



Ministero della Sanità

Dipartimento della Programmazione

Ufficio di Statistica

Gli utenti del SSN ed il bisogno sanitario

L'assistenza territoriale

L'assistenza ospedaliera

La spesa sanitaria



*Compendio del Servizio
Sanitario Nazionale
Anno 1997*

Ottobre 1999

PRESENTAZIONE

La presente pubblicazione fornisce una visione d'insieme del Servizio Sanitario Nazionale, della sua organizzazione e delle sue attività riferite al biennio 1996-1997.

Le analisi statistiche dei dati rappresentano sinteticamente i fenomeni socio-sanitari e contribuiscono a comprendere meglio il funzionamento e gli obiettivi di un sistema così rilevante per la collettività.

Il compendio, realizzato dall'Ufficio di Statistica del Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità, è rivolto agli operatori sanitari, agli amministratori e a quanti sono interessati alle problematiche sanitarie del nostro Paese.

*Il Dirigente Generale
(Prof.ssa Nerina Dirindin)*

La presente pubblicazione è stata curata da:

Marco Alfò, Fulvio Basili, Rosaria Boldrini, Carla Ceccolini, Miriam Di Cesare, Lucia Lispi,
Maria Randazzo.

Coordinamento:

Franco Pennazza - direttore dell'Ufficio di Statistica

INDICE

Pagina

1	<i>Capitolo 1: Gli utenti del S.S.N. ed il bisogno sanitario</i>
2	1.1 Quadro demografico
6	1.2 La mortalità
14	1.3 Le malattie croniche
16	1.4 L'A.I.D.S.
20	<i>Capitolo 2: L'assistenza sanitaria territoriale</i>
21	2.1 Medici generici e pediatri di libera scelta
26	2.2 L'attività di guardia medica
28	2.3 L'assistenza farmaceutica
30	2.4 Consultori materno infantili
32	2.5 L'attività di igiene mentale
34	2.6 L'attività dei servizi tossicodipendenze (Ser.T.)
37	<i>Capitolo 3: L'assistenza ospedaliera</i>
38	3.1 L'offerta ospedaliera
45	3.2 L'emergenza
50	3.3 I trapianti
53	3.4 I ricoveri in ospedale
59	3.5 Istituti o centri di riabilitazione ex art.26, L.883/78
63	<i>Capitolo 4: La spesa sanitaria</i>
64	4.1 Introduzione
65	4.2 La spesa sanitaria di parte corrente
69	4.3 Spesa sanitaria corrente distinta per funzioni di spesa

Capitolo 1

GLI UTENTI DEL SERVIZIO SANITARIO

NAZIONALE ED IL BISOGNO SANITARIO

1.1 QUADRO DEMOGRAFICO

La popolazione residente italiana è pari a 57,460 milioni di unità (1/1/1997) di cui 27,893 milioni sono maschi (48,5%) e 29,567 sono femmine (51,5%). Continua a registrare un lievissimo accrescimento demografico, effetto combinato di una componente naturale negativa (differenza tra nascite e decessi) pari a - 0,51 per 1.000 e di una componente migratoria positiva (differenza tra iscrizioni e cancellazioni anagrafiche conseguenti a trasferimento di residenza) pari a + 1,6 per 1.000. Persiste il progressivo invecchiamento della popolazione dovuto all'evidente diminuzione della fecondità e all'aumento della sopravvivenza complessiva; il contingente di anziani, soprattutto donne, tende ad aumentare sia in termini assoluti che relativi.

La popolazione ultrasessantacinquenne risulta composta da oltre 9,8 milioni di persone e rappresenta circa il 17 % dell'intero ammontare. Il 7% ha più di 75 anni, e le donne a tale età sono oltre 2,5 milioni, con un rapporto di 176 ogni 100 uomini. Questi valori comportano l'inclusione dell'Italia tra i paesi più "vecchi del mondo" con conseguenze sia dal punto di vista economico che sanitario. Gli indicatori sulla popolazione anziana rivestono, infatti, una particolare importanza per lo sviluppo di adeguate strategie per l'assistenza socio-sanitaria; gli ultrasessantacinquenni, ed in particolare il sesso femminile, rappresentano quella parte di popolazione che più necessita di cure sanitarie dato l'alto grado di morbosità e di disabilità che li caratterizza.

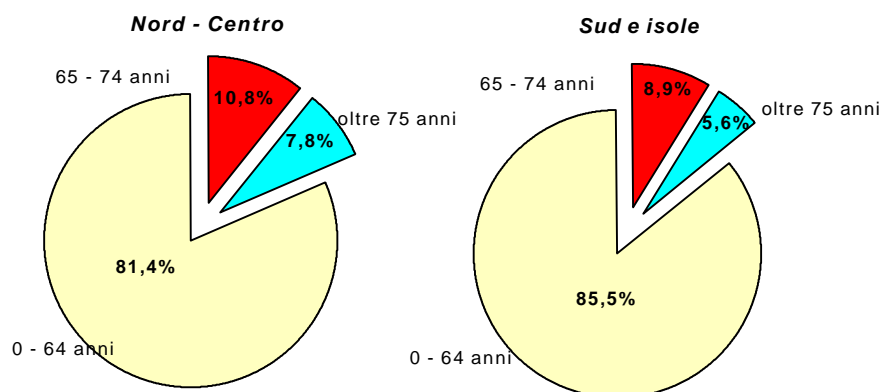
Tav.1

POPOLAZIONE PER CLASSI DI ETÀ – 01.01.1997

REGIONI	0-14		15-44		45-64		65-74		oltre 74		Totale
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	
Piemonte	508.323	11,8	1.781.241	41,5	1.167.401	27,2	484.223	11,3	352.939	8,2	4.294.127
Valle D'Aosta	14.943	12,5	51.568	43,3	31.319	26,3	12.589	10,6	8.805	7,4	119.224
Lombardia	1.156.987	12,9	3.927.182	43,8	2.389.794	26,7	886.562	9,9	598.145	6,7	8.958.670
Bolzano	77.129	17,0	205.071	45,1	104.730	23,1	39.945	8,8	27.455	6,0	454.330
Trento	67.195	14,5	202.185	43,5	113.101	24,4	47.365	10,2	34.552	7,4	464.398
Veneto	586.196	13,2	1.971.222	44,3	1.133.355	25,5	447.010	10,0	315.010	7,1	4.452.793
Friuli	131.233	11,1	485.163	40,9	324.512	27,4	134.295	11,3	111.041	9,4	1.186.244
Liguria	169.078	10,2	635.925	38,5	455.514	27,6	217.007	13,1	173.200	10,5	1.650.724
Emilia Rom.	426.460	10,8	1.605.489	40,8	1.058.759	26,9	475.434	12,1	371.782	9,4	3.937.924
Toscana	404.753	11,5	1.425.732	40,5	944.151	26,8	422.951	12,0	327.083	9,3	3.524.670
Umbria	103.577	12,5	333.389	40,2	215.720	26,0	102.777	12,4	74.452	9,0	829.915
Marche	187.756	13,0	593.801	41,0	367.813	25,4	170.908	11,8	127.328	8,8	1.447.606
Lazio	745.626	14,3	2.301.965	44,1	1.325.949	25,4	515.441	9,9	328.187	6,3	5.217.168
Abruzzo	193.453	15,2	539.802	42,4	302.545	23,8	139.615	11,0	98.250	7,7	1.273.665
Molise	51.755	15,7	138.919	42,0	76.128	23,0	36.792	11,1	27.102	8,2	330.696
Campania	1.165.369	20,1	2.663.144	46,0	1.223.524	21,1	465.331	8,0	267.984	4,6	5.785.352
Puglia	741.620	18,1	1.855.294	45,4	913.379	22,3	351.951	8,6	225.453	5,5	4.087.697
Basilicata	106.007	17,4	267.244	44,0	134.685	22,2	60.793	10,0	39.130	6,4	607.859
Calabria	387.547	18,7	924.862	44,6	446.548	21,5	188.634	9,1	126.566	6,1	2.074.157
Sicilia	957.003	18,8	2.248.807	44,1	1.124.792	22,1	471.152	9,2	299.049	5,9	5.100.803
Sardegna	261.423	15,7	780.447	46,9	385.526	23,2	139.929	8,4	95.630	5,8	1.662.955
Italia	8.443.433	14,7	24.938.452	43,4	14.239.245	24,8	5.810.704	10,1	4.029.143	7,0	57.460.977

Fonte: ISTAT

Graf.1

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE – ANNO 1997

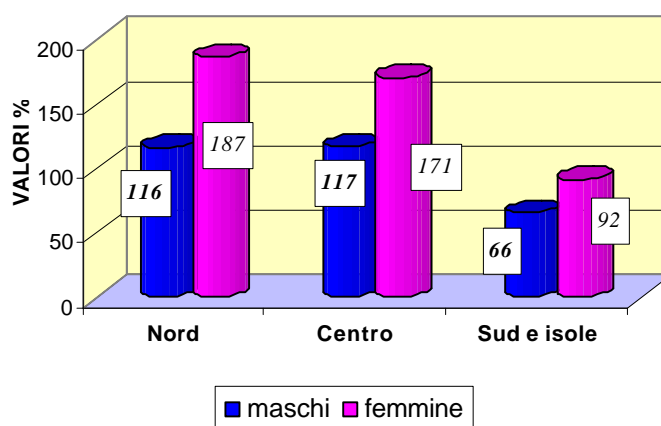
Fonte: ISTAT

L'indice di vecchiaia, indicatore di grande utilità per valutare gli equilibri economici e produttivi di una nazione, permette di stabilire una relazione tra la popolazione non più produttiva, dal punto di vista economico, e quella che entrerà a breve termine a far parte della forza lavoro ed è espresso dal rapporto percentuale tra il numero di persone con più di 65 anni e il numero di giovani con età inferiore a 15 anni. Tale indice è passato da 46 del 1971 (a significare che c'erano circa 2,2 bambini per ogni anziano) a 97 del 1991 (rapporto di quasi 1 a 1), a 117 del 1997 (meno di un bambino per ogni anziano).

Tale fenomeno riflette differenze regionali particolarmente evidenti, come si evince dal graf. 2 che evidenzia la contrapposizione tra le regioni del Nord e Centro e quelle del Sud.

Graf.2

INDICE DI VECCHIAIA - ANNO 1997



Fonte: ISTAT

Il numero dei nati vivi è stato nel 1996 di 536.740 unità ed il quoziente di natalità di 9,3 per 1.000 abitanti.

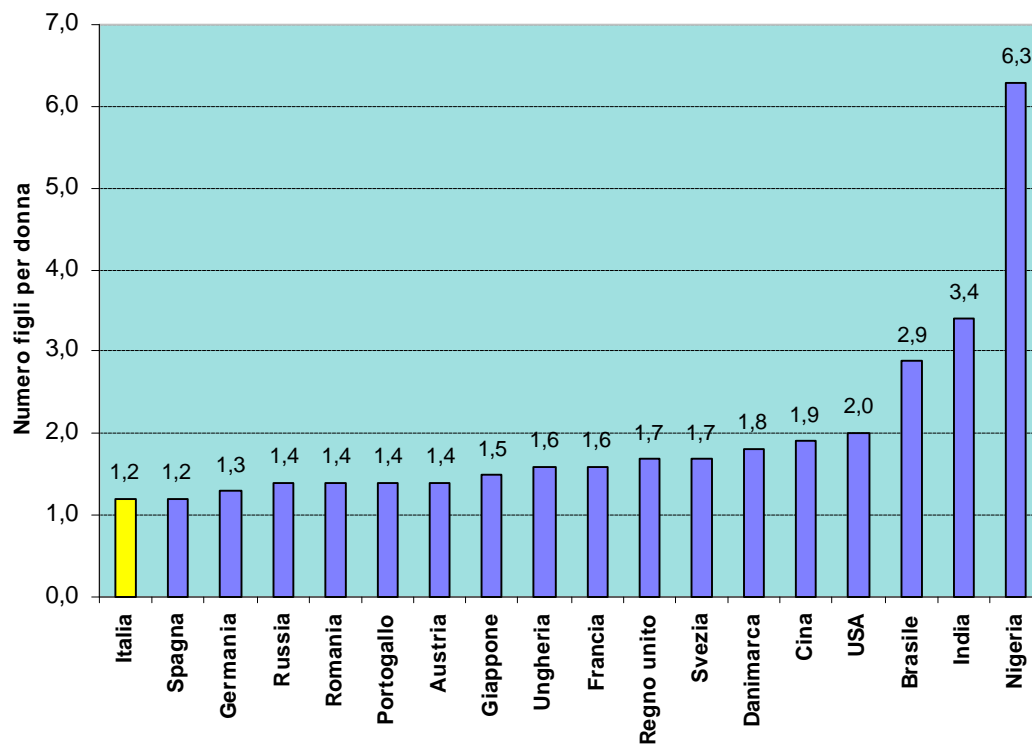
E' ormai ben nota la caduta dei livelli di fecondità registratasi negli anni '80, che pone attualmente l'Italia, con 1,2 figli per donna, all'ultimo posto nella graduatoria internazionale.

Dopo il 1964, anno del cosiddetto "baby boom", quando il livello di fecondità raggiunse il suo massimo relativo, l'Italia ha cominciato a registrare un deciso calo delle nascite, pur mantenendosi, almeno negli anni '70, al di sopra della soglia di sostituzione (2,1 figli per donna). Negli anni '80 il calo si è fatto sempre più consistente e solo in questi ultimi anni si sta assistendo ad un rallentamento.

A livello geografico persiste il divario tra le tre grandi ripartizioni territoriali; le regioni dell'Italia centro-settentrionale si attestano su valori di poco superiori all'unità (1,04), le regioni del Sud, pur diminuendo negli anni '90 in modo consistente la loro fecondità, rimangono ad 1,5.

Graf.3

NUMERO FIGLI PER DONNA - CONFRONTI INTERNAZIONALI



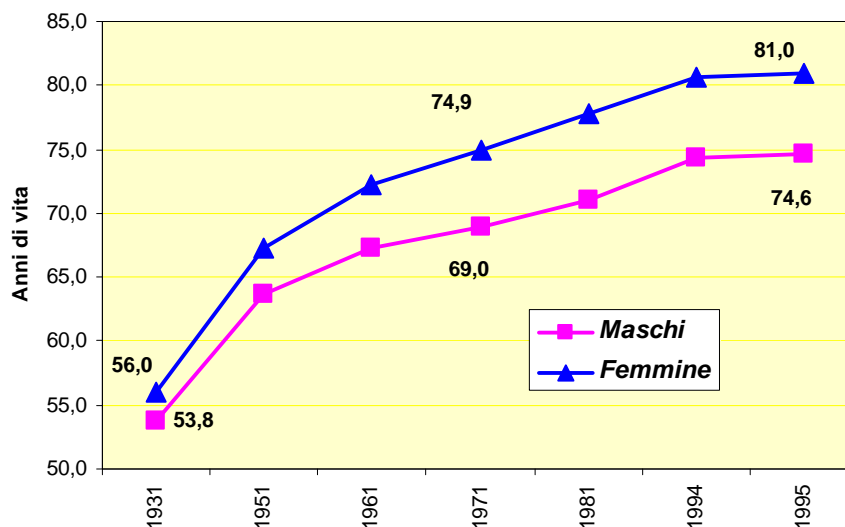
Fonte: OMS - HFA

1.2 LA MORTALITÀ

Per quanto riguarda la mortalità, si confermano le tendenze già evidenziate negli anni precedenti: la mortalità generale rimane sostanzialmente stabile (557.756 decessi nel 1996 pari a 9,5 per 1.000 abitanti) e continuano a diminuire i rischi di morte delle età adulte e della prima infanzia. La vita media (intesa come il numero medio di anni che un neonato si aspetta di vivere) si attesta a 81 anni per le donne e ad oltre 74 per gli uomini (dati 1995). Nel graf. 4 è illustrata l'evoluzione dei progressi ottenuti negli ultimi 60 anni distintamente per i due sessi. Questi progressi riflettono i miglioramenti ottenuti nelle condizioni igieniche e di stile di vita della popolazione nonché in campo farmacologico e terapeutico. Il raggiungimento delle età avanzate (oltre gli 80 anni) è oggi un traguardo possibile ad un individuo su due. La differenza di vita attesa tra le donne e gli uomini era negli anni '30 di poco superiore ai 2 anni, negli anni '90 supera i 6 anni. Tra gli aspetti più interessanti dell'analisi della mortalità, riveste una particolare importanza l'evoluzione della sopravvivenza nelle età adulte e senili. Infatti, la positiva evoluzione della sopravvivenza si caratterizza per il consistente incremento della vita media a 55 anni e a 75 anni (intesa come il numero medio di anni che restano da vivere avendo già raggiunto l'età considerata). Da un recente studio effettuato dall'ISTAT e dall'ISS è emerso che i 4,8 anni di vita media guadagnati dagli uomini negli ultimi 20 anni ed i 5,5 guadagnati dalle donne sono da attribuire per circa un anno e mezzo alla diminuzione della mortalità infantile e per i rimanenti anni (2 per gli uomini e 3 per le donne) alla riduzione della mortalità nelle età superiori a 55. Negli ultimi 10 anni si assiste inoltre ad un ulteriore incremento della sopravvivenza degli ultrasettantacinquenni: gli uomini hanno guadagnato in media 8 mesi di vita e le donne 1 anno, mentre negli anni '70 non c'era stato nessun significativo cambiamento per gli uomini e un lieve miglioramento per le donne.

Graf.4

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA



Fonte: ISTAT

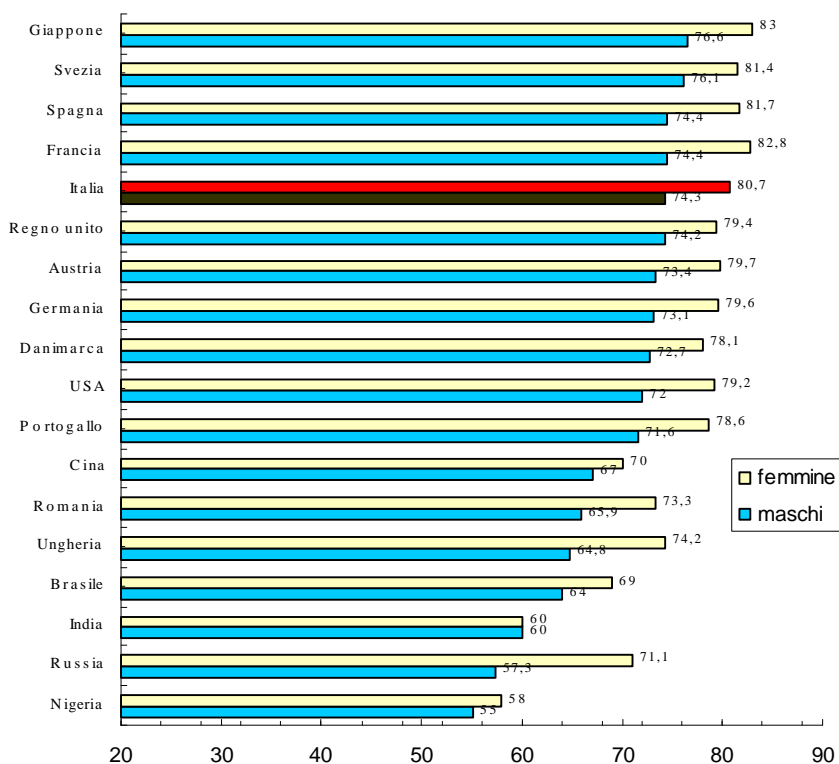
Nei confronti internazionali l'Italia risulta ben posizionata, rimane comunque indietro al Giappone, e in ambito europeo alla Svezia, alla Spagna e alla Francia.

Il Graf. 5 riporta i valori registrati negli altri paesi.

Le regioni dell'Italia centrale sono quelle con le migliori aspettative di sopravvivenza, sia per ciò che concerne le donne che gli uomini, seguite da quelle appartenenti all'area meridionale del paese per il sesso maschile e all'area settentrionale per il sesso femminile. I più alti valori si registrano nelle regioni Marche (76,3 per gli uomini e 82,2 per le donne) e Umbria (75,7 per gli uomini e 81,8 per le donne), i più bassi nelle regioni Lombardia e Campania per gli uomini (rispettivamente 73,6 e 73,4) e Campania e Sicilia per le donne (79,2 e 79,5).

Graf.5

SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA – CONFRONTI INTERNAZIONALI



Fonte: OMS – HFA

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano la principale causa di morte con oltre 242.000 decessi l'anno (44%) seguite dai tumori con oltre 156.000 (28%).

La Tav. 2, che illustra sinteticamente quali cause contribuiscono prioritariamente alla morte nelle varie classi di età, mostra che oltre il 30% dei decessi avvenuti tra gli adolescenti e i giovani è dovuto ad incidenti e traumatismi, mentre quasi il 50% di quelli relativi a persone adulte (45 – 64 anni) sono dovuti ai tumori.

MORTALITÀ PER CAUSA E CLASSI DI ETÀ – Anno 1994

<i>Cause di morte</i>	<i>Classi di età</i>						
	<i>Meno di 1 anno</i>	<i>1-4 anni</i>	<i>5-14 anni</i>	<i>15-44 anni</i>	<i>45-64 anni</i>	<i>65-74 anni</i>	<i>75 e oltre</i>
	<i>Valori percentuali</i>						
Infett. e parassitarie	0,9	2,8	1,0	0,7	0,5	0,5	0,3
Sintomi mal definiti	3,4	3,7	2,0	2,3	0,7	0,7	2,4
Dist.psic.mal. sist.nerv.	2,3	8,5	8,3	6,1	2,2	2,6	3,4
Cause est. traum. e avv.	1,6	16,0	33,4	33,3	6,1	2,9	3,3
App. digerente	0,7	2,4	1,1	4,6	7,7	6,1	4,2
App. respiratorio	2,4	5,8	3,9	1,6	2,8	5,2	7,6
Tumori	0,9	17,1	26,7	20,8	48,4	40,3	19,1
Sistema circolatorio	1,3	18,1	10,1	11,5	26,8	36,0	53,9
Altri stati morbosi	86,5	25,6	13,5	19,3	4,9	5,8	5,8
	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: ISTAT

Un esame a livello territoriale evidenzia una netta contrapposizione tra le regioni del Centro-Nord e quelle del Sud: maggiore mortalità per i tumori nell'Italia Centrosettentrionale (quoziente pari a 316,1 per 100.000 ab.) con il massimo nel Friuli Venezia Giulia e un minor rischio nel Sud (197,7) con il minimo nella regione Calabria (Graf.6).

L'andamento della mortalità per tumori in quest'ultimo decennio è descritto dettagliatamente nella tav. 3. I decessi per tumore sono passati da 135.477 del 1986 (236,7 per 100.000 ab.) a 156.192 del 1994 (273 per 100.000). C'è stata una sensibile riduzione delle neoplasie dello stomaco, passate da 14.349 (25,1 per 100.000 ab.) a 13.214 (23,1), grazie alle migliori condizioni di conservazione del cibo nonché ad una alimentazione più varia. Si evidenzia un trend discendente di mortalità per quei tumori per i quali sono state più incisive le azioni di diagnosi precoce e cura. E' il caso dei tumori al collo dell'utero. Il tumore alla mammella rimane sostanzialmente stabile e risulta in aumento la mortalità per tumore all'intestino, al fegato, alla trachea, bronchi e polmoni, e al tessuto linfatico ed ematopoietico.

Tav.3

MORTALITÀ PER TUMORI – Anni 1986-1994

Quozienti per 100.000 abitanti

ANNI	TUMORI	Tumori dello stomaco	Tumori del colon-retto	Tumori del fegato	Tumori della trachea, dei bronchi e dei polmoni	Tumori della mammella	Tumori dell'utero	Leucemie
1986	241,8	25,7	28,4	5,7	48,3	17,7	12,7	7,9
1987	249,5	25,4	28,9	7,6	50,8	18,5	12,2	8,1
1988	255,9	25,5	29,8	7,4	51,9	18,7	12,0	8,6
1989	256,4	24,6	30,0	8,7	51,9	19,2	11,3	8,5
1990	260,7	24,3	31,4	8,6	52,1	19,2	11,2	8,5
1991	265,3	24,1	31,7	8,8	52,9	19,9	11,1	8,8
1992	265,8	23,3	31,8	9,3	53,9	19,1	10,8	8,8
1993	270,4	23,2	32,5	10,7	54,2	20,1	10,9	8,9
1994	274,1	23,2	33,5	11,3	54,3	20,1	10,8	9,1

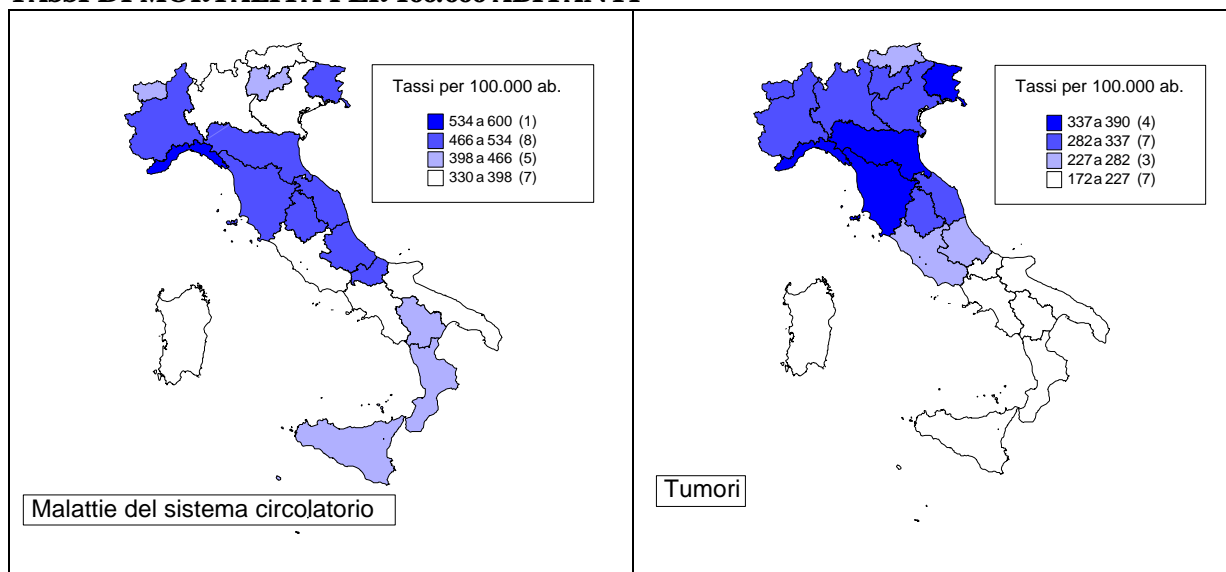
Fonte: ISTAT - Elaborazioni Istituto Superiore di Sanità

Per le malattie del sistema circolatorio la situazione territoriale è più distribuita: i minimi valori si registrano in Puglia, Sardegna e Campania (quozienti inferiori a 360 per 100.000 ab.) ed il massimo in Liguria (599).

La distinzione tra maschi e femmine mostra un quoziente decisamente più elevato nelle donne (447 per 100.000 ab.), rispetto agli uomini (400 per 100.000); ciò dipende dalla struttura per età più anziana della popolazione femminile. In realtà i quozienti specifici di mortalità per età evidenziano una maggiore mortalità maschile.

Graf.6

TASSI DI MORTALITÀ PER 100.000 ABITANTI



Fonte: ISTAT - Elaborazioni Istituto Superiore di Sanità

I miglioramenti apportati nell'assistenza alle donne dal momento del concepimento a tutto il periodo della gravidanza e successivamente durante l'espletamento del parto, hanno contribuito a ridurre la natimortalità e le mortalità nei primi giorni di vita. Le migliorate condizioni igieniche e soprattutto una accresciuta educazione sanitaria e la prevenzione dalle malattie infettive, hanno apportato un notevole decremento alla mortalità del primo anno di vita.

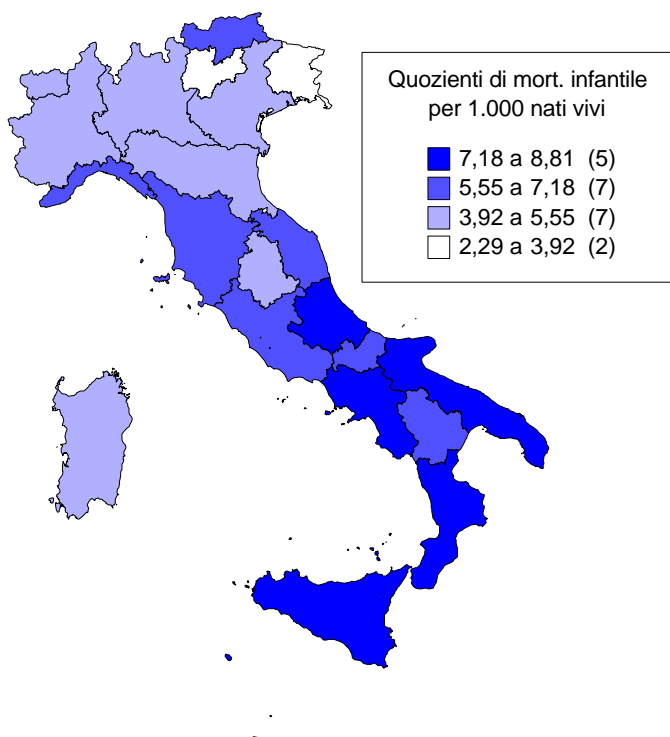
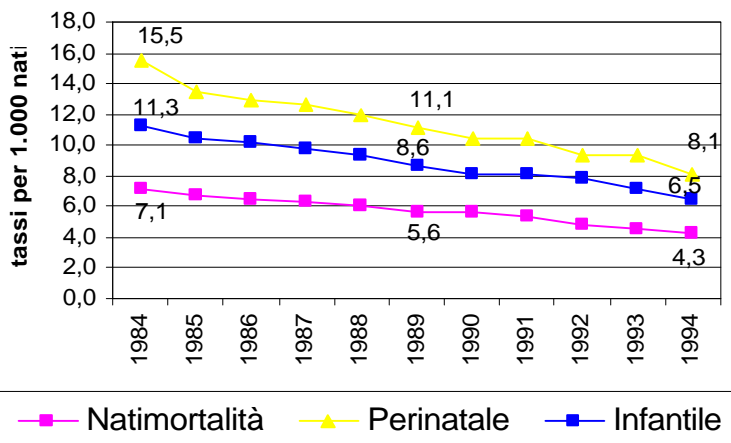
Negli ultimi dieci anni sia la natimortalità sia le componenti della mortalità infantile si sono quasi dimezzate; la mortalità perinatale si è ridotta da 15,5 per 1.000 nati a circa l'8 per 1.000 e quella infantile dall'11,3 per 1.000 nati vivi al 6,5 per 1.000. Le differenze territoriali, come si evince dal grafico 7, distinguono nettamente le regioni meridionali (Campania, Puglia, Sicilia e Calabria) da alcune regioni settentrionali (Veneto e Friuli Venezia Giulia).

A livello internazionale, l'Italia sta progressivamente avvicinandosi ai livelli medi europei (stima Eurostat del quoziente di mortalità infantile pari a 6,1 per 1.000 nati vivi), anche se ancora rimane della strada da percorrere per raggiungere nazioni quali il Giappone (quoziente pari a 4,3 per 1.000 nati vivi) e la Svezia (4,4).

Le condizioni morbose di origine perinatale e le malformazioni congenite risultano costituire le principali cause che determinano la morte nel primo anno di vita.

Graf.7

**MORTALITÀ INFANTILE E SUE COMPONENTI
QUOZIENTI PER 1.000 NATI***



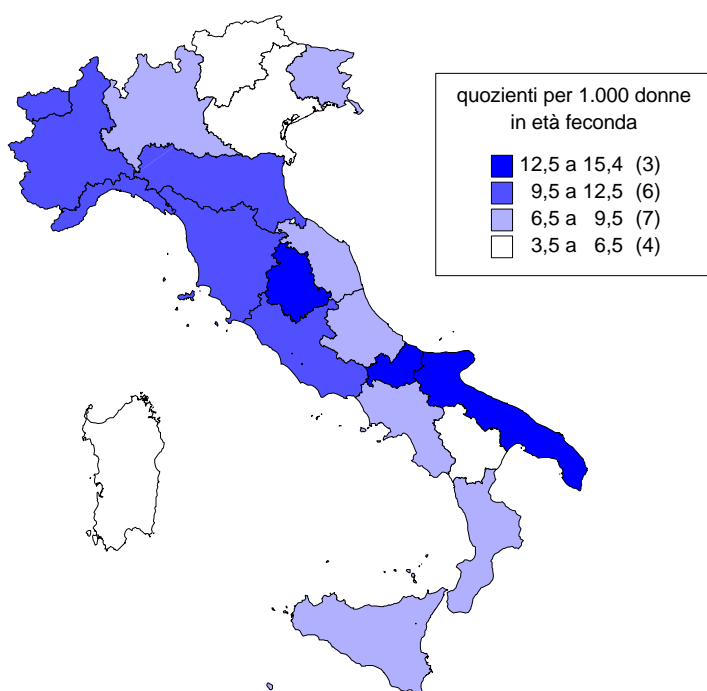
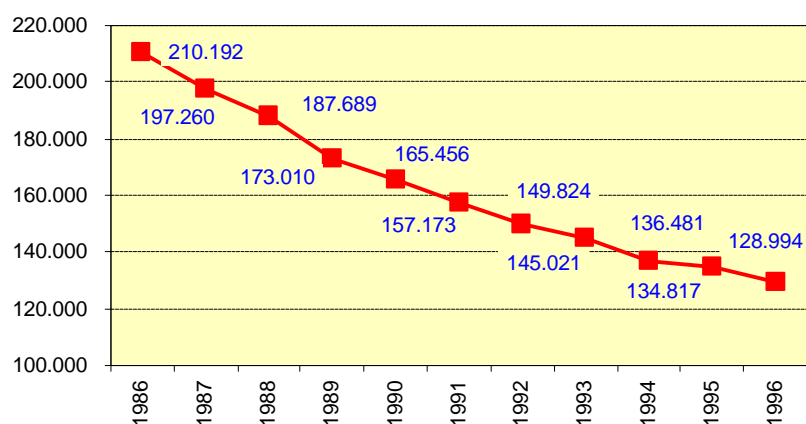
* per il calcolo dei quozienti di natimortalità e di mortalità perinatale si considera il complesso dei nati vivi e dei nati morti; per il quoziente di mortalità infantile solo l'ammontare dei nati vivi.

Fonte: ISTAT

Le interruzioni volontarie di gravidanza continuano a diminuire attestandosi, nel 1996 su un valore di circa 129.000 IVG, pari a 9 ogni 1.000 donne in età feconda. La riduzione del tasso è però dovuta solo ad alcune regioni: la Lombardia, il Veneto, la Campania, la Basilicata e la Sardegna.

Il Graf. 8 descrive l'andamento del fenomeno dell'abortività nell'ultimo decennio e ne illustra le differenze a livello regionale.

Graf.8
INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA



Fonte: ISTAT

1.3 LE MALATTIE CRONICHE

I dati di mortalità rivestono una particolare importanza a fini epidemiologici e di programmazione sanitaria, vista anche la loro disponibilità, qualità e confrontabilità in termini temporali e spaziali; tuttavia rappresentano solo un aspetto, per di più negativo e indiretto, dell'utilizzo dei servizi sanitari. Per gli scopi di pianificazione e valutazione dei progressi ottenibili con un miglioramento delle condizioni di assistenza sanitaria è opportuno tenere in considerazione lo stato di salute della popolazione, nonché la frequenza delle patologie croniche (le più dispendiose) e la loro capacità invalidante.

Poche sono le fonti informative in grado di valutare l'incidenza, la prevalenza ed il grado di sopravvivenza di alcune patologie, e per di più si riferiscono a quote di popolazione ristrette (registri di malattia).

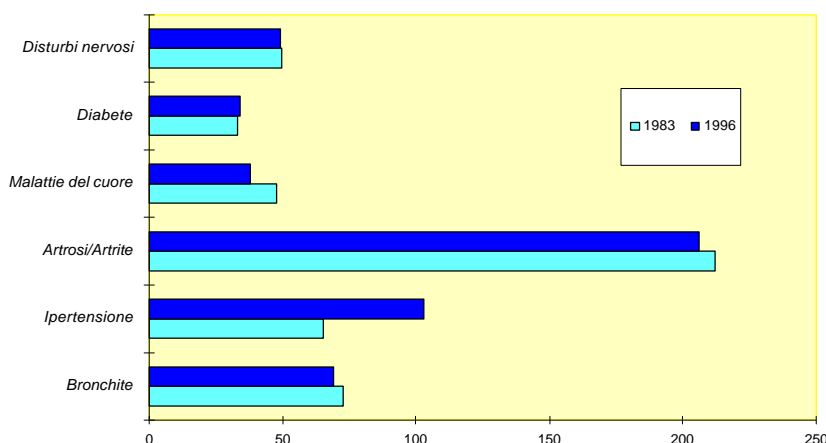
L'indagine sulle condizioni di salute, effettuata dall'Istat, più che una misura oggettiva, fornisce la percezione che il cittadino ha del proprio stato di salute.

Comunque, ai fini di programmazione sanitaria, rimane una fonte di grande rilevanza, considerando che è anche la considerazione psicologica del proprio stato di salute che influisce sulla domanda di servizi sanitari.

Dall'indagine emerge che le artrosi e le artriti, con un quoziente pari a 20,6 per 100, sono le patologie più frequentemente dichiarate dalla popolazione. Al secondo posto si colloca l'ipertensione (10,3 per 100) con una maggiore diffusione tra le donne rispetto agli uomini. Seguono la bronchite e l'asma bronchiale che rappresentano per i maschi adulti ed anziani la terza causa di disturbi mentre le malattie allergiche e i disturbi nervosi sono a più elevata diffusione tra le donne.

Graf.9

PRESENZA DI MALATTIE CRONICHE NELLA POPOLAZIONE QUOZIENTI PER 1.000 ABITANTI



Fonte: ISTAT - Indagine Multiscopo sulle famiglie (1993 - 1996)

Per le patologie croniche gli anziani sono i soggetti maggiormente colpiti. Fino a 74 anni ai primi due posti, per entrambi i sessi, si collocano artrosi ed ipertensione, per gli uomini al terzo posto si ritrova la bronchite cronica, per le donne l'osteoporosi. Dopo i 75 anni emergono al quarto posto per gli uomini le malattie del cuore. Tali dati sono riportati dettagliatamente nella Tav. 4.

Tav.4

MALATTIE CRONICHE PER CLASSI DI ETÀ E SESSO – Anno 1996
QUOZIENTI 1.000 ABITANTI

malattie croniche	0-14 anni		15-44 anni		45-64 anni		65-74 anni		75 anni e più	
	maschi	Femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine
<i>Bronchite cronica e asma bronchiale</i>	23,8	14,8	22,8	23,6	95,5	64,8	233,2	160,1	316,7	192,4
<i>Ipertensione</i>		1,0	15,9	15,8	143,6	160,2	294,0	356,5	342,7	352,1
<i>Artrosi, artrite</i>	0,7	1,5	48,8	70,0	269,1	380,0	458,2	661,5	535,6	598,7
<i>Malattie del cuore</i>	2,5	0,7	4,2	5,1	49,2	33,1	156,9	108,4	187,4	165,5
<i>Diabete</i>	0,2	0,2	4,4	3,3	44,7	42,8	110,0	133,8	114,2	133,6
<i>Osteoporosi</i>	0,2		1,9	4,9	16,9	110,6	58,1	264,8	93,0	318,2
<i>Malattie allergiche</i>	74,2	50,3	75,6	83,8	61,3	80,2	51,1	71,5	47,2	47,1
<i>Disturbi nervosi</i>	3,2	2,7	20,2	33,7	48,7	83,2	81,0	124,8	114,2	136,7
<i>Ulcera gastrica e duodenale</i>	0,2	0,5	19,9	13,9	82,2	50,8	115,8	71,5	98,5	63,5

Fonte: ISTAT - Indagine Multiscopo sulle famiglie

1.4 L'A.I.D.S.

In Italia, la raccolta dei dati sui casi di Sindrome da Immunodeficienza Acquisita è iniziata presso l'Istituto Superiore di Sanità nel 1982, e successivamente, nel giugno 1984, è stata formalizzata in un sistema di sorveglianza AIDS attraverso il quale vengono raccolti i casi di malattia diagnosticati nelle strutture sanitarie del Paese.

Dal 1982 fino al 31 dicembre 1997 sono stati notificati al Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità 40.950 casi (comprensivi dei casi pediatrici), di questi, 32.012 (78,2%) sono di sesso maschile, 627 (1,5%) sono casi pediatrici (età < 13 anni) e 1.635 (3,9%) sono stranieri.

La distribuzione temporale dei casi di AIDS è influenzata dal ritardo di notifica cioè dal tempo che intercorre dalla data della diagnosi del caso al momento in cui la notifica perviene al COA; ciò determina una sottostima nel numero di nuovi casi di AIDS: infatti, i casi cumulativi di AIDS stimati al 31/12/1997 in Italia sarebbero circa 42.077.

Altro elemento che influenza le reali dimensioni del fenomeno è la sottotifica dei casi di AIDS che per l'Italia si stima vicino al 10%.

La tavola 5 riporta il numero dei casi e dei deceduti per anno di diagnosi. In totale, 27.535 pazienti risultano deceduti al 31/12/1997. Data la non obbligatorietà della notifica del decesso per AIDS, il numero di decessi è probabilmente sottostimato.

Tav.5

DISTRIBUZIONE DEI CASI DI AIDS E DEI DECESSI PER ANNO DI DIAGNOSI

Anno	Casi Diagnosticati	Decessi per anno di diagnosi
1982	1	0
1983	8	7
1984	37	37
1985	198	186
1986	457	426
1987	1029	950
1988	1773	1586
1989	2478	2231
1990	3136	2755
1991	3825	3341
1992	4261	3570
1993	4816	3628
1994	5520	3870
1995	5641	2949
1996	4960	1566
1997	2809	433
Totale	40950	27535

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Dalla distribuzione dei casi per regione di residenza (Tav. 6) si può osservare che le regioni più colpite da questa sindrome sono Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Lazio dove risulta più elevato il numero dei casi notificati ogni 100.000 abitanti. Le regioni meridionali presentano, invece, una incidenza nettamente più bassa con l'eccezione della Sardegna.

Nella tavola 7 infine sono presentati i casi di AIDS tra gli adulti distinti per categoria di esposizione e per sesso: il 65,5% dei casi è attribuibile all'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (tossicodipendenti più tossicodipendenti /omosessuali). La distribuzione temporale mostra un aumento della proporzione dei casi attribuibili alla trasmissione sessuale e una corrispondente diminuzione dei casi attribuibili alle altre modalità di trasmissione.

Tav.6

**DISTRIBUZIONE DEI CASI DI AIDS PER REGIONE DI RESIDENZA
(Dal 1982 al 31/12/1997)**

<i>Regione</i>	<i>Casi</i>	<i>Tassi per 100.000 ab.</i>
Piemonte	2763	64,3
V.D'Aosta	52	43,6
Lombardia	12614	140,8
P.A.Bolzano	164	36,1
P.A.Trento	253	54,5
Veneto	2421	54,4
F.V.Giulia	322	27,1
Liguria	2169	131,4
E.Romagna	4013	101,9
Toscana	2495	70,8
Umbria	295	35,5
Marche	628	43,4
Lazio	5215	100
Abruzzo	305	23,9
Molise	28	8,5
Campania	1414	24,4
Puglia	1527	37,4
Basilicata	108	17,8
Calabria	402	19,4
Sicilia	1695	33,2
Sardegna	1290	77,6
Italia	40173	69.9
Eestero	240	
Ignota	537	
Totale	40950	

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Tav.7

**DISTRIBUZIONE DEI CASI DI AIDS IN ADULTI PER CATEGORIA E PER SESSO
(Con esclusione dei pazienti di età 0-13 anni)**

Categoria di Esposizione	Maschi		Femmine		Totale	
	Casi	%	Casi	%	Casi	%
Omosessuali	6.161	19,4	0	0,0	6.161	15,3
Tossicodipendenti	20.345	64,2	5.222	60,6	25.567	63,4
Tossicod./Omosess.	840	2,1	0	0,0	840	2,6
Emofilici	304	1,0	2	0,0	306	0,8
Trasfusi	235	0,7	183	2,1	418	1,0
Contatti eterosess.i	3.081	9,7	2.896	33,6	5.977	14,8
Altro	743	2,3	311	3,6	1.054	2,6
Totale	31.709	100,0	8.614	100,0	40.323	100,0

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Dei 40.950 casi segnalati fino al 31/12/1997, 627 (1,5%) sono stati registrati nella popolazione pediatrica (soggetti con età alla diagnosi inferiore ai 13 anni). Il 94% dei casi pediatrici ha contratto l'infezione dalla madre.

Dei 595 casi conseguenti a trasmissione verticale, il 54% sono figli di madre tossicodipendente, mentre il 34,3% sono figli di madre che ha contratto l'infezione sicuramente per via sessuale.

Nella tavola 9 sono riportati i casi di AIDS pediatrici per regione di residenza: la Lombardia fa registrare il maggior numero di casi, seguita dal Lazio e dall'Emilia Romagna; la diffusione dell'AIDS pediatrico ricalca, quindi, la geografia dell'epidemia descritta dai casi segnalati tra gli adulti (Tav.6).

Tav.8

**DISTRIBUZIONE DEI CASI DI AIDS PEDIATRICO PER TIPO DI TRASMISSIONE
E PER SESSO**

Trasmissione	Maschi		Femmine		Totale	
	Casi	%	Casi	%	Casi	%
Emoderivati	15	4,9	0	0,0	15	2,4
Trasfusioni	5	1,6	8	2,5	13	2,1
Altro	1	0,3	3	0,9	4	0,6
Trasmissione verticale	282	93,1	313	96,6	595	94,0
Totale	303	100	324	100	627	100

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Tav.9

DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI CASI PEDIATRICI (0-13 ANNI) IN ITALIA

Regione	Casi	%
Piemonte	35	5,6
Valle d'Aosta	0	0,0
Lombardia	181	28,9
Trentino Alto Adige	9	1,4
Veneto	31	4,9
Friuli Venezia Giulia	2	0,3
Liguria	29	4,6
Emilia Romagna	59	9,4
Toscana	38	6,1
Umbria	5	0,8
Marche	6	1
Lazio	99	15,8
Abruzzo	10	1,6
Molise	0	0,0
Campania	28	4,5
Puglia	22	3,5
Basilicata	1	0,2
Calabria	10	1,6
Sicilia	25	4,0
Sardegna	21	3,3
Italia	611	97,4
Estero	3	2,1
Ignota	13	0,5
Totale	627	100

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Capitolo 2

L'ASSISTENZA TERRITORIALE

2.1 MEDICI GENERICI E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Il riordino del SSN ai sensi dei decreti legislativi 502/92 e 517/93 ha prodotto una riorganizzazione complessiva della medicina generale e della pediatria di libera scelta, con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza e di promuovere un uso appropriato dei servizi sanitari di base. Questa riorganizzazione è regolamentata dai vigenti accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta.

Nel primo caso, il Servizio Sanitario Nazionale conferisce al medico convenzionato per la medicina generale compiti inerenti l'assistenza primaria, l'assistenza programmata a domicilio, la continuità assistenziale volta a garantire la globalità dell'assistenza primaria, l'educazione sanitaria e l'assistenza preventiva individuale. Nel secondo caso lo stato riconosce l'infanzia come bene sociale da salvaguardare, e riconferma che la tutela sanitaria dell'infanzia e dell'adolescenza, oltre ad essere un diritto fondamentale, rappresenta uno degli obiettivi principali promossi dall'Organizzazione Mondiale della sanità. Il Servizio Sanitario Nazionale conferisce al pediatra di libera scelta compiti del tutto simili a quelli del medico di medicina generale, tenuto conto delle ovvie differenze legate alle caratteristiche delle fasce di popolazione rispettivamente assistite.

E' importante ricordare che tutti i cittadini hanno il diritto a ricevere l'assistenza del medico di base: la scelta del medico generico e del pediatra è fondata essenzialmente su di un rapporto di fiducia. In generale, ogni medico generico non può assistere, salvo casi eccezionali, più di 1.500 adulti di età superiore ai 14 anni, mentre ogni pediatra può essere scelto al massimo da 800 bambini fino a 14 anni non compiuti. Dall'analisi dei flussi informativi pervenuti, si può osservare che un medico generico è stato scelto, in media, da 1087 cittadini nel 1997, facendo registrare un incremento del 7,1% rispetto al 1991 (Tav. 1).

Tav. 1

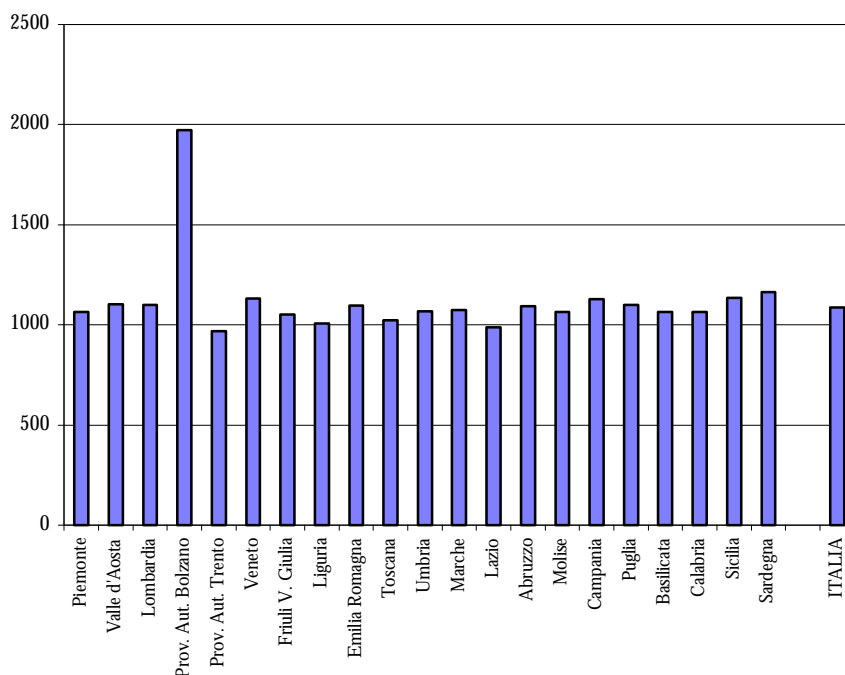
NUMERO DI SCELTE PER MEDICO GENERICO

ANNO	SCELTE PER MEDICO GENERICO
1991	1.014
1992	1.039
1993	1.054
1994	1.107
1995	1.079
1996	1.087
1997	1.086

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

La distribuzione regionale (Graf. 1) del numero di scelte per medico generico mostra una sostanziale omogeneità, senza scarti significativi dalla media nazionale, con la sola esclusione della Provincia Autonoma di Bolzano, nella quale ogni medico generico è mediamente scelto nel 1997 da 1.973 pazienti.

Graf. 1
**NUMERO DI SCELTE PER MEDICO GENERICO. DISTRIBUZIONE REGIONALE.
 ANNO 1997.**



Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

L'analisi della distribuzione nazionale (Tav. 2) e regionale (Graf. 2) del numero di adulti residenti per medico di medicina generale rivela come il medico di medicina generale sia spesso scelto anche da cittadini residenti di età inferiore ai 14 anni.

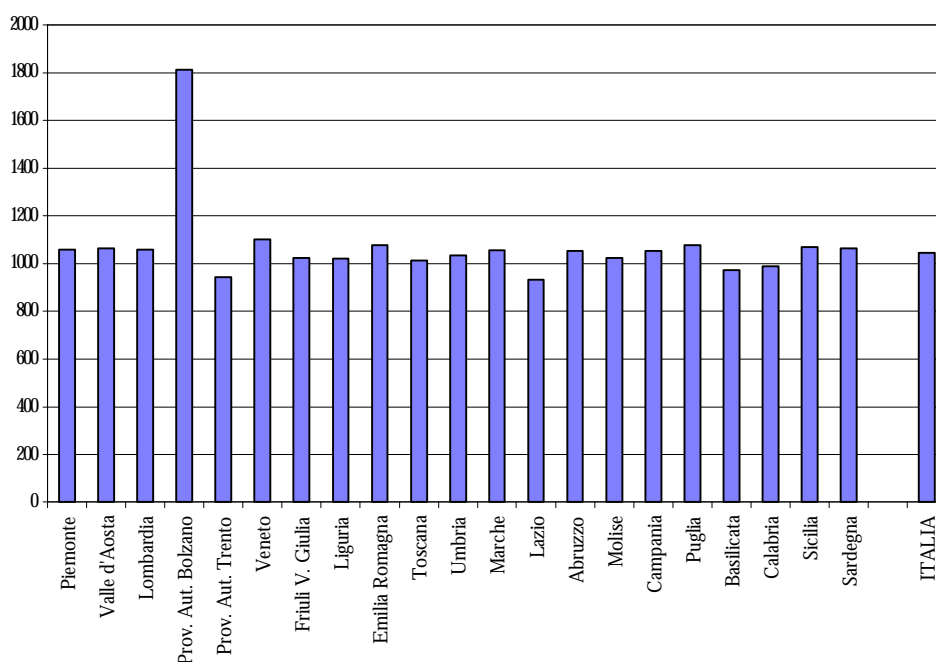
Tav. 2

NUMERO ADULTI RESIDENTI PER MEDICO GENERICO.

ANNO	ADULTI PER MEDICO GENERICO
1991	940
1992	943
1993	943
1994	1.020
1995	1.029
1996	1.028
1997	1.051

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Graf. 2

NUMERO DI ADULTI RESIDENTI PER MEDICO GENERICO. DISTRIBUZIONE REGIONALE. ANNO 1997.

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Lo scarto tra numero di scelte e numero di residenti adulti per medico generico è spesso sostanziale e positivo soprattutto nella Prov. Aut. di Bolzano e in alcune regioni meridionali. Tale fenomeno può essere ricondotto ad una bassa dotazione di medici pediatri, inadeguata a soddisfare la domanda di prestazioni in questo settore, oppure alla tendenza ad estendere l'assistenza del medico generico anche ai bambini con età minore di 14 anni, ingenerando degli squilibri locali che si ripercuotono sulla qualità stessa dei servizi di medicina di base.

Dall'analisi dei dati pervenuti, si può osservare che un medico pediatra è stato scelto, in media, da 685 bambini nel 1997, con una tendenza all'aumento rispetto al quinquennio 1991-1995 (Tav. 3).

Tav. 3

NUMERO DI SCELTE PER MEDICO PEDIATRA.

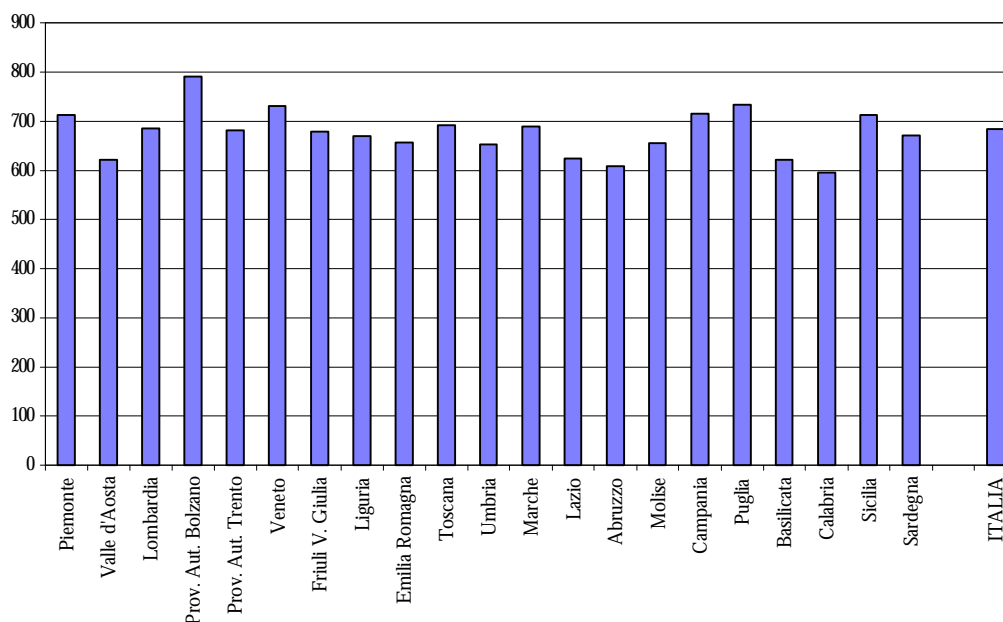
ANNO	SCELTE PER MEDICO GENERICO
1991	539
1992	571
1993	598
1994	661
1995	647
1996	667
1997	685

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale delle scelte per medico pediatra, la Calabria con 595 scelte per medico pediatra ha fatto registrare il valore minimo, mentre il valore massimo è stato registrato nella Provincia Autonoma di Bolzano, con 791 scelte per medico pediatra.

Graf. 3

NUMERO DI SCELTE PER MEDICO PEDIATRA. DISTRIBUZIONE REGIONALE. ANNO 1997.



Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

La disomogeneità territoriale nell'anno 1997 fatta registrare dal numero di residenti di età inferiore ai 14 anni per medico pediatra appare evidente.

Tav. 4

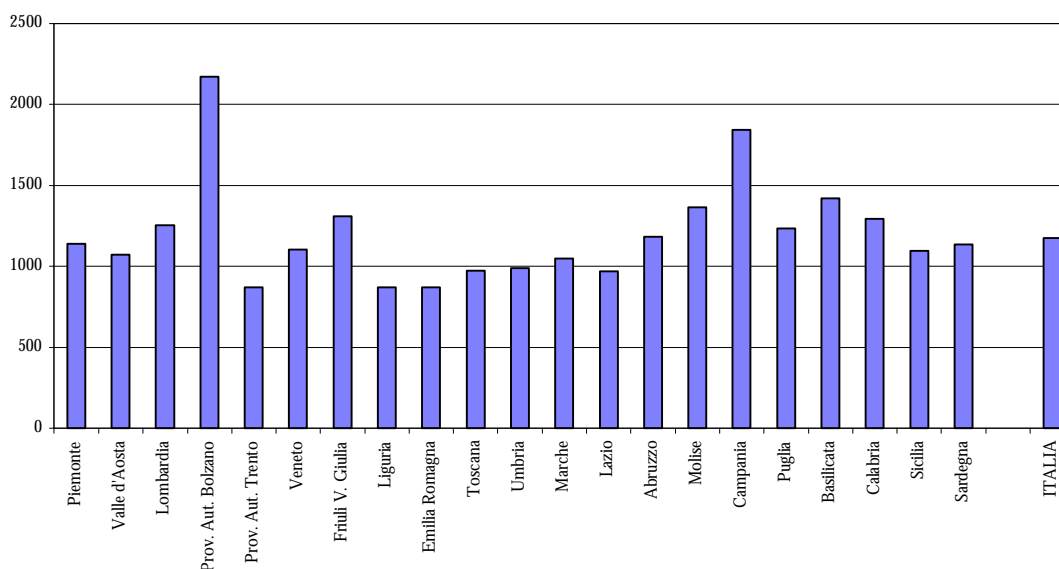
NUMERO BAMBINI RESIDENTI PER MEDICO PEDIATRA.

ANNO	BAMBINI PER MEDICO PEDIATRA
1991	1.368
1992	1.330
1993	1.451
1994	1.302
1995	1.380
1996	1.302
1997	1.174

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Si passa dal valore di 2.174 bambini per medico pediatra rilevato nella Provincia Autonoma di Bolzano al valore di 869 bambini per medico pediatria della Liguria. Tale fenomeno è dovuto, come ricordato in precedenza, alle differenze regionali nel ricorso al medico pediatra.

Graf. 4

NUMERO DI BAMBINI RESIDENTI PER MEDICO PEDIATRA. DISTRIBUZIONE REGIONALE. ANNO 1997.

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

2.2 L'ATTIVITA' DI GUARDIA MEDICA

Il servizio di guardia medica garantisce la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, assicurando gli interventi ritenuti necessari per urgenze notturne, festive e prefestive. Tali attività sono organizzate nell'ambito della programmazione sanitaria regionale per rispondere in modo adeguato alle differenti esigenze legate alle caratteristiche demografiche e morfologiche del territorio di competenza. Per l'intero territorio nazionale, i punti di guardia medica rilevati nell'anno 1997 risultano pari a 3.036, in aumento rispetto ai valori rilevati negli anni precedenti (Tav. 5).

Tav. 5

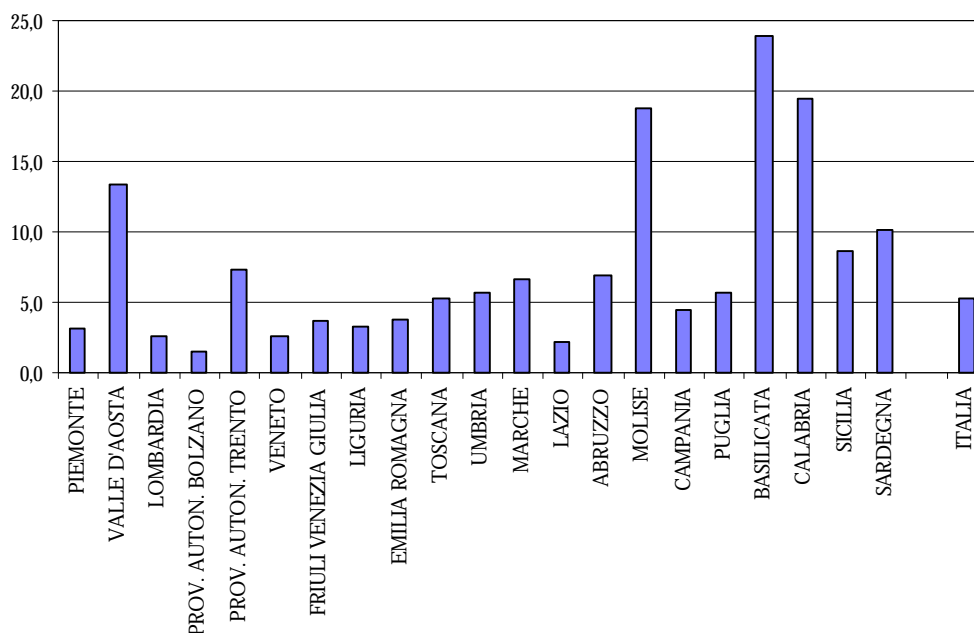
PUNTI DI GUARDIA MEDICA.

ANNO	PUNTI DI GUARDIA MEDICA
1991	2.802
1992	2.868
1993	2.964
1994	2.727
1995	2.950
1996	3.003
1997	3.036

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Graf. 5

PUNTI DI GUARDIA MEDICA. DISTRIBUZIONE REGIONALE. ANNO 1997. (Quozienti per 100.000 abitanti)



Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

L'analisi della distribuzione regionale rileva una maggiore presenza di punti di guardia medica nelle regioni meridionali ed insulari rispetto alle regioni centrali e settentrionali.

Tav. 6

NUMERO DI MEDICI TITOLARI DI GUARDIA MEDICA.

ANNO	NUMERO MEDICI TITOLARI
1991	15.090
1992	15.343
1993	15.563
1994	15.400 (*)
1995	15.236
1996	15.783
1997	15.375

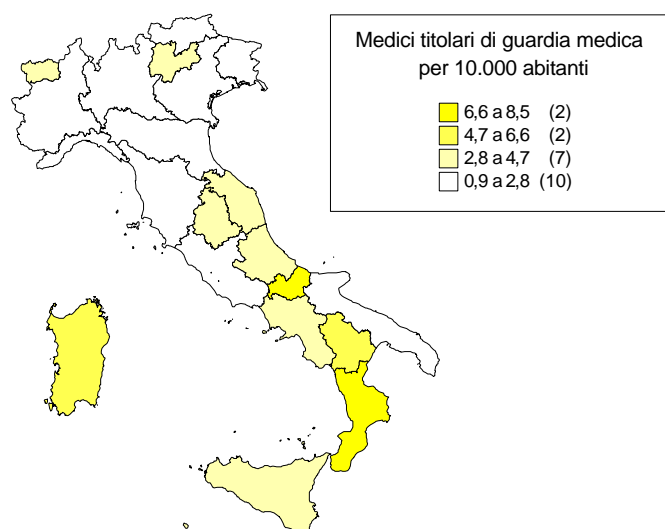
(*) dato stimato

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Tale evidenza è confermata dall'analisi della distribuzione regionale del numero di medici titolari di guardia medica per 100.000 residenti. Le differenze possono essere ricondotte all'eterogenea distribuzione territoriale delle strutture ospedaliere, alla concentrazione di flussi turistici di peso rilevante, alla necessità di fornire servizi che garantiscano la continuità assistenziale in un territorio eterogeneo sotto il profilo morfologico.

Graf. 6

NUMERO DI MEDICI TITOLARI DI GUARDIA MEDICA. QUOZIENTI PER 10.000 ABITANTI. DISTRIBUZIONE REGIONALE. ANNO 1997.



Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

2.3 L'ASSISTENZA FARMACEUTICA

L'attività di assistenza farmaceutica convenzionata prevede la fornitura di medicinali e prodotti galenici per la prevenzione e la cura. Il 1997 ha fatto registrare un'evidente diminuzione del numero di ricette rispetto all'anno precedente ed un significativo aumento dell'importo totale con un conseguente aumento del costo medio per ricetta. Tale fenomeno sembra indicare sia un ridotto effetto delle politiche volte a sensibilizzare operatori e cittadini ad un uso più razionale dei farmaci, sia la prescrizione di farmaci dal costo più elevato.

Tav. 7

NUMERO ED IMPORTO DI RICETTE DI SPECIALITÀ MEDICINALI E GALENICI.

ANNO	NUMERO RICETTE	IMPORTO(*) (MIGLIAIA DI LIRE)
1991	435.244.222	13.077.209.603
1992	393.119.650	12.865.934.694
1993	271.423.029	11.209.978.591
1994	211.428.276	8.383.248.738
1995	273.162.364	9.804.993.441
1996	301.891.541	11.610.574.510
1997	285.302.956	12.513.718.257

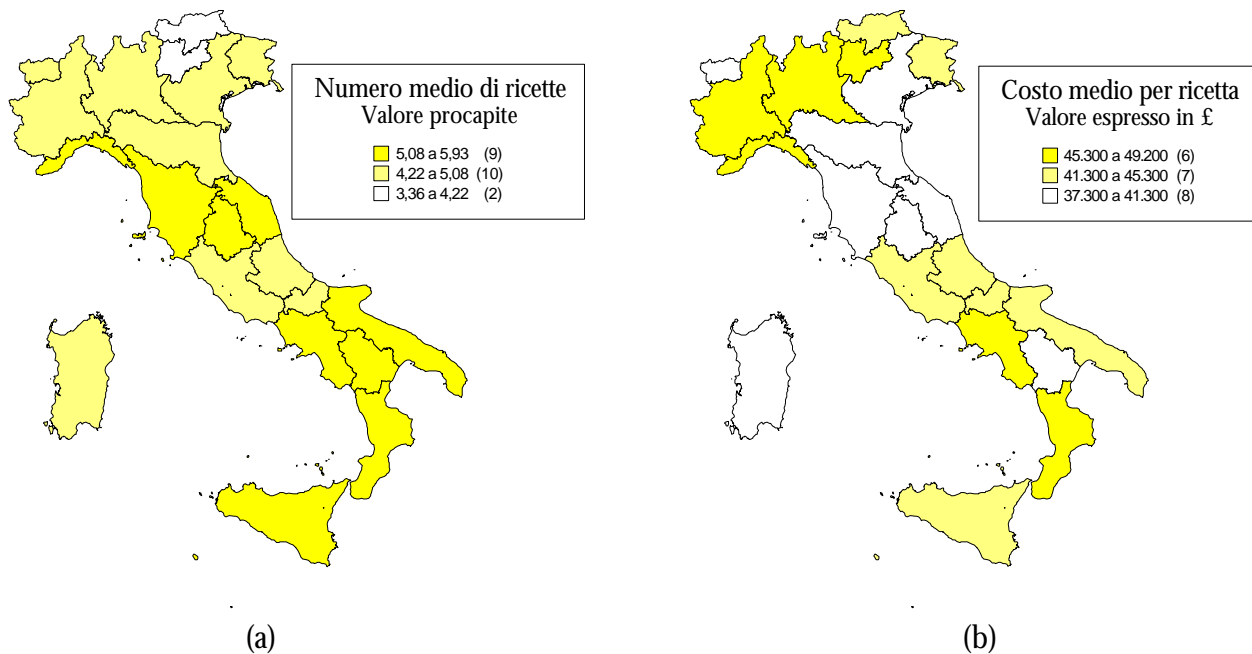
(*)comprensivo del ticket

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Nel 1997 in Italia sono state prescritte circa 5 ricette per abitante; il valore passa dalle 3,36 ricette per la provincia autonoma di Bolzano alle 5,92 ricette per abitante dell'Umbria, con un costo medio di circa 44.000 lire

Graf. 7

NUMERO PRO-CAPITE (a) ED IMPORTO MEDIO (b) PER RICETTE DI SPECIALITÀ MEDICINALI E GALENICI. DISTRIBUZIONE REGIONALE. ANNO 1997.



Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

2.4 CONSULTORI MATERNO INFANTILI

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 prevede la predisposizione di linee guida per la gravidanza ed il parto, l'integrazione dei servizi materno-infantili con quelli socio-assistenziali ed educativi, come previsto nel Piano nazionale per l'infanzia e l'adolescenza. Per quanto riguarda il numero di consultori materno-infantili presenti sul territorio nazionale i valori degli anni 1996 e 1997 si attestano su valori leggermente superiori rispetto al 1995 (Tav. 8). La distribuzione regionale per l'anno 1997 (quoziente per 100.000 abitanti residenti) permette di osservare una certa disomogeneità territoriale, in particolare per gli alti livelli della Valle d'Aosta, delle Provincia Autonoma di Bolzano e, al contrario, per i ridotti valori relativi alle regioni Molise e Campania.

Tav. 8

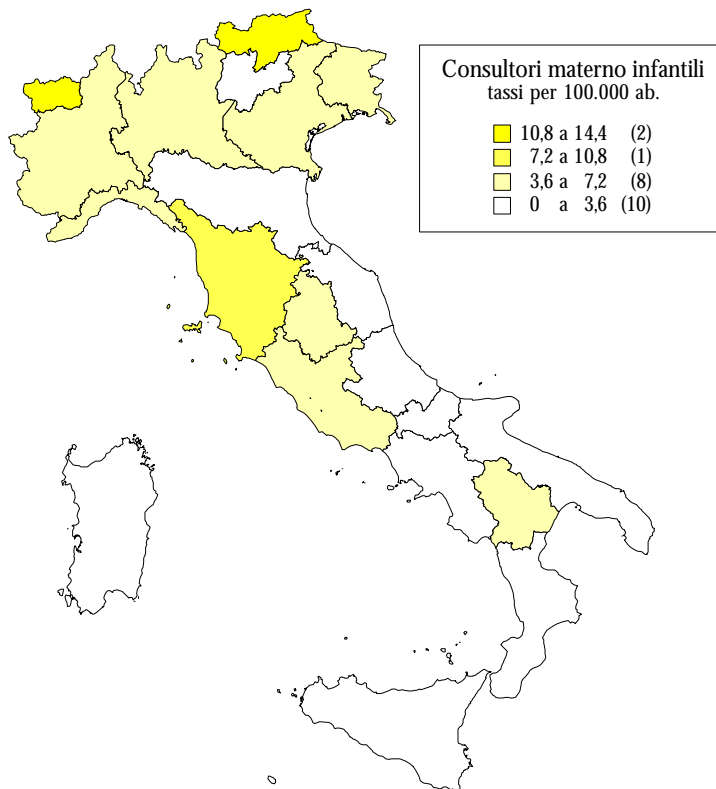
NUMERO DEI CONSULTORI MATERNO-INFANTILI PUBBLICI

ANNO	CONSULTORI
1991	3.178
1992	3.137
1993	3.080
1994	3.032
1995	2.294
1996	2.378
1997	2.386

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Graf. 8

**DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI CONSULTORI MATERNO-INFANTILI.
QUOZIENTE PER 100.000 RESIDENTI. ANNO 1997.**



Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

2.5 L'ATTIVITA' DI IGIENE MENTALE

La tutela della salute mentale richiede che siano compiuti interventi di completamento sull'intero territorio del modello organizzativo dipartimentale, integrando le strutture operative e riqualificando in modo opportuno strutture e personale recuperati in seguito alla chiusura dei manicomi. L'obiettivo è quello di incrementare le prestazioni erogate dai servizi territoriali, passando così dal controllo sociale dei malati di mente alla promozione della salute ed alla prevenzione dei disturbi mentali. Il numero dei presidi pubblici che svolgono tale attività è rimasto pressoché immutato nel periodo 1991-1996, con la sola esclusione del 1995 in cui si è registrato un forte calo; questo fenomeno è probabilmente dovuto alla criticità dell'anno 1995 nell'ambito del processo di aziendalizzazione delle U.S.L. (Tav. 9). Le informazioni relative all'anno 1997 non sono state riportate poiché il cambiamento del modello di rilevazione ne impedisce un confronto con i dati relativi agli anni precedenti.

Tav. 9

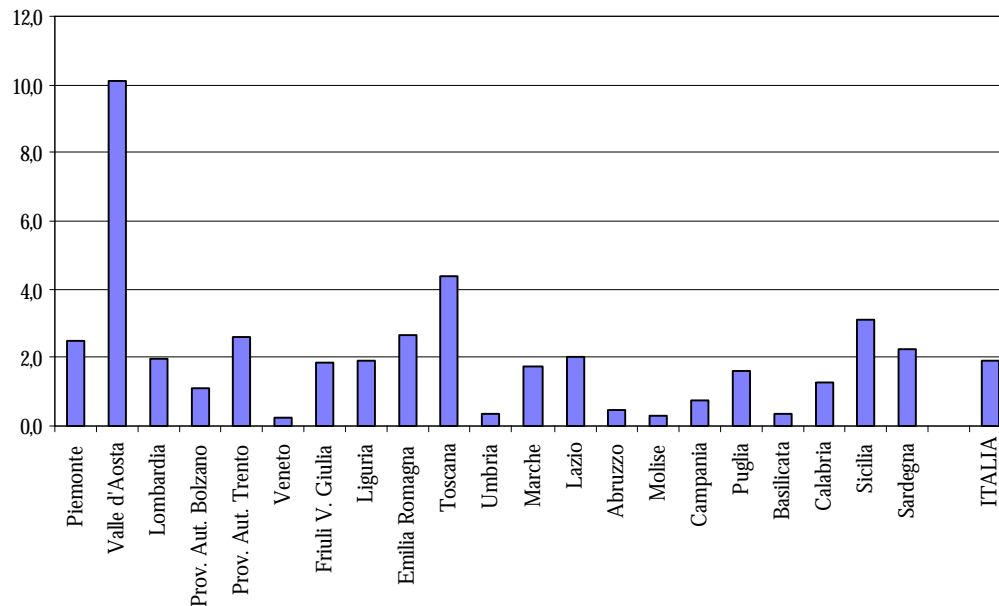
NUMERO DI PRESIDI PUBBLICI CHE SVOLGONO ATTIVITA' DI IGIENE MENTALE.

ANNO	PRESIDI
1991	994
1992	1.039
1993	1.059
1994	1.074
1995	912
1996	1.084

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Graf. 9

NUMERO DI PRESIDI CHE SVOLGONO ATTIVITA' DI IGIENE MENTALE. QUOZIENTE PER 100.000 RESIDENTI. DISTRIBUZIONE REGIONALE. ANNO 1996.



Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

2.6 L'ATTIVITA' DEI SERVIZI TOSSICODIPENDENZE (Ser.T.)

Il settore delle tossicodipendenze attraversa una fase di profonda e significativa evoluzione sia sotto il profilo strettamente epidemiologico, sia per quanto riguarda la riorganizzazione dell'assistenza. Ai tradizionali problemi di valutazione legati al carattere illegale dell'uso di sostanze stupefacenti si aggiungono modificazioni strutturali indotte dall'introduzione sul mercato di nuove sostanze, che influiscono ovviamente anche sulla popolazione ritenuta a rischio e, quindi, sugli interventi di prevenzione, trattamento, cura e riabilitazione.

Nel 1996 risultano attivi 513 Servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.); la distribuzione regionale nel periodo analizzato è riportata nella tabella seguente. Le informazioni relative all'anno 1997 non sono state riportate poiché un cambiamento dei modelli di rilevazione ne impedisce un corretto confronto con i dati relativi agli anni precedenti.

Tav. 10

DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE (Ser.T.) E NUMERO DI UTENTI. ANNO 1996.

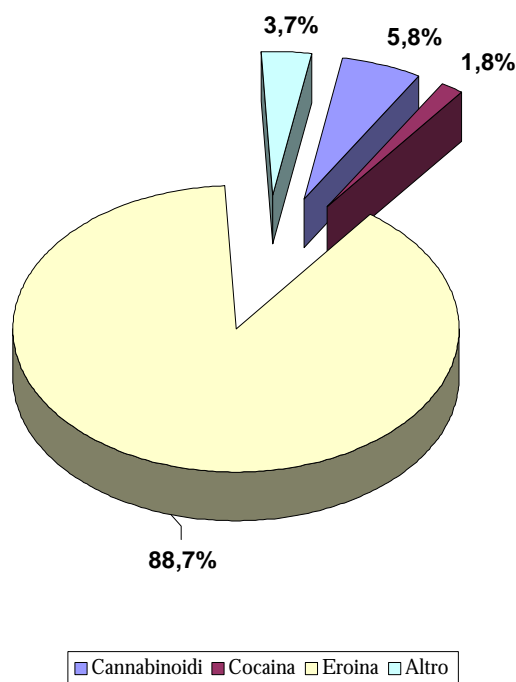
Regione	Numero servizi pubblici	Numero utenti
Piemonte	63	13.248
Valle d'Aosta	1	341
Lombardia	44	20.666
Prov. Aut. Bolzano	4	301
Prov. Aut. Trento	1	686
Veneto	36	10.438
Friuli Venezia Giulia	6	2.264
Liguria	5	2.244
Emilia Romagna	44	8.943
Toscana	41	9.611
Umbria	11	2.811
Marche	14	3.869
Lazio	47	9.864
Abruzzo	11	3.145
Molise	5	535
Campania	41	11.625
Puglia	56	11.539
Basilicata	6	982
Calabria	15	3.491
Sicilia	48	7.842
Sardegna	14	5.439
ITALIA	513	129.884

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Il PSN prevede la definizione di progetti obiettivo atti a ridurre la morbosità e la mortalità legate alla tossicodipendenza e/o all'abuso di sostanze stupefacenti, con particolare riferimento alla mortalità da episodi acuti ed alle patologie infettive, e ad aumentare la percentuale di consumatori in contatto con il sistema di assistenza, in particolare contattando giovani con problemi collegati alle *nuove droghe*. Il numero di utenti che entrano in contatto con i Ser.T. è costantemente aumentato negli anni 1991-1996. Modificazioni hanno anche interessato le sostanze stupefacenti di abuso: l'eroina è tuttora la sostanza più utilizzata (88,7% degli utenti nel 1996), seguita a notevole distanza dai cannabinoidi (5,8% nello stesso anno).

Graf. 10

DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEGLI UTENTI SECONDO LA SOSTANZA DI ABUSO PRIMARIO. ANNO 1996.

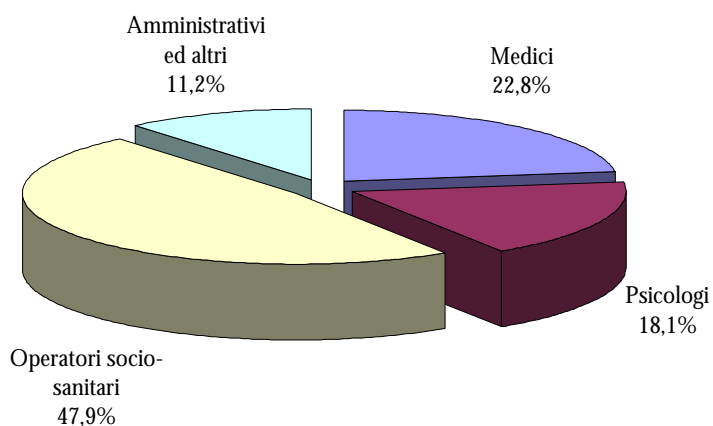


Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

La composizione complessiva dell'organico dei Ser.T. secondo la qualifica (Graf. 11) è stata oggetto di modifiche spesso significative: in particolare, è diminuita la percentuale di personale medico (dal 26,3% nel 1991 al 22,8 nel 1996), mentre risulta aumentata quella relativa agli operatori socio-sanitari. Sostanzialmente stabili risultano, viceversa, le percentuali relative a psicologi e personale amministrativo.

Graf. 11

DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEL PERSONALE DEI Ser.T. PER QUALIFICA. ANNO 1996.



Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Capitolo 3

ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.1 L'OFFERTA OSPEDALIERA

L'assistenza ospedaliera garantisce il ricovero presso gli ospedali pubblici e privati accreditati per la diagnosi e la cura delle malattie che richiedono interventi di urgenza o emergenza e delle malattie acute o di lunga durata che non possono essere affrontate in ambulatorio o a domicilio.

Tav. 1
DISTRIBUZIONE DEGLI ISTITUTI DI CURA - Anno 1997

REGIONE	PUBBLICI (*)	PRIVATI	PSICHIATRICI
		ACCREDITATI	RESIDUALI
Piemonte	60	39	2
Valle d'Aosta	1	0	0
Lombardia	135	55	12
P.A. Bolzano	9	8	0
P.A. Trento	13	5	1
Veneto	79	16	2
Friuli V. Giulia	20	5	0
Liguria	28	2	2
Emilia R.	48	39	1
Toscana	39	30	0
Umbria	11	4	0
Marche	38	14	1
Lazio	86	100	3
Abruzzo	25	11	0
Molise	7	3	0
Campania	66	73	5
Puglia	75	35	2
Basilicata	13	1	0
Calabria	38	36	0
Sicilia	81	49	3
Sardegna	34	12	2
TOTALE	906	537	36

(*) Sono considerati gli istituti a gestione diretta, le aziende ospedaliere, i policlinici universitari, gli istituti a carattere scientifico, gli ospedali classificati o assimilati e gli istituti presidio della USL.

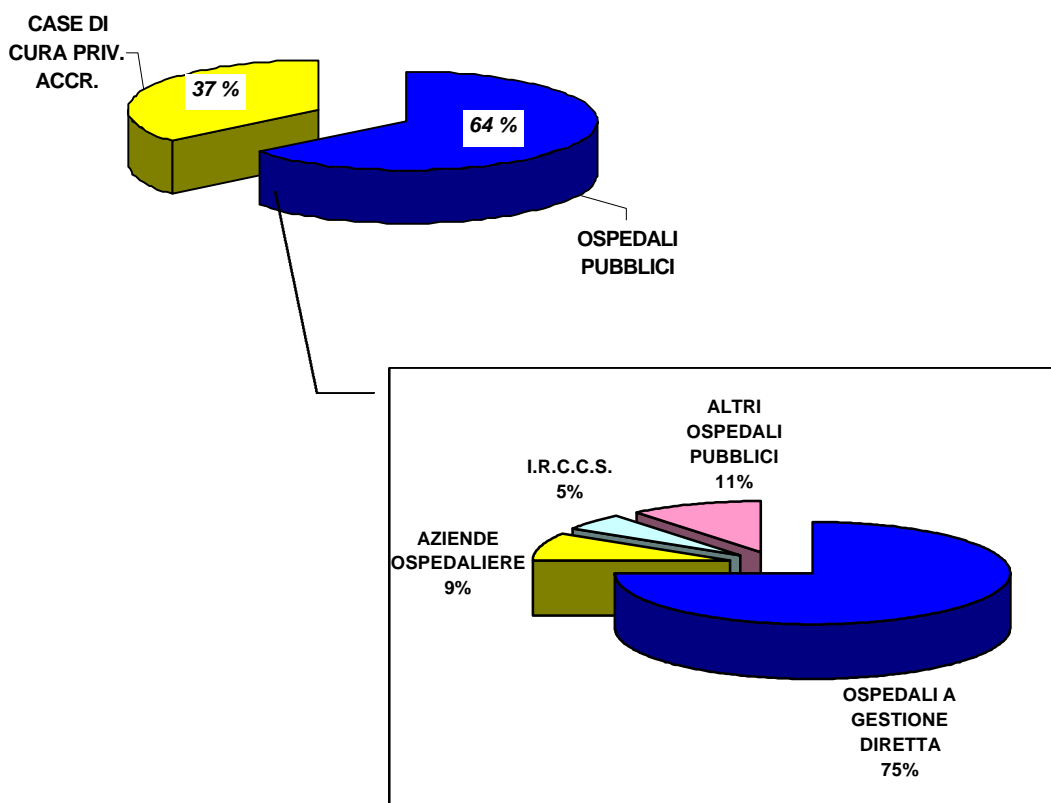
Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

La tav. 1 mostra la distribuzione regionale degli istituti di cura secondo la tipologia di istituto. Nel 1997 erano presenti sul territorio nazionale 942 istituti pubblici e 537 case di cura private accreditate. Nel Graf.1 è rappresentata la composizione percentuale delle strutture di ricovero di cui dispone il Servizio Sanitario Nazionale: più del 60% degli Istituti di cura sono pubblici; di questi il 75% è costituito da ospedali gestiti direttamente dalle A.S.L., il 9% dagli ospedali costituiti in Azienda, come previsto dalla L.502/92, ed il restante 26% dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e dalla altre tipologie di ospedali pubblici.

Nel 1997 il S.S.N. ha potuto disporre complessivamente di 330.071 posti letto per degenza ordinaria (272.640 nelle strutture pubbliche e 57.431 nelle case di cura private accreditate) e di 22.097 posti letto di day-hospital (21.278 pubblici e 819 privati accreditati). La distribuzione regionale dei posti letto è descritta nella Tav. 2: la regione Lazio è senz'altro quella in cui la componente privata accreditata risulta essere più forte (quasi il 50% del totale dei posti letto). Tale fenomeno, anche se in misura meno evidente, si verifica pure in altre regioni meridionali, in particolare in Calabria, Sicilia e Campania; a livello nazionale comunque ogni 100 posti letto circa 20 sono dislocati in strutture private accreditate.

Graf. 1

DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEGLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA PER TIPOLOGIA - Anno 1997



Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Tav. 2

DISTRIBUZIONE DEI POSTI LETTO NEGLI OSPEDALI - Anno 1997

REGIONE	PUBBLICI (*)		PRIVATI ACCREDITATI		TOTALE	
	DEGENZA	DAY-	DEGENZA	DAY-	DEGENZA	DAY-
	ORDINARIA	HOSPITAL	ORDINARIA	HOSPITAL	ORDINARIA	HOSPITAL
<i>Piemonte</i>	19.191	1.801	3.788	5	22.979	1.806
<i>Valle d'Aosta</i>	512	44			512	44
<i>Lombardia</i>	44.815	2.652	8.764	189	53.579	2.841
<i>P.A. Bolzano</i>	2.435	4	282	0	2.717	4
<i>P.A. Trento</i>	2.660	292	515	0	3.175	292
<i>Veneto</i>	23.810	2.168	1.261	38	25.071	2.206
<i>Friuli V. Giulia</i>	6.427	462	635	10	7.062	472
<i>Liguria</i>	10.348	834	110	0	10.458	834
<i>Emilia R.</i>	17.199	2.262	4.803	26	22.002	2.288
<i>Toscana</i>	16.193	1.236	2.652	44	18.845	1.280
<i>Umbria</i>	3.936	469	220	6	4.156	475
<i>Marche</i>	8.501	453	1.168	0	9.969	453
<i>Lazio</i>	24.487	2.983	13.266	92	37.753	3.075
<i>Abruzzo</i>	7.206	535	2.097	0	9.303	535
<i>Molise</i>	1.776	16	88	0	1.864	16
<i>Campania</i>	21.930	933	7.023	216	28.953	1.149
<i>Puglia</i>	22.082	1.107	2.361	152	24.443	1.259
<i>Basilicata</i>	2.868	116	60	0	2.928	116
<i>Calabria</i>	7.854	564	3.287	3	11.141	567
<i>Sicilia</i>	20.120	1.839	3.574	0	23.694	1.839
<i>Sardegna</i>	8.317	508	1.477	38	9.794	546
TOTALE	272.640	21.278	57.431	819	330.071	22.097

(*) Sono inclusi anche i posti letto degli istituti psichiatrici residuali

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Nella Tav. 3 è rappresentata, invece, la distribuzione regionale dei posti letto in rapporto alla popolazione. La normativa vigente (L.18.07.1996, n. 382) stabilisce che ogni regione debba riorganizzare la propria rete ospedaliera sulla base di alcuni "standard", fra i quali il numero di posti letto complessivo per 1.000 abitanti (5,5 lo standard previsto) ed il numero di posti letto riservati alla riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie per 1.000 abitanti (1,0 lo standard stabilito). In media ogni 1.000 abitanti si registrano 6,4 posti letto, con una eccedenza quindi di 0,9 posti letto rispetto allo standard di riferimento. La variabilità regionale è comunque molto elevata: alcune regioni come Valle d'Aosta, Campania e Sicilia presentano una carenza complessiva di posti letto, altre come Umbria e Piemonte si avvicinano al valore previsto mentre in tutte le altre vi è una eccedenza di posti letto. Lo standard per la quota di posti letto destinati alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie è rispettato in Lombardia e Molise; si evidenziano comunque regioni in cui tale standard viene ampiamente superato come nella P.A. di Trento, nella regione Lazio e nella regione Basilicata.

Tav. 3
POSTI LETTO PER 1.000 ABITANTI - Anno 1997
(Pubblici e privati accreditati)

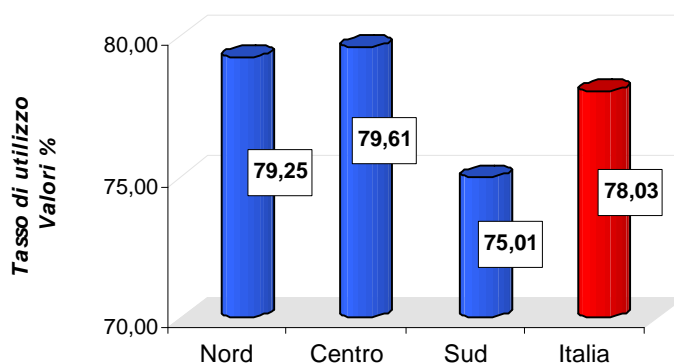
REGIONE	POSTI LETTO PER ACUTI	POSTI LETTO PER RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA	POSTI LETTO PER DAY- HOSPITAL	TOTALE
<i>Piemonte</i>	4,62	0,64	0,42	5,69
<i>Valle d'Aosta</i>	4,29	0,00	0,37	4,66
<i>Lombardia</i>	5,23	0,50	0,32	6,05
<i>P.A. Bolzano</i>	5,57	0,53	0,01	6,11
<i>P.A. Trento</i>	4,91	1,67	0,63	7,20
<i>Veneto</i>	5,21	0,44	0,49	6,14
<i>Friuli V. Giulia</i>	5,81	0,34	0,40	6,55
<i>Liguria</i>	5,56	0,19	0,51	6,25
<i>Emilia R.</i>	5,19	0,39	0,58	6,16
<i>Toscana</i>	5,12	0,29	0,36	5,77
<i>Umbria</i>	4,84	0,05	0,57	5,46
<i>Marche</i>	6,37	0,22	0,31	6,90
<i>Lazio</i>	5,38	1,42	0,58	7,38
<i>Abruzzo</i>	6,41	0,32	0,42	7,15
<i>Molise</i>	5,36	0,14	0,05	5,55
<i>Campania</i>	4,07	0,28	0,20	4,55
<i>Puglia</i>	5,61	0,16	0,31	6,07
<i>Basilicata</i>	4,70	0,07	0,19	4,95
<i>Calabria</i>	4,69	0,70	0,27	5,65
<i>Sicilia</i>	4,43	0,07	0,35	4,86
<i>Sardegna</i>	5,23	0,11	0,33	5,67
TOTALE	5,07	0,46	0,38	5,91

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Complessivamente, nel 1997 sono state effettuate in Italia circa 82 milioni di giornate di degenza (in media ogni giorno si sono avuti oltre 22.500 degenti) con un ammontare complessivo di ricoveri di quasi 10 milioni.

Un altro indicatore per il quale la normativa ha stabilito uno standard di riferimento è il tasso di utilizzo dei posti letto: l'effettiva occupazione non deve essere inferiore al 75%.

Graf. 2
TASSO DI UTILIZZO - Anno 1997

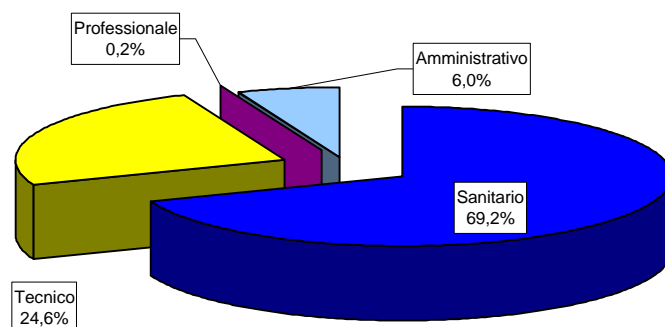


Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Anche se con una notevole variabilità territoriale, in ogni ripartizione geografica il tasso di utilizzo è superiore al valore minimo stabilito dal legislatore (78,0% il valore medio nazionale): le regioni centrosetentrionali hanno in media un tasso di utilizzo nettamente superiore al 75% mentre le regioni meridionali raggiungono appena il valore (75,0%).

Nel 1997 il personale operante nelle strutture pubbliche ammonta a circa 556.000 unità di cui il 69,2% appartenente al ruolo sanitario (medici e personale infermieristico), il 24,6% appartenente al ruolo tecnico ed il restante 6,2% appartenente al ruolo professionale ed Amministrativo (Graf. 3).

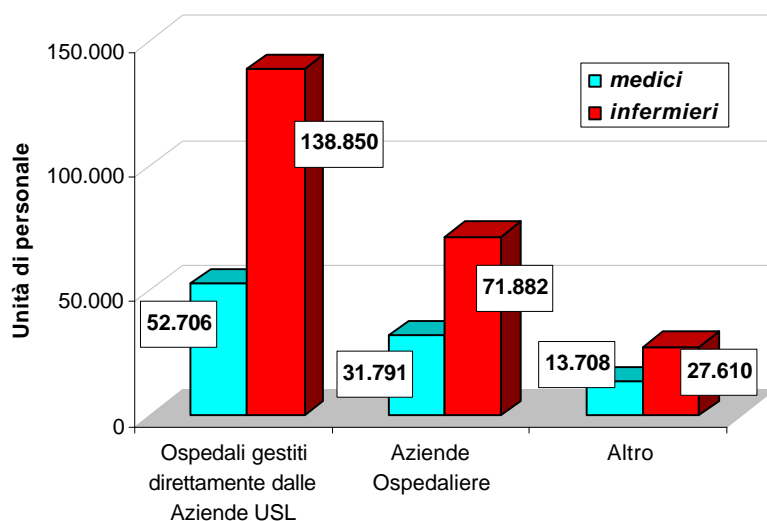
Graf. 3
DISTRIBUZIONE PER RUOLO DEL PERSONALE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE - Anno 1997



Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Graf. 4

PERSONALE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE – Anno 1997



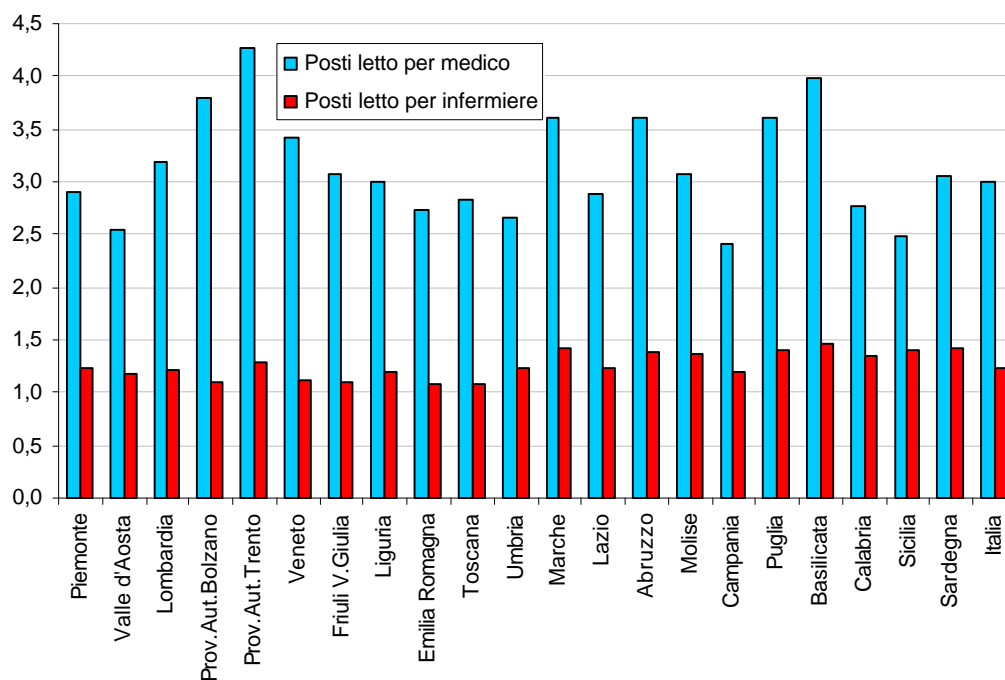
Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

I medici e gli infermieri occupati nel complesso degli ospedali pubblici ammontano, nel 1997, rispettivamente, a 98.234 e a 238.312 unità; la distribuzione per tipologia di ospedale è rappresentata nel Graf. 4: si nota una rilevante variabilità nel rapporto medici/infermieri (37,9% per gli ospedali a gestione diretta, 44,2% per le aziende ospedaliere e 49,6% per le altre strutture pubbliche).

Il carico di lavoro sostenuto dal personale sanitario pubblico, misurato attraverso gli indicatori posti letto per infermiere e posti letto per medico, denota una discreta variabilità a livello territoriale. Dalla lettura del Graf. 5 risulta che, per quanto riguarda il carico degli infermieri, l'intervallo di variazione va da 1,1 (Emilia Romagna) a 1,5 (Basilicata) mentre si passa da 2,4 posti letto per medico della Campania ai 4,5 della P.A. di Trento.

Graf. 5

POSTI LETTO PER UNITÀ DI PERSONALE NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE – Anno 1997



Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

3.2 L'EMERGENZA

Il sistema di emergenza sanitaria è regolato dal D.P.R. del 27.03.1992 che indirizza e coordina le Regioni affinché esse organizzino l'attività di urgenza ed emergenza sanitaria secondo:

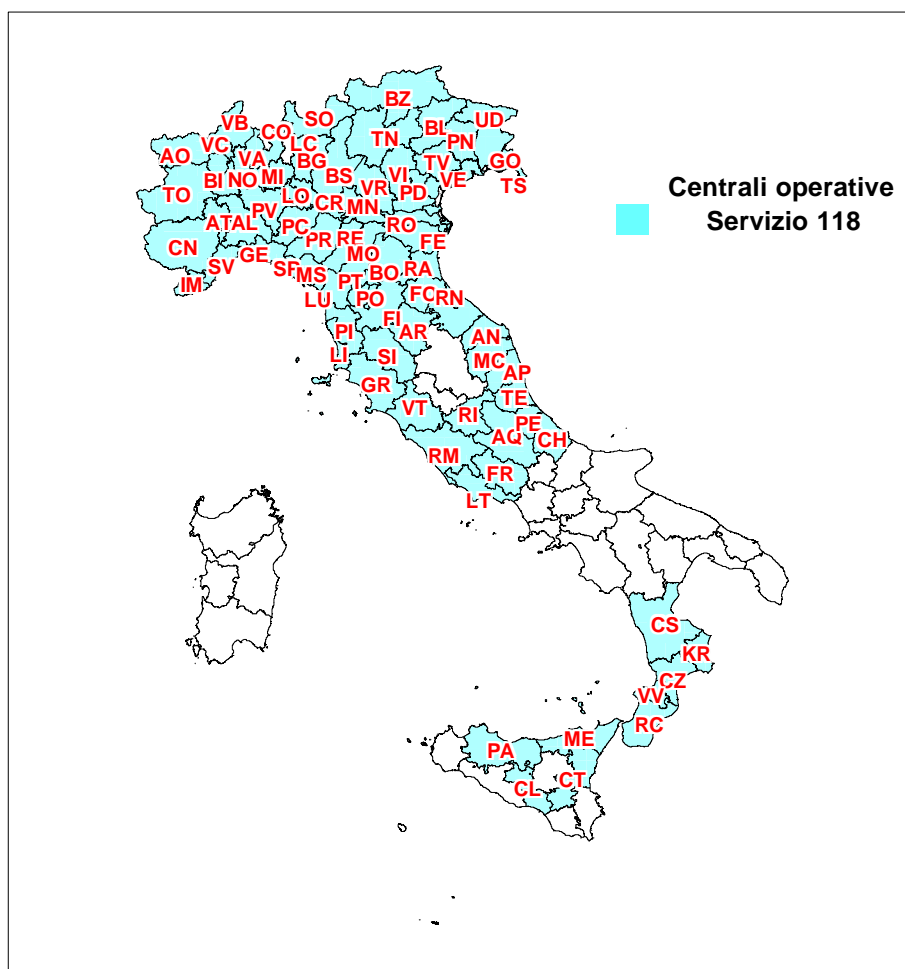
1. un sistema di allarme sanitario
2. un sistema di accettazione e di emergenza sanitaria

Il sistema di allarme sanitario è assicurato da una centrale operativa a cui affluiscono tutte le richieste di intervento per emergenza sanitaria tramite un numero unico telefonico nazionale: il "118".

La centrale operativa accoglie tutte le richieste di intervento coordinandone l'attività nell'ambito territoriale di riferimento.

Le centrali operative sono di norma organizzate su base provinciale e assicurano i radio collegamenti, su frequenze dedicate, con le autoambulanze e gli altri mezzi di soccorso nonché con i servizi sanitari facenti parte del sistema di emergenza sanitario del territorio di riferimento.

Fig. 1
SERVIZIO 118: CENTRALI OPERATIVE ATTIVE AL 30/08/1998



Fonte: Ministero della Sanità

La responsabilità medico-organizzativa della centrale operativa è attribuita ad un medico ospedaliero, preferibilmente anestesista in possesso di documentata esperienza nell'area dell'emergenza ed urgenza. Le centrali sono attive 24 ore al giorno e si avvalgono di personale infermieristico adeguatamente addestrato.

Al 30.08.98 le regioni Centrosettentrionali, eccetto l'Umbria, avevano tutte attivato il servizio "118" mentre nel Meridione solo la Calabria ed alcune province della Sicilia. (Fig. 1).

Il sistema di accettazione e di emergenza sanitaria si articola in:

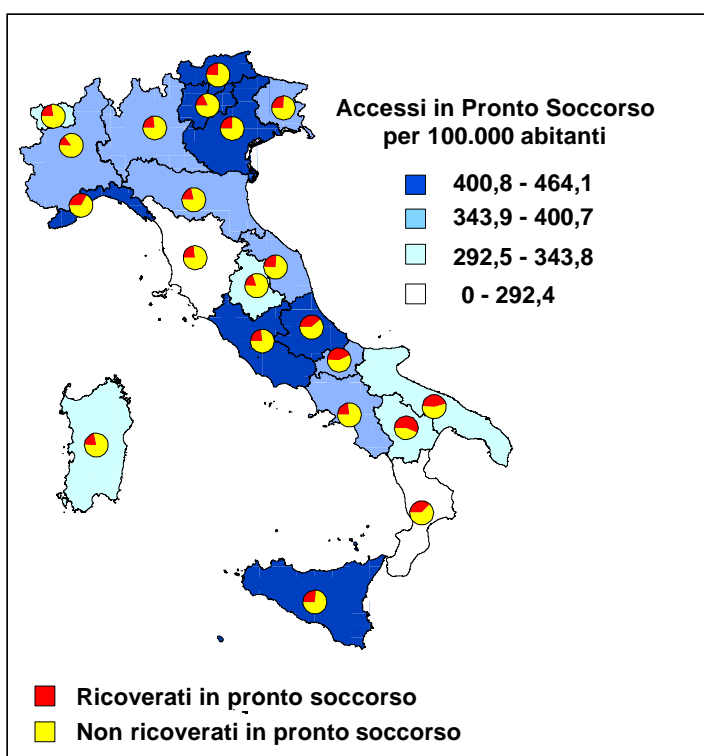
1. servizio di pronto soccorso
2. dipartimento di emergenza

Il pronto soccorso interviene nei confronti di malati o di infortunati in situazione di urgenza o di emergenza e, quando necessario, dispone il ricovero in ospedale per il proseguimento delle cure. L'ospedale sede di pronto soccorso deve assicurare oltre agli interventi di urgenza compatibili con le proprie specialità, almeno i primi accertamenti diagnostici, clinici, strumentali e di laboratorio, e gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente.

Il dipartimento di emergenza assicura nell'arco di tutta la giornata, anche attraverso le unità operative specialistiche di cui è dotato l'ospedale, interventi di natura medica, chirurgica, ortopedica, ostetrica e pediatrica nonché assistenza cardiologica e rianimatoria.

Fig. 2

ATTIVITÀ PUBBLICA E PRIVATA ACCREDITATA DI PRONTO SOCCORSO - Anno 1997



Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Nella Fig. 2 si descrive l'attività di pronto soccorso sul territorio nazionale, in particolare vi è rappresentato il numero di accessi al pronto soccorso ogni 100.000 abitanti e la quota di accessi seguiti da ricovero sul totale. Risulta evidente una notevole variabilità interregionale, soprattutto per il secondo indicatore che varia dal 15,5% di pazienti ricoverati del Piemonte al 57,5% della Basilicata. Nel 1997 si sono registrati, in totale, circa 21.642.000 accessi al pronto soccorso, 21.274.000 in strutture pubbliche e 368.000 in case di cura private accreditate, i pazienti che sono stati in seguito ricoverati ammontavano a circa 5.622.000.

La Tav. 4 descrive alcune dotazioni degli ospedali legate all'attività di emergenza: tutte le regioni hanno attivato il dipartimento di emergenza mentre sono ancora molte quelle che non dispongono di ambulanze pediatriche.

Tav. 4

SERVIZI DI EMERGENZA NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE - ANNO 1997

REGIONE	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA	AMBULANZA DI TIPO A (*)		AMBULANZA PEDIATRICA	AMBULANZA DI TIPO B (**)	UNITA' MOBILE RIANIM.
		TOTALE	CON MEDICO			
Piemonte	27	24	5	0	63	28
Valle D'Aosta	1	0	0	0	0	0
Lombardia	35	109	20	12	127	54
Prov.Aut.Bolzano	2	1	0	0	13	1
Prov.Aut.Trento	1	4	0	0	24	1
Veneto	19	123	18	4	141	22
Friuli V. Giulia	11	39	6	1	27	6
Liguria	5	6	1	0	30	3
Emilia Romagna	20	93	31	0	77	24
Toscana	16	44	17	1	104	4
Umbria	4	12	4	0	24	5
Marche	9	34	11	0	41	8
Lazio	17	59	1	1	89	28
Abruzzo	6	20	11	3	41	12
Molise	2	4	2	0	14	3
Campania	15	51	10	2	105	19
Puglia	5	39	6	2	119	24
Basilicata	3	12	0	0	20	7
Calabria	2	39	8	1	46	21
Sicilia	15	52	4	2	135	36
Sardegna	3	17	2	0	30	11
ITALIA	218	782	157	29	1270	317

(*) Ambulanze attrezzate per il trasporto di infermi e infortunati e per il servizio di pronto soccorso, dotate di specifiche attrezzature di assistenza.

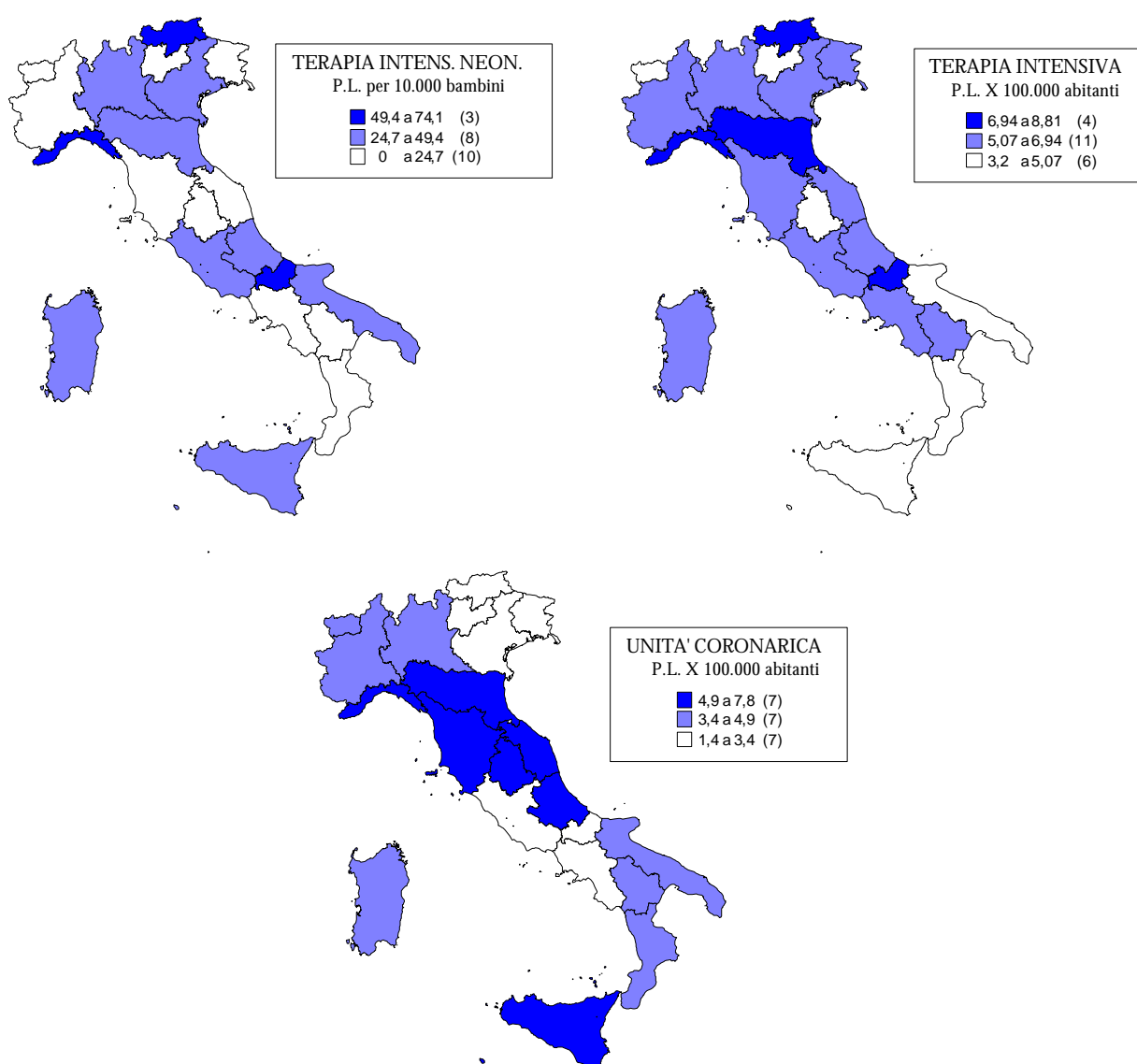
(**) Ambulanze attrezzate per il trasporto di infermi o infortunati con eventuale dotazione di semplici attrezzature di assistenza.

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

La distribuzione territoriale dei reparti direttamente correlati all'attività di emergenza quali la terapia intensiva, la terapia intensiva neonatale e l'unità coronarica è rappresentata in Fig.3. Si osserva che, per quanto riguarda la terapia intensiva, tutte le regioni hanno posti letto in tale reparto; sono comunque le regioni meridionali, eccetto la Basilicata, quelle che assieme all'Umbria, alla P.A. di Trento ed alla Valle d'Aosta, dispongono di un minor numero di posti letto. Le regioni Valle d'Aosta e Basilicata non hanno reparti di terapia intensiva neonatale; l'indicatore calcolato per questa disciplina presenta una forte variabilità (dai 3,5 posti letto per 10.000 bambini del Friuli V.G. ai 74,1 del Molise).

Fig. 3

DOTAZIONE DI POSTI LETTO NEI REPARTI DI RIANIMAZIONE - Anno 1997



Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Se si fa eccezione per il Molise e la Campania, le regioni meridionali registrano una buona disponibilità di posti letto nei reparti di unità coronarica; in questo caso sono le regioni del Nord-Est quelle che denotano le maggiori carenze.

In riferimento all'attività di detti reparti nella Tav. 5 sono rappresentati i principali indicatori di attività (posti letto, degenti, numero complessivo di giornate di degenza e tasso di utilizzo) sia nell'ambito di strutture pubbliche che private accreditate.

Tav. 5

INDICATORI DI ATTIVITÀ DEI REPARTI DI RIANIMAZIONE – Anno 1997

<i>Reparti</i>	<i>Posti letto</i>	<i>Degenti</i>	<i>Giornate di degenza</i>	<i>Degenza Media</i>	<i>Tasso di utilizzo</i>
<i>Strutture pubbliche</i>					
Terapia intensiva	3.124	136.979	862.691	6,30	79,02
Terapia intensiva neonatale	1.470	31.367	371.640	11,85	78,26
Unità coronarica	2.330	161.785	674.262	4,17	82,94
<i>Strutture private accreditate</i>					
Terapia intensiva	210	9.961	42.813	4,30	73,46
Terapia intensiva neonatale	18	212	1.499	7,07	22,82
Unità coronarica	24	1.238	5.496	4,44	81,40

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

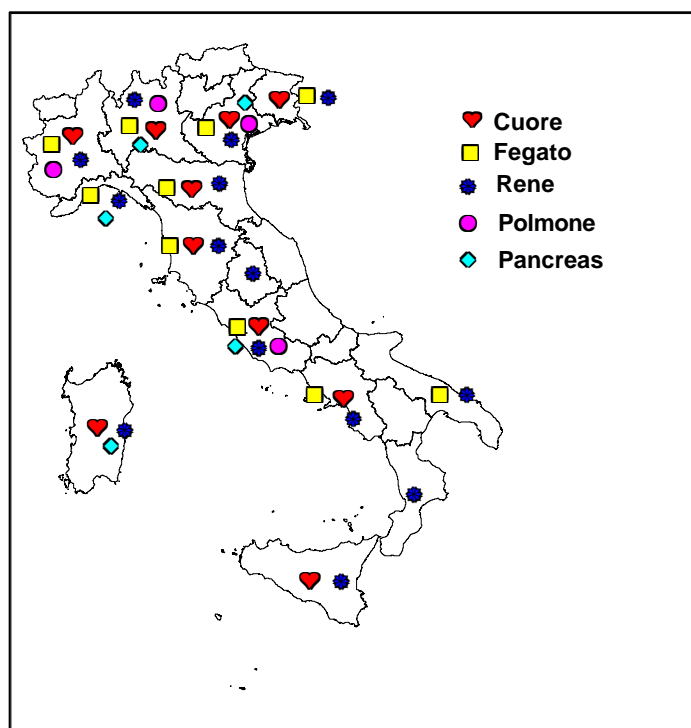
3.3 I TRAPIANTI

I Centri di trapianto di organi e tessuti da cadavere, secondo quanto previsto dalla normativa vigente (L. 644/75, D.P.R. 409/77, D.P.R. 694/94) debbono essere in possesso di specifica autorizzazione rilasciata dal Ministero della Sanità ed inerente sia l'équipe dei sanitari che effettuano gli interventi chirurgici, sia le sale operatorie ed i locali di terapia intensiva post-trapianto. La normativa che disciplina l'organizzazione delle attività di trapianto è comunque in via di evoluzione.

I centri autorizzati per i trapianti di alcuni organi quali il cuore, fegato, rene, polmone e pancreas sono presenti principalmente nell'area centrosettentrionale (Fig. 4).

Fig. 4

CENTRI AUTORIZZATI PER IL TRAPIANTO DI ALCUNI ORGANI - Anno 1997



Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Analizzando l'attività di trapianto di organi in Italia, nel periodo 1993-97 si osserva una tendenza positiva per quanto riguarda sia il numero di trapianti effettuati sia il numero di donatori; infatti negli ultimi cinque anni l'Italia ha quasi raddoppiato il numero di donatori, raggiungendo il valore di 11,6 donatori per milione di abitanti e avvicinandosi allo standard europeo che è di circa 15 donatori per milione di abitanti. Nonostante alcune regioni del Centro e del Sud abbiano incrementato la propria attività, la distribuzione sul territorio nazionale rimane poco omogenea: molte regioni meridionali forniscono un contributo esiguo sia di donatori che di

trapianti effettuati attestandosi su valori nettamente al di sotto della media nazionale (Tav. 5a).

Prendendo in considerazione i trapianti d'organo più effettuati nel periodo '93-'97 (rene, cuore, fegato) si evidenzia in tutte e tre le ripartizioni geografiche considerate un notevole incremento; in particolare per il trapianto di fegato il numero dei casi è più che raddoppiato (Graf. 6).

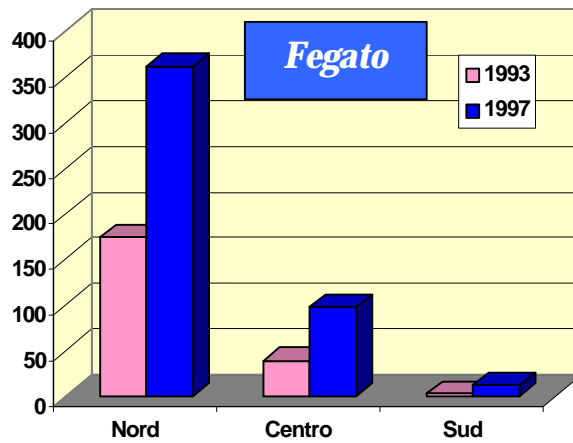
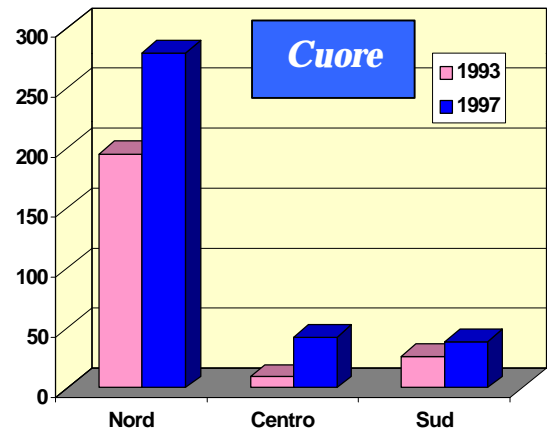
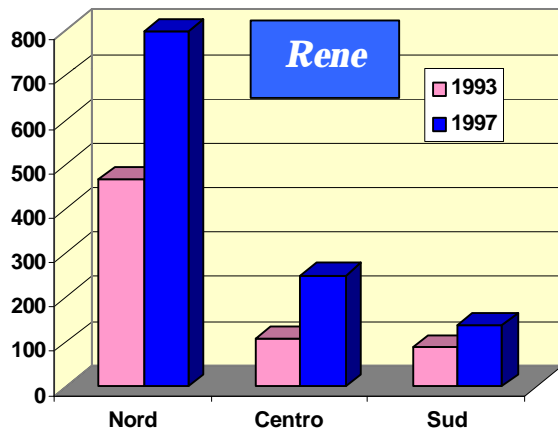
Tav. 5a

DONATORI DI ORGANI PER 1.000.000 DI ABITANTI - Anni 1993-1997

REGIONE	ANNI	
	1993	1997
<i>Piemonte</i>	7,9	18,6
<i>Valle d'Aosta</i>	-	-
<i>Lombardia</i>	11,7	15,6
<i>P.A. Bolzano</i>	13,6	22,1
<i>P.A. Trento</i>	4,4	8,7
<i>Veneto</i>	9,8	21,0
<i>Friuli V. Giulia</i>	6,7	19,3
<i>Liguria</i>	4,1	14,5
<i>Emilia R.</i>	11,5	21,4
<i>Toscana</i>	5,4	12,8
<i>Umbria</i>	12,3	13,3
<i>Marche</i>	3,5	10,4
<i>Lazio</i>	3,5	6,1
<i>Abruzzo</i>	1,9	9,4
<i>Molise</i>	-	-
<i>Campania</i>	0,9	2,9
<i>Puglia</i>	2,2	4,4
<i>Basilicata</i>	1,6	9,8
<i>Calabria</i>	5,3	4,3
<i>Sicilia</i>	3,8	3,9
<i>Sardegna</i>	5,7	12,0
Media	6,2	11,6

Fonte: Istituto Superiore di Sanità

Graf. 6
TRAPIANTI DI ALCUNI ORGANI - Anni 1993-1997



Fonte: Istituto Superiore di Sanità

3.4 I RICOVERI IN OSPEDALE

I dati sui ricoveri ospedalieri vengono rilevati attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) che è stata istituita con il decreto del Ministero della Sanità 28.12.91, quale parte integrante della cartella clinica e strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati su tutto il territorio nazionale.

Attraverso la SDO si intende principalmente conoscere i seguenti aspetti del ricovero ospedaliero:

- I motivi che hanno determinato il ricovero (diagnosi principale di dimissione) e delle eventuali diagnosi concomitanti e/o complicanti;
- Le tipologie di trattamento adottate nel corso del ricovero (eventuali interventi chirurgici e principali procedure diagnostiche e terapeutiche effettuate);
- L'esito complessivo del trattamento ovvero la descrizione dello stato del paziente al momento della sua dimissione.

L'eshaustività della rilevazione effettuata attraverso la SDO permette di ottenere tali informazioni in modo ampio e standardizzato. Inoltre, poiché è responsabilità del medico compilare correttamente la SDO, essa assume rilevanza medico-legale e costituisce parte integrante della cartella clinica.

Nelle tre tavole seguenti viene fornita una sintesi delle informazioni pervenute attraverso le schede di dimissione ospedaliera relative all'attività dei reparti di assistenza per acuti pubblici e privati svoltasi nel 1997. Per una corretta lettura delle tavole bisogna, comunque, tener presente che la rilevazione non è ancora esaustiva, in quanto alcuni istituti non hanno inviato le proprie schede di dimissione.

Nella Tav. 7 viene rappresentata la distribuzione dei dimessi, delle giornate di degenza e della degenza media per grandi gruppi di cause di ricovero e per alcuni sottogruppi di cause.

La quota maggiore di dimissioni dai reparti di assistenza per acuti nell'anno 1997 sono dovute alle malattie del sistema circolatorio (15,7% dei dimessi) così come la maggior parte delle giornate di degenza (18,8%). La degenza media più elevata si ha per malattie infettive e parassitarie (14,9 giorni) e per i tumori (12,5 giorni), in particolare per i tumori maligni dello stomaco (17,3 giorni).

Se si analizzano i dimessi distintamente per i due sessi (Tav. 7), la prima causa di ricovero per la popolazione femminile è dovuta alle complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (15,1%). La percentuale di dimessi per le malattie del sistema circolatorio risulta essere, per i maschi, pari al 17,5% (prima causa di ricovero) mentre per le femmine è del 14,0%; anche per le malattie dell'apparato digerente e per i traumatismi ed avvelenamenti la quota dei dimessi di sesso maschile supera di molto quella dei dimessi di sesso femminile (13,4% contro 9,8% e 12,7% contro 8,4%).

Dall'analisi per classi di età (Tav. 8) emerge che, fino al primo anno di età, la causa di ricovero che determina il maggior numero di dimissioni, se si prescinde dalle condizioni morbose di origine perinatale pari al 47,1% dei dimessi, sono le malattie dell'apparato respiratorio; ciò avviene in maniera più marcata per la classe 1-14 anni (25,1% dei dimessi). Nella classe di età 15-24 anni i ricoveri più frequenti avvengono per traumatismi ed avvelenamenti anche se le complicazioni della gravidanza, del

parto e del puerperio, che sono la causa prioritaria fra i 25 e i 44 anni, comincia ad avere un peso rilevante (15,2%). Le affezioni del sistema cardiocircolatorio diventano la prima causa di ricovero a partire dalla classe 45-59 anni ed aumentano progressivamente fino alla classe di età estrema. Anche i tumori cominciano a pesare considerevolmente sul totale dei dimessi a partire dalla classe 45-59 anni, infatti si passa dal 13,9% della classe 45-59 al 15,1% della classe 60-64 per poi ridiscendere al 13,1% dell'ultima classe.

L'analisi regionale dei dimessi per i principali gruppi di causa di ricovero evidenzia una forte variabilità per quel che concerne le patologie tumorali (Tav. 9). Nelle regioni meridionali si registra un minore ricorso ai ricoveri per tumore in quanto, da una parte vi è una più bassa incidenza della patologia, dall'altra una forte mobilità verso strutture specializzate del Centro-Nord.

Anche per le malattie cardiovascolari, seppur con minor intensità, si riscontra un'analogia dinamica regionale; per quel che riguarda le complicazioni in gravidanza, parto e puerperio emerge, per le regioni meridionali, una maggiore incidenza di ricoveri legata principalmente ad un più alto tasso di fecondità e, secondariamente, ad una più bassa attenzione alla prevenzione in gravidanza.

Tav. 6

**DIMESSI, GIORNATE DI DEGENZA E DEGENZA MEDIA PER GRANDI GRUPPI
DI CAUSE DI RICOVERO – Anno 1997**

CAUSA DI RICOVERO	Dimessi		Giornate di degenza		Degenza media
		%		%	
I MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	163.295	1,8	1.306.998	1,9	8,0
II TUMORI	837.641	9,3	8.769.734	13,0	10,5
di cui					
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	25.088	0,3	418.237	0,6	16,7
<i>Tumori maligni dell'intestino</i>	59.997	0,7	984.878	1,5	16,4
<i>Tumori maligni della trachea dei bronchi e dei polmoni</i>	71.682	0,8	904.285	1,3	12,6
<i>Tumori maligni della mammella</i>	59.794	0,7	528.412	0,8	8,8
III MAL. DELLE ghiandole endocrine della nutrizione e del metabolismo e disturbi immunitari	200.903	2,2	1.609.702	2,4	8,0
di cui					
<i>Diabete mellito</i>	85.053	0,9	779.625	1,2	9,2
IV MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	72.240	0,8	646.028	1,0	8,9
V DISTURBI PSICHICI	271.463	3,0	3.920.304	5,8	14,4
VI MALATTIE DEL SIST. NERV. E DEGLI ORGANI DEI SENSI	662.549	7,3	3.531.240	5,2	5,3
VII MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	1.416.613	15,7	12.564.889	18,6	8,9
di cui					
<i>Malattia ipertensiva</i>	118.123	1,3	875.642	1,3	7,4
<i>Infarto miocardico acuto</i>	78.357	0,9	844.174	1,2	10,8
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	262.536	2,9	2.972.839	4,4	11,3
VIII MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	667.734	7,4	5.090.683	7,5	7,6
di cui					
<i>Polmoniti</i>	106.824	1,2	1.238.469	1,8	11,6
<i>Bronchite cronica e non specificata</i>	134.239	1,5	1.396.784	2,1	10,4
IX MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	1.041.194	11,5	7.735.993	11,4	7,4
di cui					
<i>Ulcera gastrica e duodenale</i>	47.409	0,5	445.401	0,7	9,4
<i>Appendicite</i>	101.164	1,1	528.846	0,8	5,2
X MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	653.490	7,2	3.895.219	5,8	6,0
di cui					
<i>Nefrite, sindrome nefrotica e nefrosi</i>	72.861	0,8	745.326	1,1	10,2
XI COMPLICAZIONI DELLA gravidanza del parto e del puerperio	739.481	8,2	3.413.805	5,0	4,6
XII MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	143.339	1,6	1.046.695	1,5	7,3
XIII MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	528.514	5,9	4.100.149	6,1	7,8
XIV MALFORMAZIONI CONGENITE	88.866	1,0	578.067	0,9	6,5
XV ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	134.380	1,5	1.007.627	1,5	7,5
XVI SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	478.151	5,3	2.872.872	4,2	6,0
XVII TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	925.857	10,3	5.549.579	8,2	6,0
Totale complessivo	9.025.710	100,0	67.639.584	100,0	7,5

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Tav. 7

DISTRIBUZIONE SECONDO IL SESSO DEI DIMESSI PER GRANDI GRUPPI DI CAUSE DI RICOVERO – Anno 1997

CAUSA DI RICOVERO	Maschi		Femmine	
	Dimessi	%	Dimessi	%
I MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	87.419	2,0	75.868	1,6
II TUMORI	417.055	9,8	420.557	8,9
di cui				
<i>Tumori maligni dello stomaco</i>	15.023	0,4	10.063	0,2
<i>Tumori maligni dell'intestino</i>	32.997	0,8	26.999	0,6
<i>Tumori maligni della trachea dei bronchi e dei polmoni</i>	59.312	1,4	12.369	0,3
<i>Tumori maligni della mammella</i>	-	-	59.674	1,3
III MAL. DELLE ghiandole ENDOCRINE DELLA NUTRIZIONE E DEL METABOLISMO E DISTURBI IMMUNITARI	73.302	1,7	127.586	2,7
di cui				
<i>Diabete mellito</i>	36.466	0,9	48.580	1,0
IV MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	31.886	0,7	40.344	0,8
V DISTURBI PSICHICI	134.275	3,1	137.082	2,9
VI MALATTIE DEL SIST. NERV. E DEGLI ORGANI DEI SENSI	297.423	7,0	365.120	7,7
VII MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	757.413	17,7	658.772	13,9
di cui				
<i>Malattia ipertensiva</i>	46.438	1,1	71.673	1,5
<i>Infarto miocardico acuto</i>	53.260	1,2	25.097	0,5
<i>Disturbi circolatori dell'encefalo</i>	129.428	3,0	133.089	2,8
VIII MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	390.606	9,1	276.916	5,8
di cui				
<i>Polmoniti</i>	61.608	1,4	45.200	1,0
<i>Bronchite cronica e non specificata</i>	87.161	2,0	46.934	1,0
IX MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	578.046	13,5	463.039	9,8
di cui				
<i>Ulcera gastrica e duodenale</i>	29.704	0,7	17.689	0,4
<i>Appendicite</i>	43.548	1,0	57.616	1,2
X MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	278.891	6,5	374.580	7,9
di cui				
<i>Nefrite, sindrome nefrotica e nefrosi</i>	41.261	1,0	31.600	0,7
XI COMPLICAZIONI DELLA GRVIDANZA DEL PARTO E DEL PUERPERIO	-	-	739.123	15,6
XII MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	77.268	1,8	66.060	1,4
XIII MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	245.437	5,7	283.053	6,0
XIV MALFORMAZIONI CONGENITE	50.957	1,2	37.899	0,8
XV ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	71.509	1,7	62.769	1,3
XVI SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	248.474	5,8	229.666	4,8
XVII TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	536.122	12,5	389.733	8,2
Totale complessivo	4.276.275	100,0	4.748.167	100,0

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Tav. 8

DISTRIBUZIONE PER ETA' DEI DIMESSI PER GRANDI GRUPPI DI CAUSE DI RICOVERO - Anno 1997

CAUSA DI RICOVERO	Meno di 1 anno		1 - 14 anni		15 - 24 anni		25 - 44 anni		45 - 59 anni		60 - 64 anni		65 anni e oltre	
	dimessi	%	dimessi	%	dimessi	%	dimessi	%	dimessi	%	dimessi	%	dimessi	%
I MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	12.607	4,8	52.334	8,0	19.642	2,9	28.456	1,4	15.579	1,1	6.357	1,0	28.306	0,9
II TUMORI	1.739	0,7	14.607	2,2	19.139	2,8	101.862	5,0	200.259	13,5	93.217	14,3	406.664	12,5
III MAL.DELLE GHIANDOLE ENDOCRINE DELLA NUTRIZIONE E DEL METABOLISMO E DISTURBI IMMUNITARI	2.238	0,8	16.540	2,5	10.298	1,5	32.241	1,6	45.073	3,0	19.095	2,9	75.401	2,3
IV MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	1.562	0,6	9.855	1,5	4.337	0,6	8.506	0,4	8.383	0,6	4.099	0,6	35.479	1,1
V DISTURBI PSICHICI	763	0,3	8.829	1,3	24.997	3,6	106.091	5,3	59.290	4,0	15.465	2,4	55.807	1,7
VI MALATTIE DEL SIST.NERV. E DEGLI ORGANI DEI SENSI	6.706	2,5	36.027	5,5	28.221	4,1	90.020	4,5	108.929	7,3	52.915	8,1	339.332	10,4
VII MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	2.755	1,0	6.984	1,1	24.860	3,6	105.199	5,2	244.523	16,5	141.469	21,8	889.598	27,3
VIII MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	35.425	13,4	167.072	25,4	47.335	6,9	79.550	3,9	62.748	4,2	34.059	5,2	241.436	7,4
IX MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	13.365	5,1	79.309	12,1	80.977	11,8	189.076	9,4	213.876	14,4	91.568	14,1	372.684	11,4
X MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	8.664	3,3	34.077	5,2	42.961	6,2	166.466	8,2	152.708	10,3	51.109	7,9	197.413	6,1
XI COMPLICAZIONI DELLA GRVIDANZA DEL PARTO E DEL PUERPERIO	649	0,2	290	0,0	106.839	15,5	627.523	31,1	3.268	0,2	122	0,0	548	0,0
XII MALATTIE DELLA PELLE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	3.270	1,2	12.495	1,9	24.576	3,6	34.744	1,7	22.087	1,5	8.677	1,3	37.457	1,1
XIII MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO	896	0,3	18.754	2,9	41.636	6,1	123.963	6,1	128.795	8,7	49.760	7,7	164.519	5,0
XIV MALFORMAZIONI CONGENITE	19.953	7,6	27.964	4,3	10.659	1,5	14.297	0,7	6.608	0,4	2.172	0,3	7.190	0,2
XV ALCUNE CONDIZIONI MORBOSE DI ORIGINE PERINATALE	130.359	49,5	1.435	0,2	416	0,1	1.598	0,1	137	0,0	61	0,0	327	0,0
XVI SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	12.363	4,7	61.883	9,4	40.905	5,9	86.106	4,3	78.338	5,3	32.993	5,1	165.500	5,1
XVII TRAUMATISMI E AVVELENAMENTI	10.104	3,8	109.460	16,6	159.906	23,3	222.661	11,0	131.522	8,9	47.231	7,3	244.777	7,5
Totale complessivo	263.418	100,0	657.915	100,0	687.704	100,0	2.018.359	100,0	1.482.123	100,0	650.369	100,0	3.262.438	100,0

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Tav. 9

DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI DIMESSI PER I PRINCIPALI GRUPPI DI CAUSE DI RICOVERO – Anno 1997

(Valori percentuali rispetto al totale regionale dei dimessi)

REGIONE	TUMORI	MALATTIE APPARATO DIGERENTE	MALATTIE SISTEMA NERVOSO E ORGANI DEI SENSI	MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLAT.	MALATTIE APPARATO RESPIRAT.	MALATTIE APPARATO GENITO-URINARIO	COMPLICAZ. GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	MALATTIE SISTEMA OSTEO-MUSCOLARE E TESSUTO CONNETTIVO	SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MALDEFINITI	TRAUMATISMI E AVVELENAM.
PIEMONTE	10,5	11,8	7,1	15,9	8,0	7,0	8,1	5,6	4,3	8,4
VALLE D'AOSTA	9,5	13,0	6,5	17,2	7,0	7,3	9,0	4,1	5,8	9,4
LOMBARDIA	11,3	10,8	8,6	15,8	6,6	7,0	7,9	6,4	4,9	9,1
PROV. AUTON. BOLZANO	8,7	9,0	8,0	13,3	8,2	7,0	8,5	6,9	4,4	13,1
PROV. AUTON. TRENTO	9,3	11,7	6,1	16,3	7,2	5,7	9,7	5,7	5,4	11,5
VENETO	10,5	10,1	7,6	16,4	7,4	7,0	7,6	7,4	4,9	9,4
FRIULI VENEZIA GIULIA	11,8	10,7	8,1	18,6	7,6	6,7	6,9	6,3	3,9	9,3
LIGURIA	10,1	11,3	8,5	15,1	6,8	6,9	5,9	5,8	5,8	11,0
EMILIA ROMAGNA	10,8	11,4	6,9	18,8	7,5	6,9	6,4	6,9	4,4	9,3
TOSCANA	9,6	11,1	7,4	18,5	7,1	6,4	7,0	5,6	4,9	10,9
UMBRIA	8,6	11,7	8,2	16,5	7,0	8,0	6,6	6,7	5,5	10,6
MARCHE	9,2	11,0	8,4	17,7	7,6	7,4	7,3	4,7	5,8	8,9
LAZIO	10,2	11,2	7,2	15,4	7,2	7,4	8,5	5,5	6,0	10,4
ABRUZZO	6,9	12,8	7,4	16,1	7,8	7,6	6,9	6,4	6,7	10,5
MOLISE	5,6	12,4	8,8	15,5	7,2	9,3	8,4	7,1	5,8	9,2
CAMPANIA	6,7	13,0	5,6	13,9	7,9	7,3	10,2	4,1	6,2	13,2
PUGLIA	7,0	11,7	6,8	12,3	7,5	8,2	9,7	5,6	6,0	10,8
BASILICATA	5,9	13,3	4,3	14,7	7,8	7,3	8,2	6,2	5,1	11,6
CALABRIA	4,9	12,9	6,5	15,3	8,1	8,1	9,5	5,4	6,6	10,7
SICILIA	7,4	12,7	6,5	14,4	8,5	6,9	9,7	4,7	4,7	10,9
SARDEGNA	9,6	12,5	8,5	12,9	6,6	8,3	9,0	5,5	4,7	9,6
ITALIA	9,3	11,5	7,3	15,7	7,4	7,2	8,2	5,9	5,3	10,3

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

3.5 ISTITUTI O CENTRI DI RIABILITAZIONE EX ART.26, L.833/78

Gli Istituti e Centri per il recupero e la riabilitazione funzionale svolgono la propria attività fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative. Tali prestazioni possono essere erogate in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, extramurale e domiciliare; in particolare, è opportuno distinguere quegli Istituti che sono anche residenze sanitarie dai centri che erogano prestazioni non completamente residenziali. A partire dall'anno 1997 il Ministero della Sanità ha istituito un modello di rilevazione dell'attività degli Istituti e dei Centri di riabilitazione *ex art. 26 L. 833/78*, a periodicità annuale. In questo paragrafo, viene presentata l'analisi dei dati relativi all'anno 1997 (termine ultimo di invio 31/01/1998); per una corretta interpretazione dei risultati occorre tener presente che non tutte le Aziende U.S.L. hanno inviato i modelli compilati. In particolare, due regioni, la Valle d'Aosta e l'Umbria, non hanno trasmesso alcuna informazione. Le Aziende U.S.L. che hanno inviato il modello compilato sono poco più della metà di quelle esistenti con una spiccata variabilità a livello regionale. La parzialità della risposta è senz'altro da attribuire sia a difficoltà tecniche di implementazione del flusso sia alla difficoltà ad adeguarsi in tempo reale alla struttura di flussi di nuova concezione; entrambe le fonti di disturbo tenderanno a diminuire in modo significativo con l'entrata a regime del flusso stesso.

Tav. 10

ISTITUTI E CENTRI DI RIABILITAZIONE EX. ART. 26 L. 833/78. ANNO 1997.

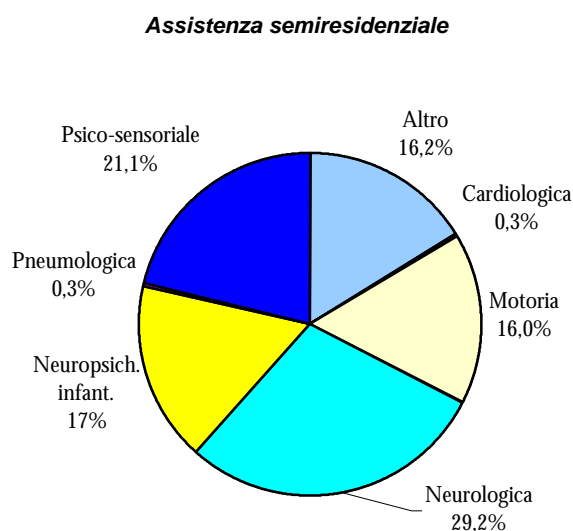
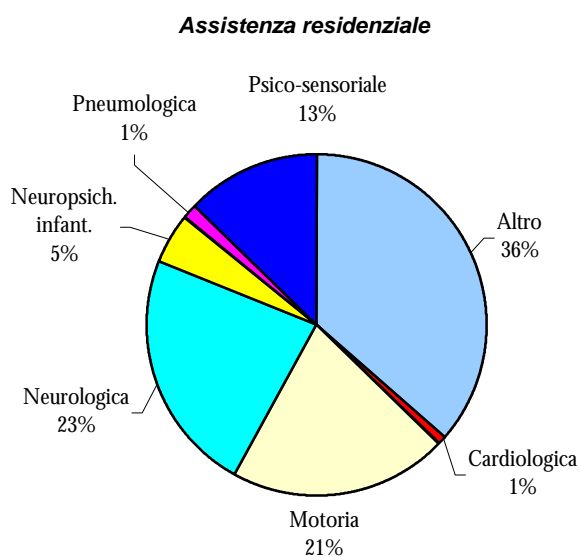
Regione	Strutture	Posti letto ass. residenziale	Posti letto ass. semiresidenziale	% di Aziende U.S.L. rilevate
Piemonte	6	303	55	13,6
Valle d'Aosta	-	-	-	0,0
Lombardia	76	5888	1521	70,5
Prov. Aut. Bolzano	2	80	0	50,0
Prov. Aut. Trento	3	77	13	100,0
Veneto	9	167	355	28,6
Friuli Venezia Giulia	12	200	382	83,3
Liguria	6	166	37	40,0
Emilia Romagna	4	501	4	15,4
Toscana	71	851	730	83,3
Umbria	-	-	-	0,0
Marche	16	806	40	46,2
Lazio	52	1628	1959	83,3
Abruzzo	21	333	400	50,0
Molise	3	273	0	50,0
Campania	94	743	1170	69,2
Puglia	16	675	86	50,0
Basilicata	6	907	0	60,0
Calabria	9	695	141	54,5
Sicilia	34	443	888	66,7
Sardegna	10	68	0	25,0
Italia	450	14.804	7.781	50,7

Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Nel grafico 7 è rappresentata la composizione percentuale delle giornate di assistenza secondo la tipologia di intervento riabilitativo distintamente per assistenza residenziale e semiresidenziale. Dal confronto delle due ripartizioni emerge che alcune tipologie di riabilitazione, in particolare la neuropsichiatria infantile e la psicosensoriale, sono svolte preferibilmente in strutture semiresidenziali dove, peraltro, assume un peso molto meno accentuato l'attività riabilitativa diversa dalle tipologie specificate. Infatti più di un terzo delle giornate di assistenza in regime residenziale sono state dedicate ad attività riabilitativa non specificata, tale fenomeno potrebbe essere imputabile ad un utilizzo dei posti letto per attività di lungodegenza riabilitativa o geriatrica.

Graf. 7

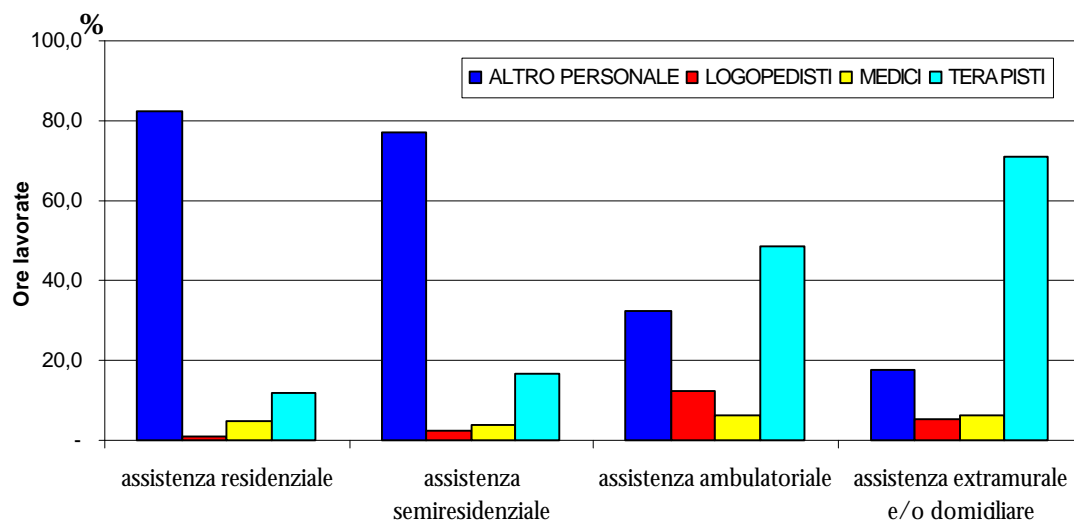
DISTRIBUZIONE DELLE GIORNATE DI ASSISTENZA SECONDO LA TIPOLOGIA RIABILITATIVA – ANNO 1997



Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Nel grafico 8 è rappresentata la ripartizione delle ore lavorate da alcune figure professionali secondo il regime di assistenza: come è prevedibile attendersi la quota di personale "sanitario" risulta più significativa nell'assistenza ambulatoriale e in quella extramurale e/o domiciliare, in particolare per la figura dei terapeuti.

Graf. 8
DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE ORE LAVORATE SECONDO LA TIPOLOGIA DI ASSISTENZA



Fonte: Ministero della Sanità - Sistema Informativo Sanitario

Capitolo 4

LA SPESA SANITARIA

4.1 INTRODUZIONE

Il D.L.vo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, dedica gli articoli del Titolo III al finanziamento della spesa di parte corrente ed in conto capitale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il finanziamento della spesa di parte corrente è attualmente in via di trasformazione. Fino al 1997, al finanziamento della spesa di parte corrente concorrevano il *Fondo sanitario nazionale*, i *contributi di malattia* e l'*autofinanziamento regionale*.

Il *Fondo sanitario nazionale* rappresenta l'integrazione finanziaria dello Stato, con risorse prelevate dalla fiscalità generale, per le esigenze del SSN. Detto importo viene poi ripartito tra le Regioni tenendo conto, come stabilito dalla Legge 662/1996, dei *pesi da attribuire ai seguenti elementi: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e sesso, tassi di mortalità, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali*.

L'*autofinanziamento regionale* è costituito principalmente dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie a carico dei cittadini previste dalla normativa vigente, dai proventi per attività a pagamento erogate dalle aziende sanitarie e dai proventi derivanti dalle gestioni patrimoniali e finanziarie delle aziende sanitarie nonché da ulteriori partecipazioni delle Regioni a Statuto speciale.

Tali forme di finanziamento consentono alle Regioni di assicurare livelli uniformi di assistenza, individuati a livello centrale in base ad analisi epidemiologiche e rapportati al volume delle risorse a disposizione. Le Regioni hanno comunque la facoltà di erogare livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi individuati a livello centrale, con risorse finanziarie proprie, ottenute con un aumento della partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini e/o con l'inasprimento dei tributi propri esistenti.

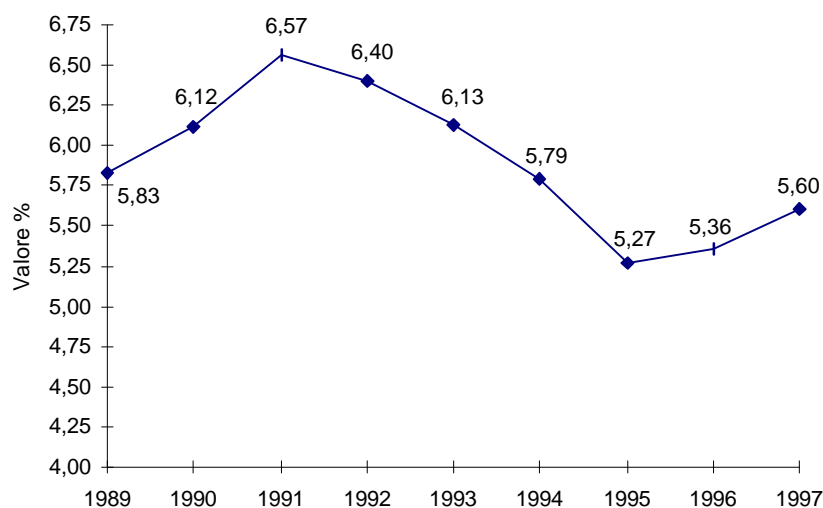
I dati pubblicati in questo capitolo sono tratti dai rendiconti analitici delle aziende sanitarie locali, inviati con cadenza trimestrale al Dipartimento della Programmazione e resi ufficiali dopo essere stati sottoposti ad un processo di controllo e validazione. Le serie temporali presentate nelle pagine che seguono sono aggiornate al mese di maggio 1999.

4.2 SPESA SANITARIA PUBBLICA DI PARTE CORRENTE

Nel periodo che va dal 1989 al 1997 la spesa sanitaria pubblica di parte corrente presenta valori compresi fra il minimo di 5,27% del 1995 ed il massimo di 6,57% del 1991 rispetto al prodotto interno lordo (P.I.L.) registrato negli stessi anni (Graf. 1). Nel periodo in esame non viene registrata una apprezzabile tendenza del suddetto rapporto che risulta nel 1997 pressoché invariato rispetto al valore assunto nel 1989.

Graf. 1

INCIDENZA % DELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA CORRENTE SUL PIL - ANNI 1989-1997.



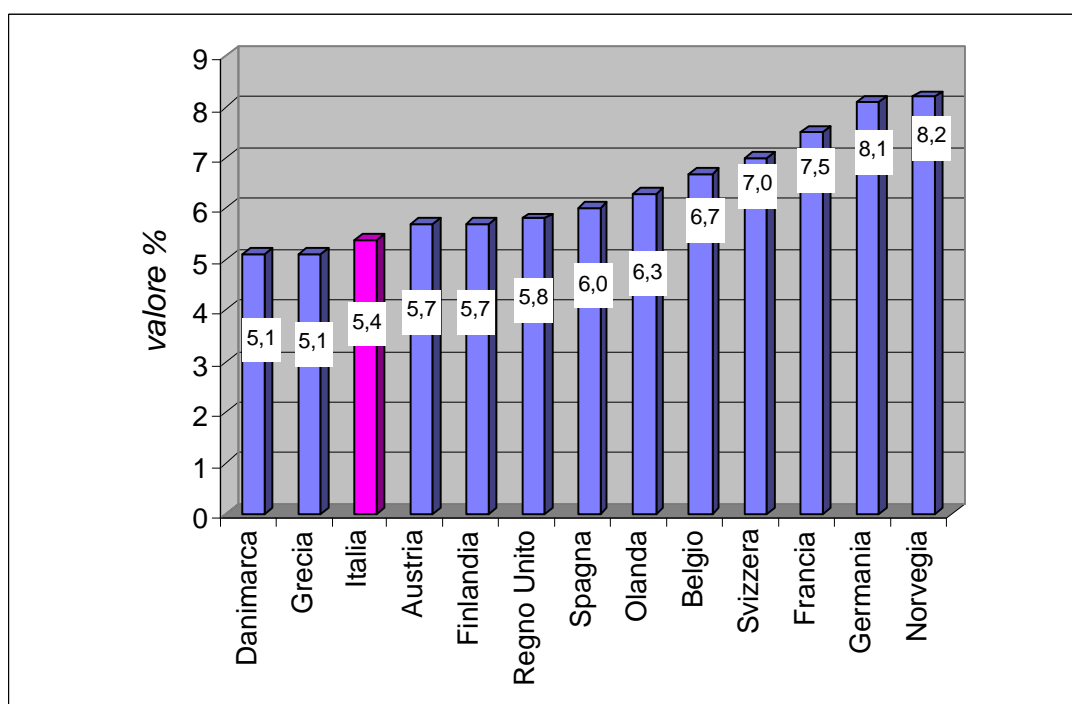
Fonte: ISTAT - Contabilità nazionale, Ministero della Sanità – Rendiconti delle USL

Da un confronto internazionale, l'Italia presenta un'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul P.I.L. tra le più contenute nei Paesi europei (Graf.2).

La tavola 1 riporta i valori di spesa corrente pubblica complessivamente sostenuta a livello nazionale dal 1989 al 1997. Al fine di consentire un raffronto della spesa sostenuta negli anni, si ritiene utile tenere conto dell'andamento del PIL nel corso dello stesso periodo. A tal proposito sono stati riportati, in questa e nelle tavole successive, gli indici di variazione del PIL rispetto all'anno base. Inoltre sono stati calcolati gli indici di variazione degli importi di spesa rispetto all'anno iniziale del periodo in esame.

Graf. 2

INCIDENZA % DELLA SPESA SANITARIA PUBBLICA SUL PIL - CONFRONTI INTERNAZIONALI- ANNO 1996.



Fonte: OCSE

Tav. 1

SPESA CORRENTE PUBBLICA.

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Valori correnti (in mld)	69.522	80.262	93.888	96.292	95.020	94.958	93.351	100.409	109.262
Indici di variazione della spesa base= 1989	100	115,45	135,05	138,51	136,68	136,59	134,28	144,43	157,16
Indice di variazione del PIL base= 1990	100	109,94	119,77	126,02	129,90	137,30	148,50	156,91	163,45

Fonte: Ministero della Sanità – Rendiconti delle USL, ISTAT - Contabilità nazionale

Nella tavola 2 è riportata la distribuzione regionale dei dati di spesa pubblica corrente rapportati alla popolazione residente. La popolazione considerata è quella media per ciascun anno esaminato, considerandola rappresentativa della popolazione mediamente esposta alla richiesta di prestazioni sanitarie nel corso dell'anno.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
	<i>(Indice di variazione base = 1992)</i>					
Piemonte	1.594.405 <i>(100)</i>	1.587.246 <i>(99,55)</i>	1.583.446 <i>(99,31)</i>	1.598.429 <i>(100,25)</i>	1.682.904 <i>(105,55)</i>	1.817.567 <i>(114,00)</i>
Valle d'Aosta	1.769.848 <i>(100)</i>	1.782.938 <i>(100,74)</i>	1.649.905 <i>(93,22)</i>	1.754.111 <i>(99,11)</i>	1.893.741 <i>(107,00)</i>	2.279.273 <i>(128,78)</i>
Lombardia	1.631.032 <i>(100)</i>	1.632.746 <i>(100,11)</i>	1.650.006 <i>(101,16)</i>	1.665.027 <i>(102,08)</i>	1.771.361 <i>(108,60)</i>	1.952.242 <i>(119,69)</i>
P. A. Bolzano	1.731.640 <i>(100)</i>	1.760.792 <i>(101,68)</i>	1.860.465 <i>(107,44)</i>	1.917.263 <i>(110,72)</i>	2.166.863 <i>(125,13)</i>	2.358.346 <i>(136,19)</i>
P. A. Trento	1.785.516 <i>(100)</i>	1.796.650 <i>(100,62)</i>	1.782.989 <i>(99,86)</i>	1.759.147 <i>(98,52)</i>	1.861.100 <i>(104,23)</i>	2.106.205 <i>(117,96)</i>
Veneto	1.706.309 <i>(100)</i>	1.682.127 <i>(98,58)</i>	1.690.577 <i>(99,08)</i>	1.677.281 <i>(98,30)</i>	1.791.696 <i>(105,00)</i>	1.989.868 <i>(116,62)</i>
F. V. Giulia	1.787.039 <i>(100)</i>	1.810.294 <i>(101,30)</i>	1.797.342 <i>(100,58)</i>	1.720.575 <i>(96,28)</i>	1.817.004 <i>(101,68)</i>	2.068.518 <i>(115,75)</i>
Liguria	1.937.864 <i>(100)</i>	1.994.863 <i>(102,94)</i>	1.919.634 <i>(99,06)</i>	1.894.977 <i>(97,79)</i>	2.001.998 <i>(103,31)</i>	2.131.400 <i>(109,99)</i>
Emilia Romagna	2.041.334 <i>(100)</i>	1.896.871 <i>(92,92)</i>	1.876.749 <i>(91,94)</i>	1.908.245 <i>(93,48)</i>	2.045.579 <i>(100,21)</i>	2.129.278 <i>(104,31)</i>
Toscana	1.792.918 <i>(100)</i>	1.775.547 <i>(99,03)</i>	1.707.443 <i>(95,23)</i>	1.724.911 <i>(96,21)</i>	1.858.132 <i>(103,64)</i>	1.977.030 <i>(110,27)</i>
Umbria	1.777.161 <i>(100)</i>	1.705.270 <i>(95,95)</i>	1.703.700 <i>(95,87)</i>	1.736.692 <i>(97,72)</i>	1.761.673 <i>(99,13)</i>	1.994.243 <i>(112,22)</i>
Marche	1.865.392 <i>(100)</i>	1.806.289 <i>(96,83)</i>	1.755.976 <i>(94,13)</i>	1.743.053 <i>(93,44)</i>	1.874.436 <i>(100,48)</i>	2.052.614 <i>(110,04)</i>
Lazio	1.764.617 <i>(100)</i>	1.770.732 <i>(100,35)</i>	1.752.432 <i>(99,31)</i>	1.673.194 <i>(94,82)</i>	1.777.577 <i>(100,73)</i>	1.945.253 <i>(110,24)</i>
Abruzzo	1.569.994 <i>(100)</i>	1.530.630 <i>(97,49)</i>	1.523.327 <i>(97,03)</i>	1.505.111 <i>(95,87)</i>	1.688.825 <i>(107,57)</i>	1.826.359 <i>(116,33)</i>
Molise	1.563.773 <i>(100)</i>	1.524.154 <i>(97,47)</i>	1.573.814 <i>(100,64)</i>	1.505.505 <i>(96,27)</i>	1.645.792 <i>(105,24)</i>	1.794.895 <i>(114,78)</i>
Campania	1.566.571 <i>(100)</i>	1.579.933 <i>(100,85)</i>	1.511.495 <i>(96,48)</i>	1.430.887 <i>(91,34)</i>	1.552.224 <i>(99,08)</i>	1.804.499 <i>(115,19)</i>
Puglia	1.563.215 <i>(100)</i>	1.539.426 <i>(98,48)</i>	1.541.951 <i>(98,64)</i>	1.433.369 <i>(91,69)</i>	1.584.201 <i>(101,34)</i>	1.713.845 <i>(109,64)</i>
Basilicata	1.418.121 <i>(100)</i>	1.403.946 <i>(99,00)</i>	1.357.460 <i>(95,72)</i>	1.487.505 <i>(104,89)</i>	1.582.689 <i>(111,60)</i>	1.624.311 <i>(114,54)</i>
Calabria	1.408.108 <i>(100)</i>	1.497.902 <i>(106,38)</i>	1.395.450 <i>(99,10)</i>	1.412.624 <i>(100,32)</i>	1.560.752 <i>(110,84)</i>	1.730.293 <i>(122,88)</i>
Sicilia	1.566.688 <i>(100)</i>	1.476.737 <i>(94,26)</i>	1.587.237 <i>(101,31)</i>	1.428.582 <i>(91,18)</i>	1.555.103 <i>(99,26)</i>	1.526.641 <i>(97,44)</i>
Sardegna	1.676.237 <i>(100)</i>	1.619.434 <i>(96,61)</i>	1.723.611 <i>(102,83)</i>	1.714.161 <i>(102,26)</i>	1.678.169 <i>(100,12)</i>	1.794.130 <i>(107,03)</i>
ITALIA	1.679.357 <i>(100)</i>	1.658.703 <i>(98,77)</i>	1.652.996 <i>(98,43)</i>	1.620.720 <i>(96,51)</i>	1.735.703 <i>(103,36)</i>	1.884.599 <i>(112,22)</i>

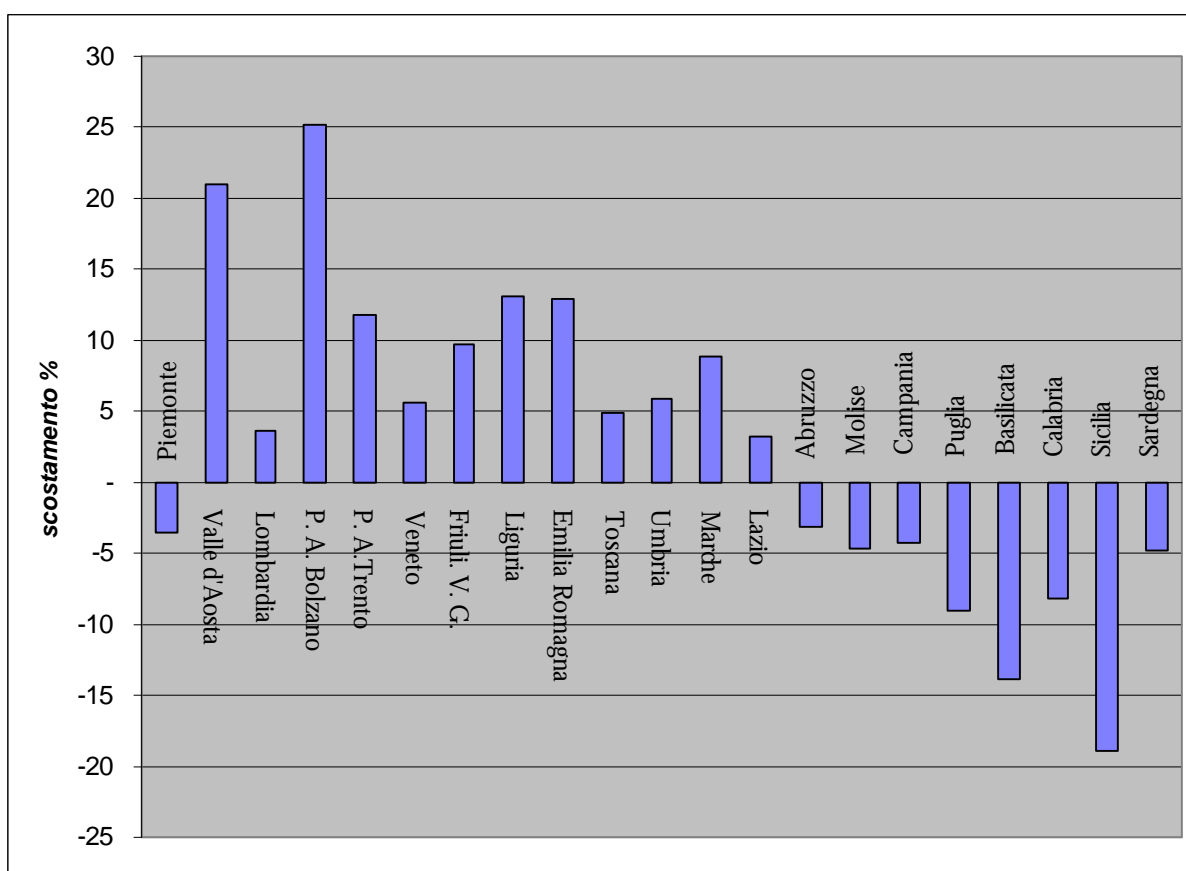
Fonte: Ministero della Sanità – Rendiconti delle USL

Nel grafico 3 sono rappresentati gli scostamenti percentuali di ciascun importo pro-capite regionale rispetto all'analogo valore pro-capite nazionale, relativamente al 1997.

Il grafico evidenzia notevoli scostamenti tra regioni e una tendenziale maggiore spesa pro-capite nelle regioni settentrionali in parte dovuta alla diversa composizione demografica e ai relativi bisogni sanitari della popolazione. Tale variabilità si attenua però sensibilmente tenendo conto della spesa sostenuta dalle regioni per la mobilità interregionale.

Graf. 3

SCOSTAMENTO % DELLA SPESA S.S.N. PRO-CAPITE DAL VALORE PRO-CAPITE NAZIONALE - ANNO 1997



Fonte: Ministero della Sanità – Rendiconti delle USL

4.3 SPESA SANITARIA PUBBLICA CORRENTE DISTINTA PER FUNZIONI DI SPESA

Si intende qui presentare l'andamento della spesa sanitaria di parte corrente, distintamente per singole funzioni di spesa così come classificati nei rendiconti trimestrali delle Aziende U.S.L. e ospedaliere.

Tav. 3

SPESA CORRENTE PER AGGREGATI ECONOMICI (miliardi di lire correnti).

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
	<i>(Indice di variazione base = 1992)</i>					
Personale	38.316 (100)	38.809 (101,29)	39.054 (101,93)	39.557 (103,24)	42.365 (110,57)	47.028 (122,74)
Beni e servizi	17.708 (100)	17.786 (100,44)	18.642 (105,27)	18.150 (102,50)	19.025 (107,44)	19.635 (110,88)
Medicina di base	5.433 (100)	5.425 (99,85)	5.549 (102,14)	5.537 (101,91)	6.121 (112,66)	6.747 (124,19)
Farmaceutica	14.209 (100)	12.588 (88,59)	11.028 (77,61)	10.145 (71,40)	11.206 (78,87)	12.196 (85,83)
Ospedaliere convenzionata	17.708 (100)	17.786 (100,44)	18.642 (105,27)	18.150 (102,50)	19.025 (107,44)	19.635 (110,88)
Specialistica	3.187 (100)	2.648 (83,09)	2.471 (77,53)	2.305 (72,33)	2.520 (79,07)	2.875 (90,21)
Altre prestazioni	5.173 (100)	5.453 (105,41)	5.885 (113,76)	6.126 (118,42)	6.733 (130,16)	7.322 (141,54)
Obiettivi di piano	494 (100)	599 (121,26)	596 (120,65)	549 (111,13)	606 (122,67)	627 (126,92)
Interessi passivi	1.069 (100)	1.105 (103,37)	839 (78,48)	167 (15,62)	75 (7,02)	106 (9,92)

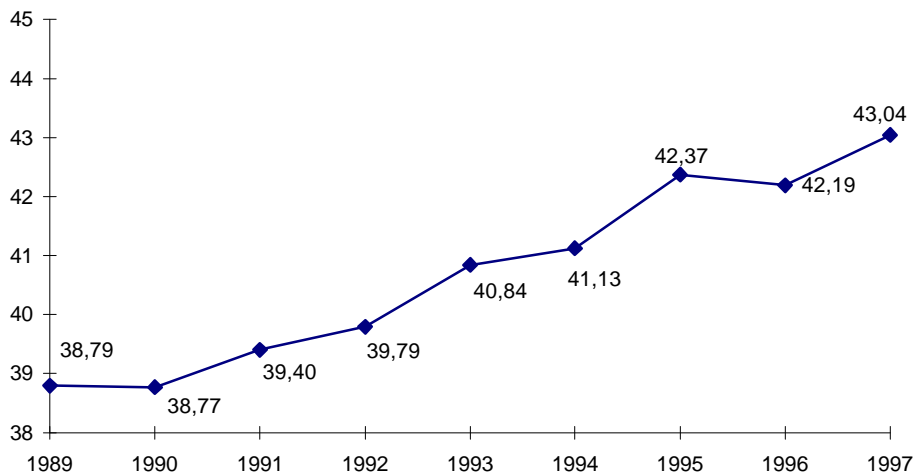
Fonte: Ministero della Sanità – Rendiconti delle USL

Tra le funzioni di spesa riveste particolare importanza quella sostenuta per il personale dipendente dal SSN, in servizio ed in quiescenza. Essa comprende oltre che stipendi e pensioni, gli oneri previdenziali, assistenziali, assicurativi e sociali che sono a carico delle Aziende U.S.L. ed ospedaliere, le competenze accessorie al personale, (vedi ad esempio indennità notturne e festive, indennità di reperibilità), le spese per il personale tirocinante e/o borsista, la spesa per il personale religioso, le compartecipazioni per attività libero-professionali.

Dal grafico 4 si evidenzia la notevole e crescente incidenza dell'aggregato di spesa per il personale sulla spesa complessiva. Essa va dal 38,8% registrata nel 1989 al 43% del 1997. L'incremento di questa componente di spesa è stato registrato in modo particolare nella prima metà degli anni novanta nelle regioni centrali e soprattutto in quelle meridionali. La variabilità interregionale dell'incidenza della spesa per il personale risente della diversa dotazione di personale dipendente, dovuta a differenti tipologie di strutture erogatrici di servizi sanitari (pubbliche o private accreditate) e differente composizione delle qualifiche del personale dipendente.

Graf. 4

INCIDENZA % DELLA SPESA PER IL PERSONALE SULLA SPESA CORRENTE TOTALE.



Fonte: Ministero della Sanità – Rendiconti delle USL

La spesa per il personale rappresenta una spesa fissa e dunque di difficile contenimento, tanto da indurre il legislatore a promuovere ripetuti interventi volti al contenimento degli organici.

Il personale dipendente del SSN è costituito dal personale delle Aziende Sanitarie Locali (compreso quello degli istituti di cura a gestione diretta e degli istituti psichiatrici residuali) e delle Aziende Ospedaliere.

Nel 1997 tale personale ammonta a circa 651.000 unità, di cui il 66% appartenente al ruolo sanitario (Tav. 4).

Tav. 4

PERSONALE DIPENDENTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – ANNO 1997.

	Unità personale
Ruolo sanitario	427.077
<i>medici</i>	97.830
<i>personale infermieristico</i>	252.163
Ruolo tecnico	152.022
Ruolo professionale	1.498
Ruolo amministrativo	69.356
Personale con qualifiche atipiche	941
Totale	650.894

Fonte: Ministero della Sanità – Sistema Informativo Sanitario