precedenti sviluppi non ancora adeguatamente ridimensionati alla luce dei cambiamenti strutturali della popolazione.

Le degenze complessivamente registrate, nel 1995, in queste quattro discipline (1.553.602 per la Chirurgia generale, 1.807.976 per la Medicina generale, 1.064.123 per la Ginecologia ed Ostetricia e 459.855

Fig. 11

analisi della degenza negli ospedali pubblici e convenzionati

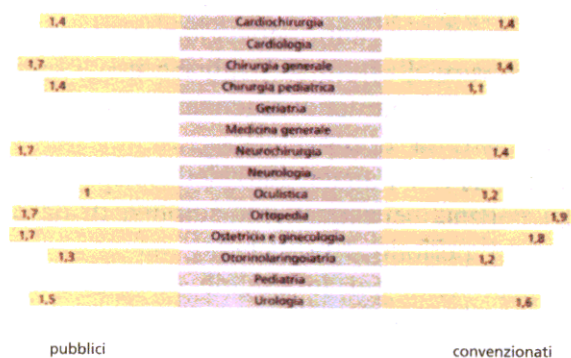
A durata media della degenza nelle principali discipline (1995)



Le discipline che presentano le degenze di maggiore durata sono le stesse sia nel settore pubblico che nel convenzionato, tuttavia la differenza della durata della degenza media nei due settori è notevole.

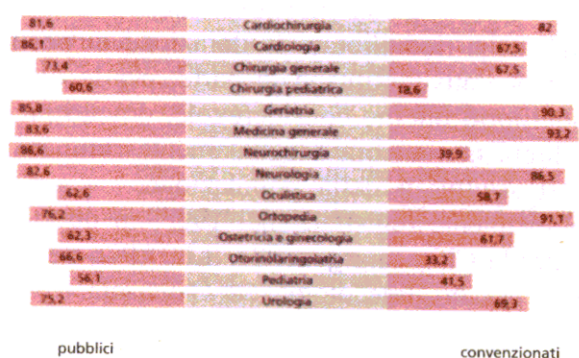
Nel settore pubblico si registra nella geriatria, una degenza media di 13 giorni, nella neurologia e medicina generale una media di 10 giorni, nel settore convenzionato si hanno rispettivamente medie di circa 21, 27 e 13 giorni di degenza.

B rapporto fra interventi e ricoveri, nelle principali discipline (1995)



La percentuale di ricoveri seguita da un intervento non presenta, in generale particolari differenze nelle singole discipline fra il settore pubblico ed il convenzionato, Le specialità che presentano il rapporto più basso sono la ortopedia e la ostetricia (con il 50-60% di interventi), nei reparti di oculistica invece l'80-90 % dei ricoveri è seguita da intervento. Nei reparti di chirurgia generale si ha un 60-70% di interventi.

C tasso di occupazione dei posti letto, nelle principali discipline (1995)

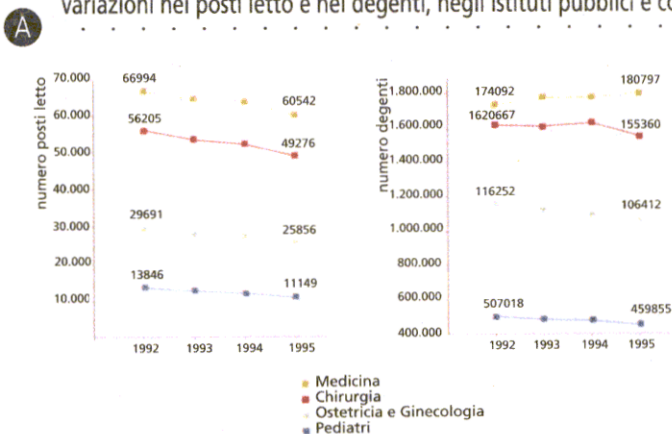


Nelle strutture pubbliche i tassi di occupazione minori si registrano nella pediatria (56,1%), nella oculistica (62,6) e nella ostetricia e ginecologia (62,3%), i tassi maggiori nella neurochirurgia (86,6%), cardiologia (86,1) e geriatria (85,8). Nel settore convenzionato si registrano tassi di occupazione maggiori del settore pubblico, tuttavia la chirurgia pediatrica (32), la neurochirurgia (40) e l'OTR (40) presentano tassi di occupazione notevolmente inferiori rispetto ai reparti pubblici.

assistenza ospedaliera

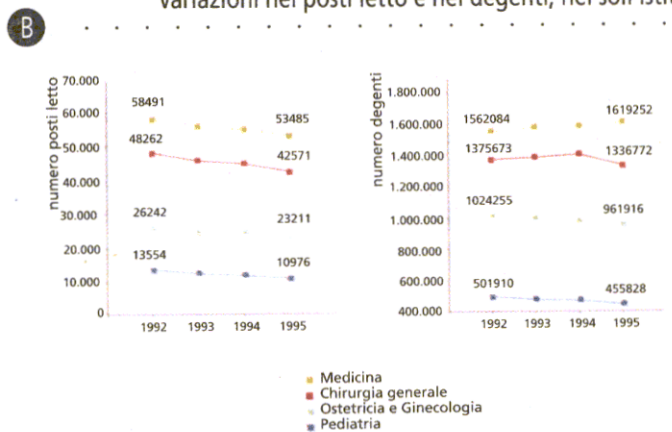
Fig. 12

variazioni nei posti letto e nei degenti, negli istituti pubblici e convenzionati



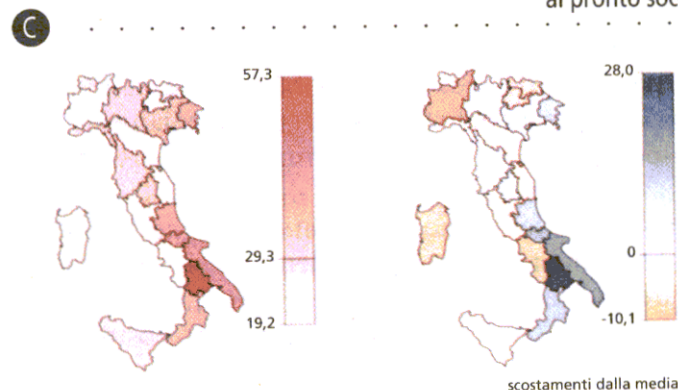
Nel periodo 92-95 il totale dei posti letto disponibili (pubblici e convenzionati) è diminuito nella quattro discipline 'di base': Chirurgia generale - 7.000 p.l., Medicina generale - 6.500 p.l., Ginecologia ed Ostetricia - 4.000 e Pediatria - 3.000. Il totale dei degenti è lievemente aumentato nella Medicina generale (+60.000 pazienti) diminuito nella Chirurgia generale (- 80.000), Ginecologia ed Ostetr. (-100.000) e Pediatria. (- 40.000).

variazioni nei posti letto e nei degenti, nei soli istituti pubblici



Nel settore pubblico il trend della variazione nel periodo 92-95 dei degenti e dei posti letto è analogo a quello descritto per il settore nel suo complesso.

percentuale di pazienti ricoverati sul totale dei transiti al pronto soccorso (1994)



La percentuale delle prestazioni di Pronto Soccorso seguite da ricovero varia notevolmente da regione a regione: in Basilicata il 57% degli interventi di PS è seguito da ricovero, in Puglia il 44%, in Molise il 40% e in Abruzzo il 37%; in Piemonte solo il 19% dei pazienti giunti al Pronto Soccorso viene ricoverato, in Sardegna e Campania il 22% nella Marche e nel Lazio il 24%.

per la Pediatria, per un totale di 4.885.556) rappresentano circa il 50% delle degenze totali: ciò fa desumere che vi sia una stretta correlazione fra offerta di posti letto e domanda di ricovero, e che parte dei ricoveri effettuati nei reparti delle discipline di base siano ricoveri impropri.

Attività di Pronto soccorso

Il rapporto accessi/ricoverati mostra un'eccessiva variabilità tra le regioni (Fig. 12), ad indicare che la funzione di tali presidi ed i criteri di funzionamento sono indubbiamente differenziati, assolvendo chiaramente a bisogni diversi: di preospedale, per l'ammissione in degenza; di prestazioni occasionali per piccole necessità che potrebbero essere effettuate dai presidi e dai medici di territorio. senza accedere ai nosocomi.

Mobilità ospedaliera

Il numero di pazienti ricoverati in strutture esterne alla regione di residenza costituisce un indicatore inversamente proporzionale alla effettiva accessibilità ai servizi ospedalieri a livello nazionale. Il numero di casi trattati in istituti di cura esterni alla regione di residenza è pari a 9,9 per 1000 abitanti; i valori relativi alle singole regioni oscillano ampiamente entro un intervallo compreso fra 5,1 della Sardegna e 41,9 della Basilicata (Fig. 13).

Analizzando la mobilità ospedaliera emerge che tutte le regioni dell'Italia meridionale ed insulare, ad eccezione del Molise, hanno uno scostamento negativo tra le importazioni e le esportazioni: i residenti di queste regioni, in particolar modo la Basilicata e la Calabria, fanno fortemente ricorso a strutture ospedaliere extraregionali. Le restanti regioni, tranne Piemonte, Valle d'Aosta e P.A. di Trento hanno uno scostamento positivo: le importazioni superano le esportazioni.

Personale ospedaliero

Nel 1994 il personale operante nelle strutture pubbliche ammontava a circa 550.000 unità di cui il 17,7% costituito da medici, il 43,0% da personale infermieristico e il restante 39,3% comprensivo del personale amministrativo e tecnico e delle altre figure appartenenti al ruolo sanitario.

Dall'analisi dei dati condotta prendendo in esame i soli posti letto effettivamente utilizzati per le attività di ricovero risulta che, a livello nazionale, le strutture ospedaliere pubbliche dispongono mediamente di un medico per ogni 3 posti letto e di otto infermieri ogni 10 posti letto.

Per un'analisi di tipo territoriale sono stati presi in esame tre indicatori: medici per posto letto, infermieri per posto letto e personale totale per posto letto. Dei tre indicatori quello per il quale si denota una forte variabilità a livello regionale è il numero di medici per posto letto