

Ministero della Sanità
Dipartimento della
Programmazione
Ufficio di Statistica - SISTAN

A stylized map of Italy, including Sicily and Sardinia, rendered in light blue with a dark blue outline. The map is set against a light blue background with a subtle gradient and a curved white line on the right side.

1° COMPENDIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

ANNI 1991-1995

luglio 1996

PRESENTAZIONE

La presente pubblicazione fornisce una visione d'insieme del Servizio Sanitario Nazionale, della sua organizzazione e delle sue attività riferita al quinquennio 1991-1995.

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, in un momento in cui si attua la riorganizzazione voluta dal Decreto Legislativo 502/92 e successive modifiche.

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 del Dipartimento
della Programmazione
Dott. Nicola Falcitelli*

La presente pubblicazione è stata curata da

Rosaria Boldrini, Teresa Camera, Carla Ceccolini, Miriam Di Cesare, Antonella Di Giacinto,
Lucia Lispi, Maria Randazzo.

Coordinamento:

Franco Pennazza - direttore dell'Ufficio di Statistica

FORNTE DEI DATI

I dati del capitolo 1, "Gli utenti del S.S.N. ed il bisogno sanitario", sono stati tratti dal volume *Annuario statistico nazionale-Anni 1990-1994* dell'ISTAT, dal *Bollettino dell'Istituto Superiore di Sanità*, dal volume *Indagine multiscopo sulle famiglie-Anni 1987-1991* dell'ISTAT, dal volume *Rilevazione delle attività nel settore tossicodipendenze-Anno 1995* del Ministero della Sanità-Dipartimento della Prevenzione e del farmaco ex SECEDAS.

I dati del capitolo 2, "L'assistenza ospedaliera" derivano dal Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Sanità.

I dati del capitolo 3, " I servizi extra-ospedalieri", derivano dal Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Sanità, dagli Assessorati regionali alla Sanità e dal volume *Rilevazione delle attività nel settore tossicodipendenze-Anno 1995* del Ministero della Sanità-Dipartimento della Prevenzione e del farmaco ex SECEDAS.

I dati del capitolo 4, "La spesa sanitaria" e del capitolo 5, "La distribuzione delle USL e delle Aziende Ospedaliere", derivano dal Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Sanità.

Capitolo 1

GLI UTENTI DEL S.S.N. ED IL BISOGNO SANITARIO

GLI UTENTI DEL S.S.N.

QUADRO DEMOGRAFICO

Tra i mutamenti demografici verificatisi negli ultimi anni in quasi tutti i Paesi Occidentali riveste un rilievo particolare il progressivo invecchiamento della popolazione, soprattutto per le rilevanti conseguenze in campo economico e socio-sanitario.

E' causa del processo di invecchiamento demografico una sensibile diminuzione della fecondità ed un costante aumento della sopravvivenza; fenomeni che per la loro opposta evoluzione hanno incrementato il contingente di anziani, in particolare donne, nella popolazione, tanto in termini assoluti che relativi.

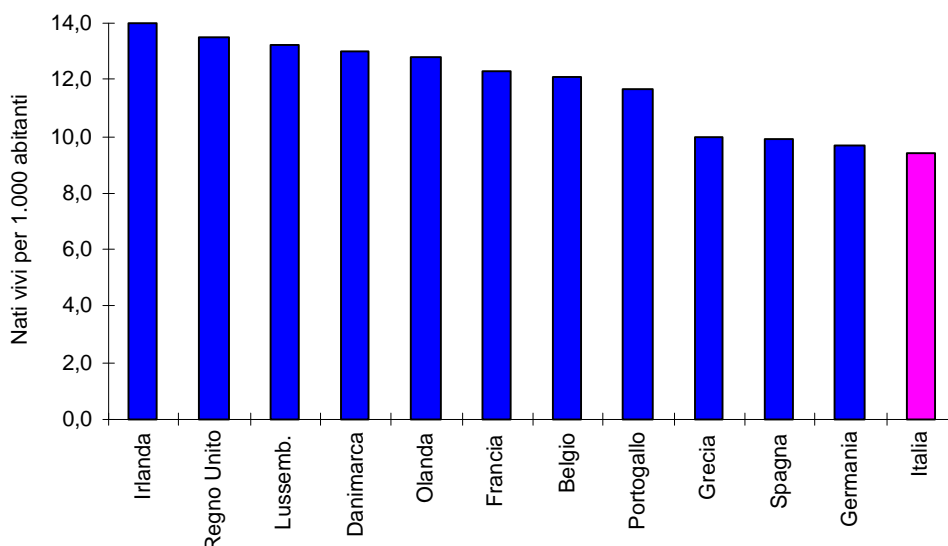
La popolazione italiana tra il 1981 e il 1991 ha praticamente arrestato la sua espansione passando da 56.557.000 a 56.745.000 unità con un incremento dello 0,3%. Tale risultato deriva da un aumento verificatosi nell'Italia centrale (+1%) e meridionale-insulare (+2,4%) e da una diminuzione dell'Italia settentrionale (-1,5%).

A conferma della predetta tendenza alla stabilizzazione la popolazione italiana è al 1/1/1995 di 57.268.578 unità di cui 27.790.708 (48,5%) maschi e 29.477.870 (51,5%) femmine.

Considerando le componenti della dinamica demografica, emerge come la natalità, essendo scesa, nell'anno 1994, ad un valore del quoziente di 9,4 nati vivi per 1.000 abitanti, risulti al livello più basso tra i paesi della Comunità Europea. (graf.1).

Grafico 1

QUOZIENTE DI NATALITA' NEI PAESI CEE

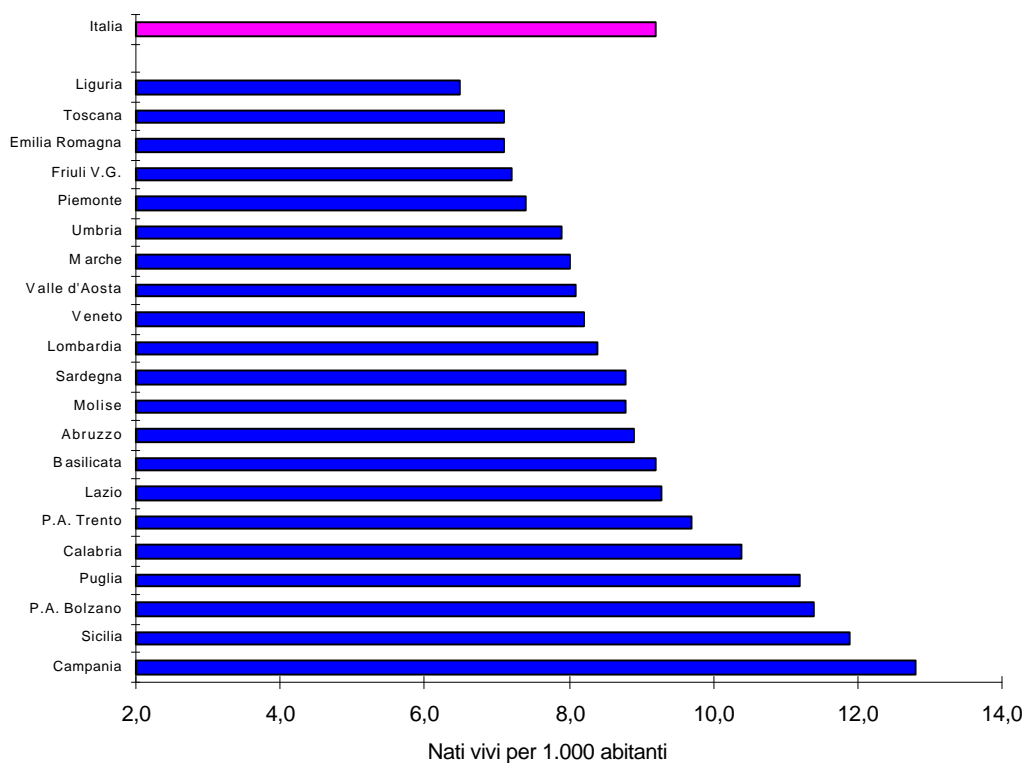


A livello regionale permangono le differenze tradizionali: i quozienti più elevati si registrano nella ripartizione meridionale ed insulare del Paese, i valori decisamente più bassi nell'Italia settentrionale (graf.2). Il numero di figli per donna, che dovrebbe essere pari a 2,1 per

garantire la sostituzione delle generazioni, è ormai al di sotto di questo livello in quasi tutti i Paesi Occidentali. In Italia permane la situazione più drammatica con 1,27 figli per donna.

Grafico 2

QUOZIENTE DI NATALITA' IN ITALIA



Proprio a causa del consistente e rapido calo che ha subito la fecondità a partire dagli anni '70 l'Italia si contraddistingue per un evidente peso delle classi di età anziane sul complesso della popolazione.

La struttura per età, riportata nella tav.1, illustra chiaramente le differenze regionali del processo di invecchiamento demografico. Ancora in posizione decisamente contrapposta le regioni del Nord da quelle del Sud, prevalentemente anziane le prime con una percentuale di ultrasessantacinquenni superiore al 15% (valore medio nazionale), più giovani le seconde.

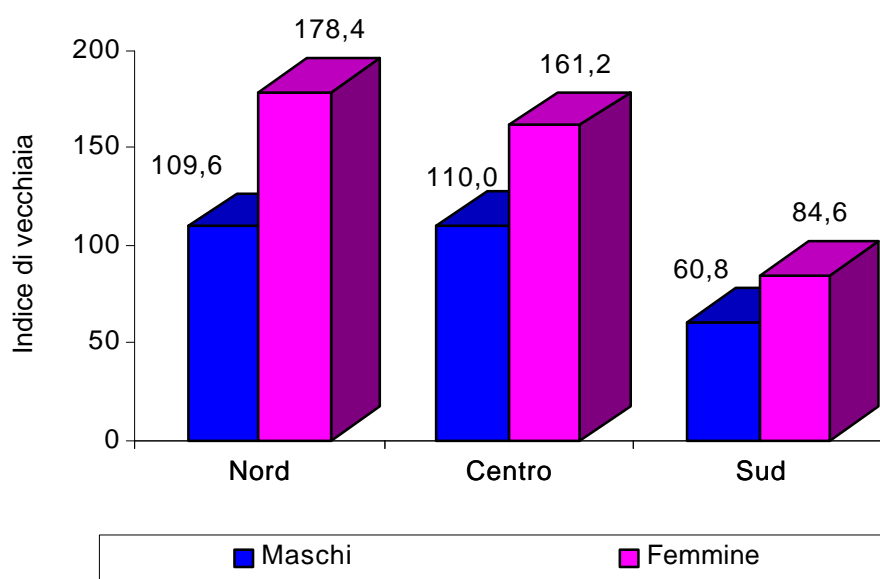
Un indicatore abbastanza diffuso in campo demografico per esprimere la capacità di ricambio della popolazione è l'indice di vecchiaia espresso come rapporto percentuale tra il numero di persone di oltre 65 anni e il numero di giovani di età inferiore ai 15 anni. E' passato da 45,8 del 1971 (a significare che c'erano circa 2,2 bambini per ogni anziano) al 96,6% del 1991 (rapporto di quasi 1 a 1). Il graf.3 illustra la situazione alquanto differenziata a livello territoriale.

Tavola 1

STRUTTURA PER ETÀ DELLA POPOLAZIONE AL 1/1/95

REGIONE	Popolazione per classi di età (in %)			
	0-14	15-64	65+	totale
Piemonte	12,0	69,3	18,7	100
V.D'Aosta	12,6	70,2	17,2	100
Lombardia	13,1	71,1	15,8	100
Prov. Aut. Bolzano	17,2	68,6	14,2	100
Prov. Aut. Trento	14,5	68,4	17,1	100
Veneto	13,4	70,2	16,4	100
F.V.Giulia	11,2	68,6	20,2	100
Liguria	10,2	66,9	22,9	100
E.Romagna	10,9	68,3	20,8	100
Toscana	11,7	67,7	20,6	100
Umbria	12,8	66,6	20,6	100
Marche	13,3	66,9	19,8	100
Lazio	14,6	70,0	15,4	100
Abruzzo	15,6	66,4	18,0	100
Molise	16,2	65,3	18,5	100
Campania	20,7	67,2	12,1	100
Puglia	18,9	67,8	13,3	100
Basilicata	18,1	66,3	15,6	100
Calabria	19,5	65,0	14,5	100
Sicilia	19,3	66,2	14,5	100
Sardegna	16,6	69,9	13,5	100
Italia	15,1	68,5	16,4	100

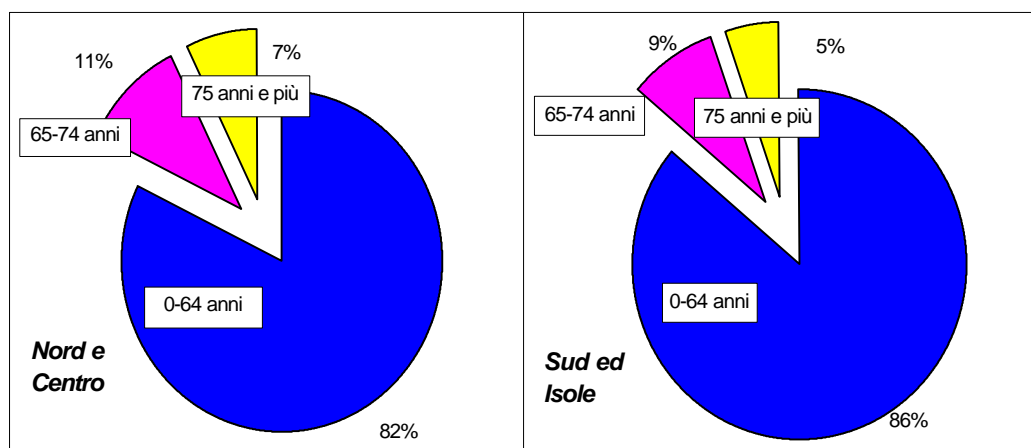
Grafico 3

INDICE DI VECCHIAIA - ANNO 1995

La valutazione del numero di persone anziane presenti nella collettività riveste un particolare interesse soprattutto per i risvolti sanitari e sociali che comporta. Definire oggi come persona anziana un individuo di età uguale o superiore a 65 anni risulta eccessivo; tale prerogativa sembrerebbe più contraddistinguere persone con ridotta autonomia o efficienza e pertanto in condizioni di salute, anche se lievemente, comunque deteriorate. Proprio per questo sembra opportuno distinguere la popolazione di oltre 65 anni in due classi: 65-74 anni e 75 anni e più. Quest'ultimo contingente, in crescita in questi ultimi anni rappresenta il 7,2% della popolazione nell'Italia Settentrionale e Centrale e il 5,2% nell'Italia Meridionale e Insulare (graf.4).

Grafico 4

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE ANZIANA - ANNO 1995



QUADRO TERRITORIALE

In ambito territoriale tende ad evidenziarsi la concentrazione, già riscontrata nel precedente decennio, della popolazione nelle aree urbane costituite dai comuni metropolitani e dai connessi centri urbani di media dimensione. Le città si espandono, lievemente in termini di agglomerazioni urbane e significativamente nei territori circostanti, costituendo così vaste aree urbane. Tale fenomeno è da considerare con estrema attenzione, in quanto determina l'esigenza di una programmazione locale ben specifica sia in termini di risorse che di strutture sanitarie.

Una misura ampiamente utilizzata per descrivere sinteticamente l'aspetto dell'urbanizzazione è la densità demografica intesa come numero di abitanti per kmq. Abbastanza stabile risulta il valore nazionale (Tav.2) nell'intervallo censuario 1981-1991; più elevato quello dell'Italia settentrionale ma con profonde differenze a livello regionale. La regione più densamente popolata è la Campania con 414 abitanti per kmq, seguono la Lombardia con 371, la Liguria con 309 e il Lazio con 299. Nel 1991 la graduatoria delle densità regionali è sostanzialmente analoga a quella del Censimento precedente, permangono agli ultimi posti le Regioni a prevalente carattere montuoso come la Valle d'Aosta, il Trentino Alto Adige e la Basilicata.

Tavola 2

DISTRIBUZIONE REGIONALE DELLA DENSITÀ DEMOGRAFICA

REGIONE	Densità' Censim. 1981	Densità' Censim. 1991
Piemonte	169,40	176,35
V.D'Aosta	35,54	34,44
Lombardia	371,19	372,68
P.A.Bolzano	59,52	58,18
P.A.Trento	72,35	71,22
Veneto	238,55	236,61
F.V.Giulia	152,66	157,29
Liguria	309,39	333,69
E.Romagna	176,72	178,89
Toscana	153,53	155,75
Umbria	96,01	95,50
Marche	147,44	145,71
Lazio	298,81	290,75
Abruzzo	115,72	112,82
Molise	74,57	74,00
Campania	414,13	401,84
Puglia	208,39	200,11
Basilicata	61,10	61,07
Calabria	137,28	136,68
Sicilia	193,18	190,86
Sardegna	68,42	66,18
Italia	188,46	187,72

Roma con quasi 2,8 milioni di abitanti e Milano e Napoli con oltre un milione di abitanti sono i 3 più grandi Comuni italiani. In essi, come negli altri grandi comuni (Torino, Palermo, Genova ecc.) la popolazione nel periodo 1981-1991 è diminuita; più intensamente a Milano e a Torino, leggermente a Roma e a Palermo (Tav. 3).

Tavola 3

POPOLAZIONE AL CENSIMENTO NEI 12 GRANDI COMUNI ITALIANI

<i>Comuni</i>	<i>Popolazione Censim. 1991</i>	<i>Popolazione Censim. 1981</i>	<i>Diff. % 1981-1991</i>
Roma	2.775.250	2.839.638	-2,27
Milano	1.369.231	1.604.773	-14,68
Napoli	1.067.365	1.212.387	-11,96
Torino	962.507	1.117.154	-13,84
Palermo	698.556	701.782	-0,46
Genova	678.771	762.895	-11,03
Bologna	404.378	459.080	-11,92
Firenze	403.294	448.331	-10,05
Bari	342.309	371.022	-7,74
Catania	333.075	380.328	-12,42
Venezia	309.422	346.146	-10,61
Verona	255.824	265.932	-3,80

IL BISOGNO SANITARIO

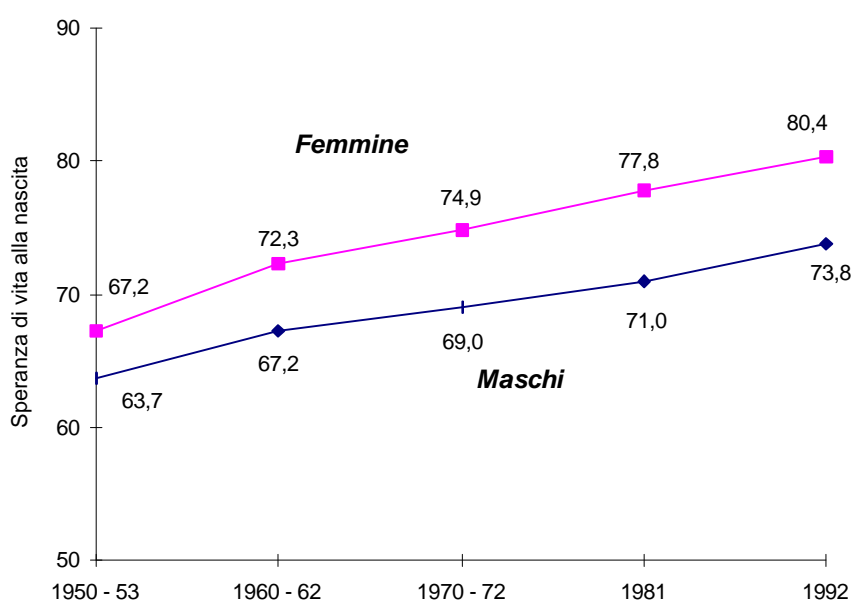
LA MORTALITA'

Sembra quasi contraddittorio, eppure è noto a tutti coloro che si interessano di sanità che misurare il cattivo stato di salute della popolazione è uno dei metodi più efficaci per conoscere le condizioni sanitarie di un determinato paese e per programmare, quindi, i corrispondenti servizi di diagnosi, cura e riabilitazione.

Tra le misure più utilizzate per conoscere sinteticamente le condizioni di salute riveste una particolare attenzione la speranza di vita alla nascita o vita media, intesa come il numero medio di anni di vita dei neonati. Questo indicatore è passato nell'arco di 50 anni da circa 55 anni a oltre 75, differenziandosi sempre più in relazione al sesso. Le ultime tavole di mortalità, elaborate dall'Istat e riferite al 1992, mostrano una vita media di 73,8 anni per i maschi e di 80,4 anni per le femmine con un guadagno di circa 2 anni e mezzo in confronto con le tavole del 1981 (graf.5).

Grafico 5

VITA MEDIA DISTINTA PER SESSO



Le regioni del Centro-Italia con 74,7 anni di vita media per i maschi e circa 81 per le femmine sono quelle con le migliori aspettative di sopravvivenza, seguite da quelle appartenenti all'area meridionale del paese per il sesso maschile (74,2) e all'area settentrionale per il sesso femminile (80,6).

In ambito internazionale l'Italia, pur assestandosi tra i migliori livelli in ambito occidentale, ha ancora della strada da percorrere per raggiungere i valori elevati del Giappone

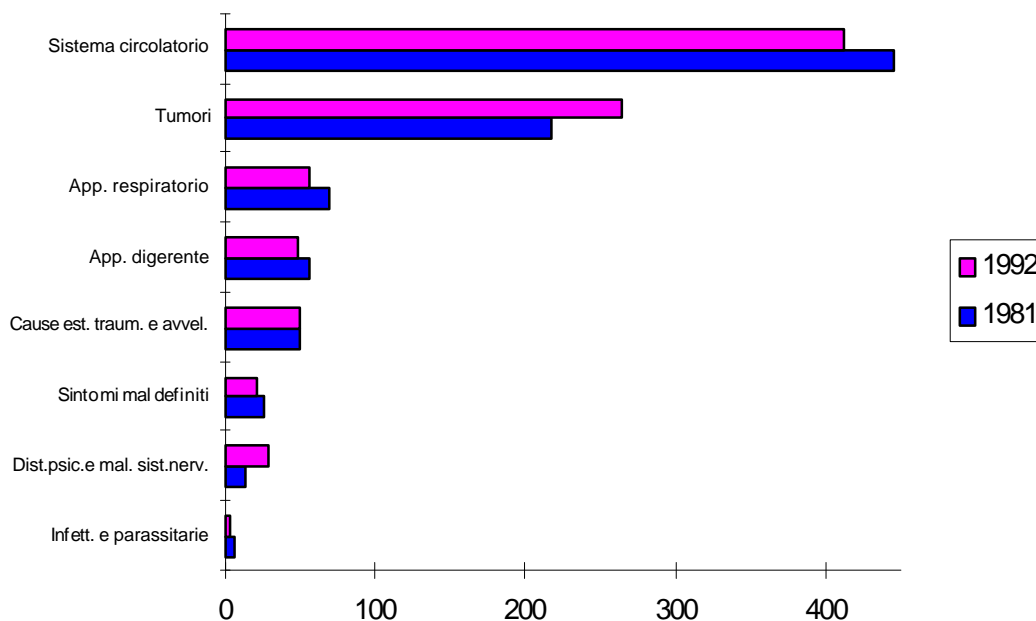
(75,9 anni per i maschi e 81,8 per le femmine), e della Svezia (74,8 e 80,4) e soprattutto per uniformare lo squilibrio esistente tra le varie regioni italiane.

La speranza di vita calcolata alle varie età (intesa cioè come il numero medio di anni che restano da vivere alle persone che hanno raggiunto quella determinata età) è aumentata per tutte le età; dapprima in quelle infantili e adolescenziali successivamente in quelle anziane a seguito dei miglioramenti registratisi in campo medico-chirurgico e igienico sanitario.

E' rimasta sostanzialmente stabile la mortalità generale in questi ultimi anni, per effetto dell'azione congiunta dell'invecchiamento demografico (che tende a far aumentare il numero dei morti in totale) e dei miglioramenti ottenuti in campo medico-chirurgico. Un secolo fa la maggior parte dei decessi era attribuibile alle malattie di origine infettiva, oggi sono invece le malattie di origine degenerativa, quali i tumori o le malattie cardiovascolari le principali cause di morte. In particolare nel decennio 1981-1991 si è assistito ad una diminuzione della mortalità per malattie del sistema cardiocircolatorio (prima causa di morte con 425 deceduti ogni 100.000 abitanti) e ad un aumento dei decessi dovuto ai tumori (Graf. 6).

Grafico 6

**MORTI PER GRANDI GRUPPI DI CAUSE
(QUOZIENTI PER 100.000 ABITANTI)**



La distribuzione per classe di età rivela qualche piccola particolarità: per coloro di età compresa tra i 15 e i 44 anni la prima causa di morte risulta costituita dagli incidenti (incidenza percentuale del 36%) mentre nelle età 45-74 sono prevalenti i tumori (43%) e oltre i 75 anni le malattie del sistema circolatorio (54%) (Tav. 4).

Tavola 4

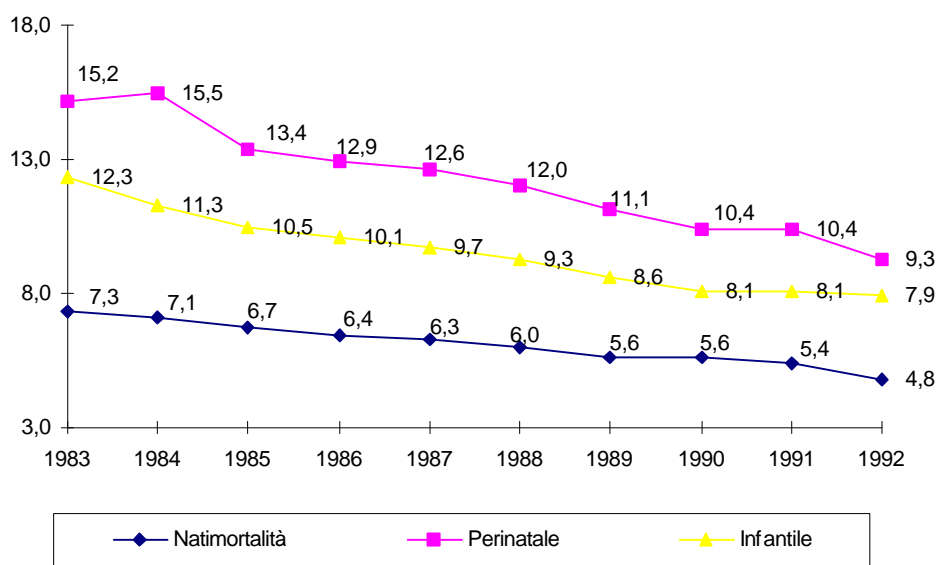
MORTALITA' PER CAUSE E CLASSI DI ETA' - ANNO 1992
(incidenza percentuale)

Cause	0-14 %	15-44 %	45-74 %	75+ %	totale %
Mal. infettive e parass.	1,10	0,78	0,44	0,29	0,37
Tumori	10,73	20,06	43,34	19,12	27,75
Altri stati morbosi	56,49	14,45	5,68	6,19	7,10
Dist. psichici e mal. sist. nervoso	4,22	7,28	2,36	3,01	2,99
Mal. sist. circolatorio	10,97	11,60	32,00	53,74	43,37
Mal. apparato resp.	3,33	1,91	4,27	7,37	5,95
Mal. apparato digerente	1,87	4,60	6,72	4,10	5,03
Sintomi e stati morb. mal definiti	2,40	3,13	0,79	2,93	2,16
Traumatismi e avvelenamenti	8,88	36,17	4,40	3,24	5,26
Totale	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

I miglioramenti apportati nell'assistenza alle donne dal momento del concepimento (controllo su possibili malattie ereditarie), a tutto il periodo della gravidanza e successivamente durante l'espletamento del parto, hanno ridotto il fenomeno della natimortalità e della mortalità nei primi giorni di vita. E' invece attribuibile alle migliorate condizioni igieniche e ad una accresciuta educazione sanitaria, oltre alla prevenzione dalle malattie infettive, il decremento subito dalla mortalità nel primo anno di vita (mortalità infantile) fin dagli ultimi 20 anni (Graf.7).

Grafico 7

**NATIMORTALITA', MORT. PERINATALE E INFANTILE IN ITALIA - ANNI 1983 - 1992
(QUOZIENTI PER 1000 UNITA')***



(*) I quozienti di natimortalità e di mortalità perinatale sono riferiti a 1.000 nati; il quoziente di mortalità infantile si riferisce a 1.000 nati vivi

A fronte di un quoziente di mortalità infantile pari nel 1992 a 7,8 per 1.000 nati vivi la situazione appare purtroppo alquanto differenziata a livello territoriale. Permangono alti i valori registrati da alcune regioni meridionali e significativamente migliori quelli di alcune regioni settentrionali, segno di uno squilibrio ancora persistente e sul quale le iniziative intraprese non hanno ancora raggiunto i progressi desiderati. La tavola 5 riporta i quozienti di natimortalità, mortalità perinatale e mortalità infantile nelle regioni italiane. La P.A di Bolzano si contraddistingue per il livello più basso registrato (rispettivamente 1,5; 3,7 e 4,9), al contrario la regione Valle d'Aosta per quello più elevato (9,7; 13,6 e 6,9).

Le condizioni morbose di origine perinatale e le malformazioni congenite risultano essere le principali cause che determinano la morte nel primo anno di vita; l'incidenza percentuale abbastanza stabile da alcuni anni risulta pari nel 1992 per le prime al 57,64%, per le seconde al 27,42%.

Tavola 5

NATI-MORTALITÀ, MORTALITÀ PERINATALE E INFANTILE IN ITALIA**ANNO 1992**

<i>Regioni</i>	<i>Quoziente Nati-Mortalità x 1.000 nati</i>	<i>Quoziente mortalità perinatale (*) x 1.000 nati</i>	<i>Quoziente mortalità infantile (**) x 1.000 nati vivi</i>
Piemonte	4,7	8,8	7,1
Valle D'Aosta	9,7	13,6	6,9
Lombardia	3,6	6,7	6,2
P.A. Bolzano	1,5	3,7	4,9
P.A. Trento	2,3	6,0	6,2
Veneto	3,4	6,4	5,8
Friuli V.G.	3,2	6,5	5,3
Liguria	4,4	9,6	7,0
Emilia R.	4,8	8,8	6,5
Toscana	3,6	8,1	7,0
Umbria	3,9	7,4	6,4
Marche	2,3	6,3	5,7
Lazio	4,7	9,5	8,2
Abruzzo	3,9	10,4	10,4
Molise	4,8	10,6	9,1
Campania	6,1	11,4	9,5
Puglia	4,9	10,1	9,2
Basilicata	4,2	9,0	8,5
Calabria	6,6	10,9	8,1
Sicilia	5,9	12,3	10,2
Sardegna	6,7	9,9	6,8
Italia	4,8	9,3	7,9

(*) Il quoziente di mortalità perinatale è costruito con i nati morti e i morti nella I^a settimana(**) Il quoziente di mortalità infantile considera i morti nel I^o anno di vita

Le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) dopo la repentina crescita verificatasi all'inizio degli anni '80 in seguito alla liberalizzazione della legislazione sull'aborto sono dal 1983 in continua diminuzione attestandosi nel 1994 a 8,6 IVG ogni 1.000 donne in età feconda (15-49 anni). La riduzione, da 234.801 IVG del 1984 a 124.334 del 1994 (Graf. 8) può essere, in parte, sicuramente attribuita alle attività dei consultori ed all'educazione sanitaria condotta dalle altre strutture territoriali delle U.S.L..

Si rileva tuttora una profonda variabilità territoriale del fenomeno: si passa da valori dell'indice elevati come ad esempio quello della Puglia (con 15,1 comunque in diminuzione rispetto all'anno precedente), del Molise (in diminuzione con 14,4) e dell'Umbria (13,6) a valori molto più bassi come quelli del Veneto (4,8) e della Basilicata (5,4) (Tav. 6). Da considerare che tale distribuzione regionale considera le interruzioni praticate alle donne presenti (residenti o meno) in una determinata regione. Per questo tipo di intervento sanitario non va sottovalutato lo spostamento interregionale delle donne alla ricerca delle strutture che lo garantiscano nel rispetto dei tempi imposti dalla legge, o anche perchè non desiderano sia divulgato l'evento nella loro città.

Grafico 8

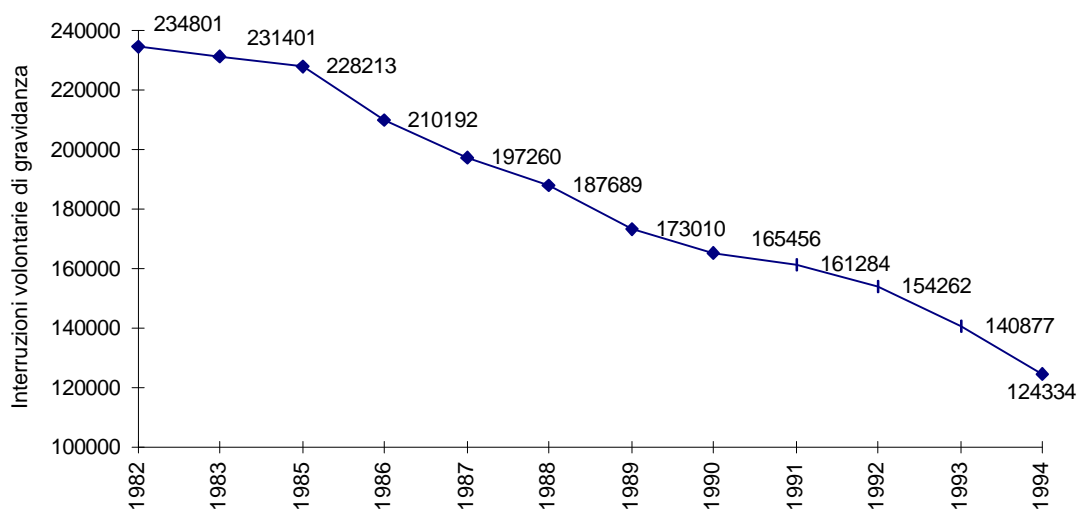
INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA NEL PERIODO 1982 - 1994

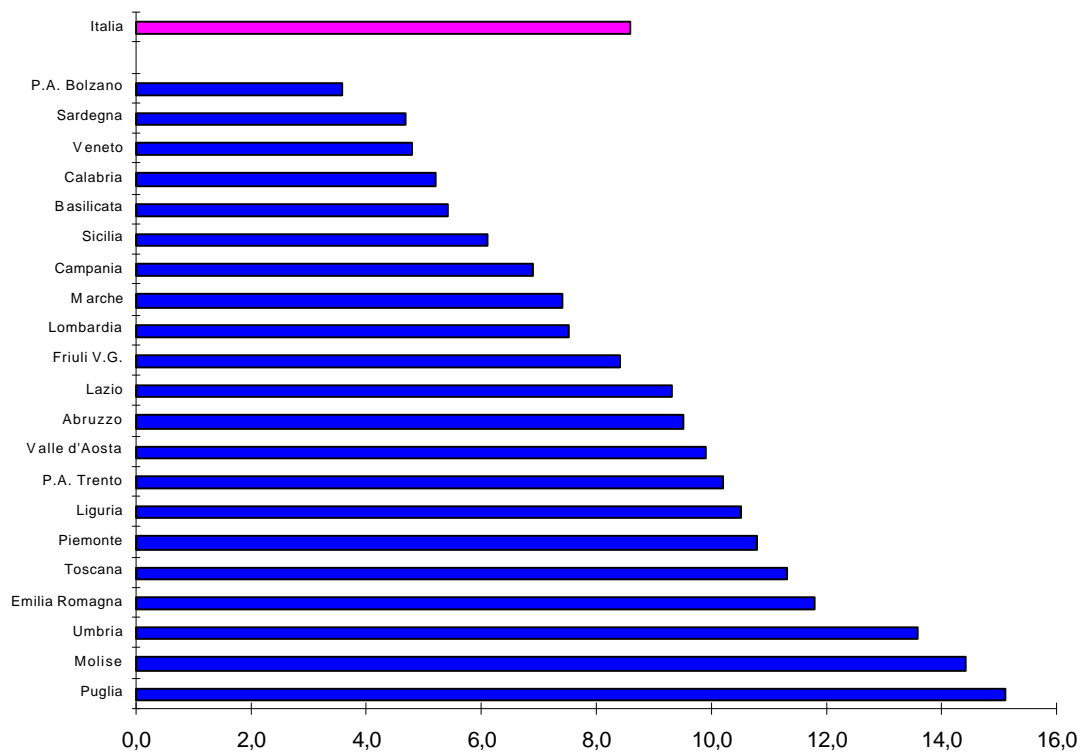
Tavola 5

**ABORTIVITA' IN ITALIA DAL 1989 AL 1994
(Quozienti per 1.000 donne di età 15-49 anni)**

REGIONI	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Piemonte	13,0	12,4	12,6	11,8	11,5	10,8
Valle D'Aosta	14,3	12,0	11,5	12,8	11,7	9,9
Lombardia	11,2	10,9	10,4	9,7	8,9	7,5
Prov. Bolzano	4,6	4,6	4,5	4,3	4,2	3,6
Prov. Trento	10,3	9,4	10,2	9,3	9,4	10,2
Veneto	6,0	5,7	5,6	5,5	5,3	4,8
Friuli V.G.	11,7	11,3	10,6	9,6	9,4	8,4
Liguria	12,5	12,2	11,9	11,4	9,8	10,5
Emilia R.	14,5	14,3	13,8	12,8	12,8	11,8
Toscana	13,1	13,3	12,5	12,0	12,2	11,3
Umbria	15,1	14,1	14,6	15,1	14,0	13,6
Marche	9,2	8,6	8,3	8,2	8,2	7,4
Lazio	13,3	12,8	12,1	11,8	11,2	9,3
Abruzzo	12,1	11,9	10,6	9,5	9,7	9,5
Molise	14,8	15,2	15,6	15,4	16,9	14,4
Campania	9,8	9,1	8,6	9,0	8,5	6,9
Puglia	19,7	19,2	18,1	17,8	16,8	15,1
Basilicata	6,9	6,5	6,4	6,1	6,0	5,4
Calabria	6,6	7,8	7,5	8,1	7,6	5,2
Sicilia	8,7	8,6	7,8	7,2	7,4	6,1
Sardegna	7,1	6,4	6,8	6,3	6,5	4,7
ITALIA	11,4	11,1	10,6	10,2	9,8	8,6

Grafico 9

ABORTIVITA' IN ITALIA - ANNO 1994



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: infatti dal 1986 (D.M. n.288 del 28/11/1986) l' AIDS è diventata una malattia infettiva a notifica obbligatoria.

Dal 1987 il sistema di sorveglianza è gestito in collaborazione con le regioni dal Centro Operativo AIDS (COA) dell' Istituto Superiore di Sanità. Dal 1982 fino al 31 dicembre 1995 sono stati notificati al COA 31.819 casi (comprensivi dei casi pediatrici) di questi il 3,5% sono stranieri e il 79,0% sono di sesso maschile. (Tav.7)

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 31/12/1995 in Italia sarebbero circa 33.800.

Altro elemento che influenza le reali dimensioni del fenomeno è la sottonotifica dei casi di AIDS cioè quella quota di casi che, non segnalata, sfugge al sistema di sorveglianza: per l'Italia si stimano tassi di sottonotifica variabili fra il 10 ed il 20% .

Tavola 7

DISTRIBUZIONE DEI CASI DI AIDS PER SESSO E PER ANNO DI DIAGNOSI (Con esclusione dei pazienti di età 0-13 anni)

<i>Anno</i>	<i>Maschi</i>		<i>Femmine</i>		<i>Totale</i>
	<i>Casi</i>	<i>%</i>	<i>Casi</i>	<i>%</i>	<i>Casi</i>
1982	1	100	0	0,0	1
1983	5	71,4	2	28,6	7
1984	31	91,2	3	8,8	34
1985	156	83,9	30	16,1	186
1986	366	84,7	66	15,3	432
1987	808	81,3	186	18,7	994
1988	1396	81,5	318	18,5	1714
1989	1988	82,1	433	17,9	2421
1990	2517	81,9	555	18,1	3072
1991	3002	80,2	743	19,8	3745
1992	3326	79,9	835	20,1	4161
1993	3705	78,6	1007	21,4	4712
1994	4170	77,9	1184	22,1	5354
1995	3397	76,2	1059	23,8	4456
<i>Totale</i>	<i>24868</i>	<i>79,5</i>	<i>6421</i>	<i>20,5</i>	<i>31289</i>

Dalla distribuzione dei casi per regione di residenza (Tav. 8) si può osservare che le regioni più colpite da questa sindrome sono Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Lazio dove infatti 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, il cui tasso è più elevato. Nella tavola 9 infine sono presentati i casi di AIDS tra gli adulti distinti per categoria di esposizione e per sesso: il 64,5% dei casi è registrato tra i tossicodipendenti e la trasmissione della malattia è da ricondurre all'uso di siringhe infette per l'assunzione di sostanze stupefacenti; il 26,2% è attribuibile alla trasmissione mediante rapporti sessuali, nel 2% dei casi l'infezione è attribuibile, invece, a trasfusioni di sangue o emoderivati; la quota dei casi residua è rappresentata da soggetti omosessuali tossicodipendenti (2,2%) e da soggetti con fattori di rischio non determinabili in base ai dati clinico-anamnestici disponibili.

Tavola 8

DISTRIBUZIONE DEI CASI DI AIDS PER REGIONE DI RESIDENZA

(Dal 1982 al 31/12/1995)

<i>Regione</i>	<i>Casi</i>	<i>Tassi per 100.000 ab.</i>
Piemonte	2150	50,0
V.D'Aosta	38	32,1
Lombardia	9935	111,5
P.A.Bolzano	120	26,7
P.A.Trento	200	43,5
Veneto	1861	42,1
F.V.Giulia	237	19,9
Liguria	1686	101,3
E.Romagna	3102	79,1
Toscana	1958	55,5
Umbria	223	27,1
Marche	484	33,6
Lazio	4042	77,8
Abruzzo	229	18,1
Molise	21	6,3
Campania	1083	18,8
Puglia	1126	27,6
Basilicata	86	14,1
Calabria	306	14,7
Sicilia	1321	26,0
Sardegna	1052	63,4
<i>Estero</i>	<i>186</i>	
<i>Ignota</i>	<i>373</i>	
<i>Italia</i>	<i>31260</i>	
<i>Totale</i>	<i>31819</i>	

Tavola 9

DISTRIBUZIONE DEI CASI DI AIDS IN ADULTI PER CATEGORIA E PER SESSO

(Con esclusione dei pazienti di età 0-13 anni)

<i>Categoria di esposizione</i>	<i>Maschi</i>		<i>Femmine</i>		<i>Totale</i>	
	Casi	%	Casi	%	Casi	%
Omosessuali	4476	18,0	0	0,0	4476	14,3
Tossicodipendenti	16135	64,9	4057	63,2	20192	64,5
Tossicod./Omosess.	690	2,8	0	0,0	690	2,2
Emofilici	253	0,8	0	0,0	253	0,8
Trasfusi	201	0,8	139	2,1	340	1,1
Contatti eterosess.i	1950	7,9	1784	27,8	3734	11,9
Altro	1163	4,7	441	6,9	1604	5,1
Totale	24868	100,0	6421	100,0	31289	100,0

Tra i 31.819 casi segnalati fino al 31/12/1995, 530 (1,7%) sono stati registrati nella popolazione pediatrica (soggetti con età alla diagnosi inferiore ai 13 anni).

Il 93,4% dei casi pediatrici ha contratto l'infezione dalla madre.

Dei 495 casi conseguenti a trasmissione verticale, il 52,2% sono figli di madre tossicodipendente, mentre il 35,4% sono figli di madre che ha contratto l'infezione sicuramente per via sessuale.

Nella tavola 10 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.11).

Tavola 10

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

Trasmissione	Maschi		Femmine		Totale	
	Casi	%	Casi	%	Casi	%
Emoderivati	15	5,9	0	0,0	15	2,8
Trasfusioni	5	1,9	7	2,6	12	2,3
Altro	5	1,9	3	1,1	8	1,5
Trasmissione verticale	234	90,3	261	96,3	495	93,4
Totale	259	100	271	100	530	100

Tavola 11

DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI CASI PEDIATRICI IN ITALIA

Regione	Casi	%
Piemonte	30	5,7
Valle d'Aosta	0	0,0
Lombardia	147	27,7
Trentino Alto Adige	7	1,3
Veneto	27	5,1
Friuli Venezia Giulia	1	0,2
Liguria	28	5,3
Emilia Romagna	50	9,4
Toscana	34	6,4
Umbria	4	0,7
Marche	4	0,7
lazio	88	16,6
Abruzzo	8	1,5
Molise	0	0,0
Campania	26	4,9
Puglia	21	4,0
Basilicata	0	0,0
Calabria	9	1,7
Sicilia	21	4,0
Sardegna	19	3,7
Esterio	1	0,2
Ignota	5	0,9
Italia	530	100

GLI INCIDENTI IN AMBIENTE DOMESTICO

Gli incidenti in ambiente domestico stanno diventando argomento degno di particolare attenzione a causa della mortalità cui danno luogo, di poco inferiore a quella provocata dagli incidenti stradali.

La stessa Organizzazione mondiale della Sanità ha inserito nel programma “La salute per tutti nell’anno 2000” degli obiettivi abbastanza precisi di riduzione del fenomeno ed indicazioni per la costruzione di sistemi informativi di monitoraggio.

In Italia sono state intraprese diverse iniziative per raccogliere dati sugli incidenti che avvengono entro le mura domestiche e per individuare le cause evitabili, anche con il proposito di realizzare delle politiche di prevenzione ed educazione sanitaria necessarie per contenere gli effetti e le dimensioni del fenomeno.

L’Istituto Nazionale di Statistica ha realizzato tra il mese di dicembre 1989 ed il mese di maggio 1990 un’indagine campionaria a livello nazionale sugli incidenti in ambiente domestico all’interno dell’indagine multiscopo sulle famiglie.

Da un esame sommario dei risultati di questa indagine emerge che il fenomeno colpisce in misura notevole le donne, i bambini e gli anziani, ossia le persone che trascorrono più tempo in casa. Le donne subiscono più del doppio degli incidenti rispetto agli uomini ed in genere si tratta di incidenti che avvengono in cucina o comunque per attività di cura della casa.

Tavola 10

DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DEGLI INCIDENTI DOMESTICI

	<i>Quozienti per 1000 abitanti</i>
<i>Italia Nord-Occidentale</i>	40.1
<i>Italia Nord-Orientale</i>	43.0
<i>Italia Centrale</i>	50.3
<i>Italia Meridionale</i>	40.0
<i>Italia Insulare</i>	58.2
Italia	44.7

A livello territoriale (Tav.10) emerge una più alta incidenza del fenomeno nell’Italia insulare (58 per mille) e centrale (50,3 per mille), mentre le regioni meridionali e nord-occidentali sembrano essere meno colpite delle altre (40 per mille).

Si ritiene interessante analizzare, quindi, qualche risultato alla luce della valutazione del “bisogno sanitario” che deriva dagli incidenti domestici.

Tavola 11

DISTRIBUZIONE PER SESSO DELLA DOMANDA SANITARIA A SEGUITO DI INCIDENTI DOMESTICI

	<i>Quozienti percentuali</i>		
	<i>Ricorso a cure mediche</i>	<i>Visite Pron. Socc.</i>	<i>Ricoveri ospedalieri</i>
Maschi	58.6	37.9	10.9
Femmine	50.1	26.6	6.8
Totale	52.8	30.2	8.1

Tavola 12

DISTRIBUZIONE PER CLASSI DI ETA' DELLA DOMANDA SANITARIA A SEGUITO DI INCIDENTI DOMESTICI

<i>Classi d'età</i>	<i>Quozienti percentuali</i>		
	<i>Ricorso a cure mediche</i>	<i>Visite Pron. Socc.</i>	<i>Ricoveri ospedalieri</i>
0 - 4	57.1	38.3	4.7
5 - 9	55.0	41.3	7.1
10 - 14	53.1	34.9	2.7
15 - 24	43.4	26.2	7.7
25 - 34	46.6	27.1	3.5
35 - 44	46.3	24.7	5.2
45 - 54	51.8	31.8	6.4
55 - 64	58.3	32.2	11.2
65 - 74	59.7	31.2	14.1
75 ed oltre	65.0	29	17.0

Dalle tavole 11 e 12 risulta che circa il 53% degli infortunati ha avuto bisogno di ricorrere ad assistenza medica, percentuale che diventa più elevata nei bambini e negli anziani rispetto alle classi giovanili ed adulte. Tali differenze si riscontrano in maniera più evidente se si considerano gli interventi del Pronto Soccorso ed i ricoveri ospedalieri.

La gravità degli incidenti può essere desunta, anche se in modo approssimativo, proprio da queste distribuzioni che segnano una maggiore incidenza nel ricorso alle strutture sanitarie da parte del sesso maschile.

LE TOSSICODIPENDENZE

La rilevazione statistica delle tossicodipendenze veniva effettuata fino al 1995 dal Servizio Centrale per le dipendenze da alcool, sostanze stupefacenti o psicotrope (SECEDAS), le cui competenze, dopo il riordinamento del Ministero della sanità (D.P.R. 2.2.1994 n. 196; L.n.52 6..2.1996), sono state attribuite al Dipartimento della prevenzione e del farmaco e successivamente al Dipartimento della prevenzione.

In particolare viene rilevata l'attività svolta dai Servizi pubblici per le tossicodipendenze (SERT) il cui assetto organizzativo è stabilito nel D.M. 444/90.

Nel 1995 i SERT attivi sul territorio nazionale erano 515 ma le informazioni pervenute riguardano solo 501 servizi.

I tossicodipendenti che sono ricorsi complessivamente ai SERT sono stati nel 1995 118.225, in media 252 per ogni servizio, confermando il trend sempre crescente del periodo 1991-1995 (Tav. 13).

Tavola 13

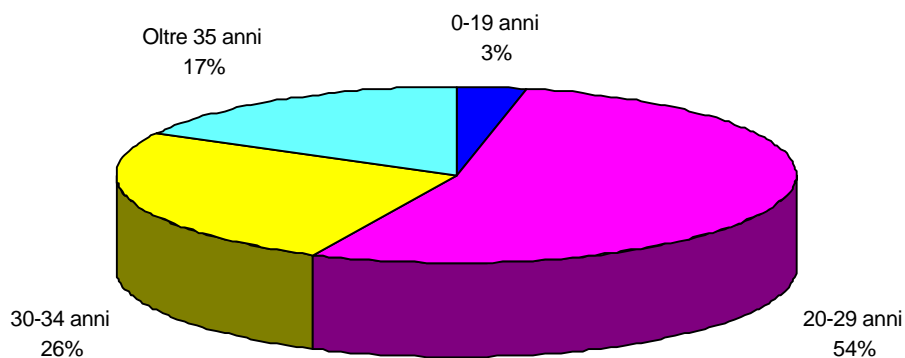
UTENTI DEI SERT - ANNI 1991-1995

<i>Anni</i>	<i>Nr. Utenti totale</i>	<i>Nr. utenti inviati in comunità</i>	<i>Nr. medio di utenti</i>
1991	92.853	16.942	189
1992	103.805	17.210	204
1993	104.742	17.101	205
1994	113.984	17.508	226
1995	118.225	15.923	252

L'utenza dei SERT è concentrata prevalentemente nella fascia di età 20-34 anni (circa l'82%) confermando che il fenomeno della tossicodipendenza è essenzialmente giovanile (Graf.10).

Grafico 10

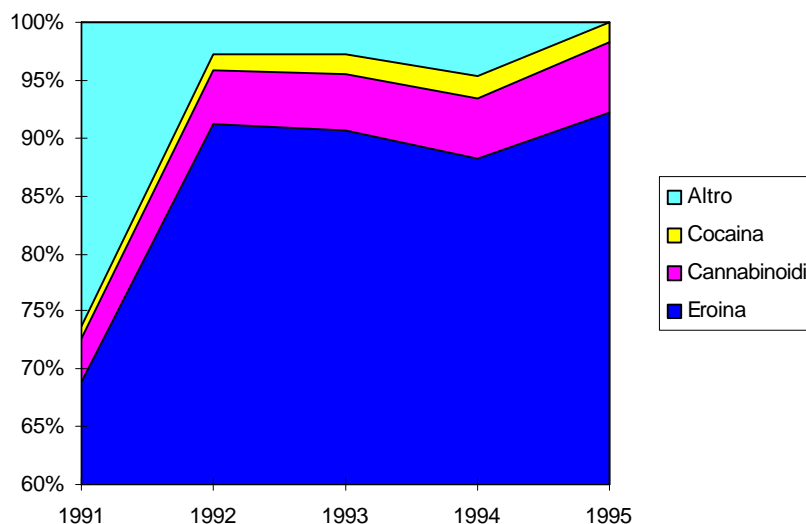
DISTRIBUZIONE DEGLI UTENTI PER FASCE DI ETA' - ANNO 1995



Per quanto riguarda il tipo di sostanza stupefacente che genera la dipendenza, l'eroina resta sempre quella più abusata (circa l'89% nel 1995), pur avendo subito un temporaneo decremento nel 1994 di quasi il 2% rispetto all'anno precedente, mentre l'uso di cocaina e di cannabinoidi, nel quinquennio '91-'95, è debolmente ma costantemente aumentato (Graf. 11).

Grafico 11

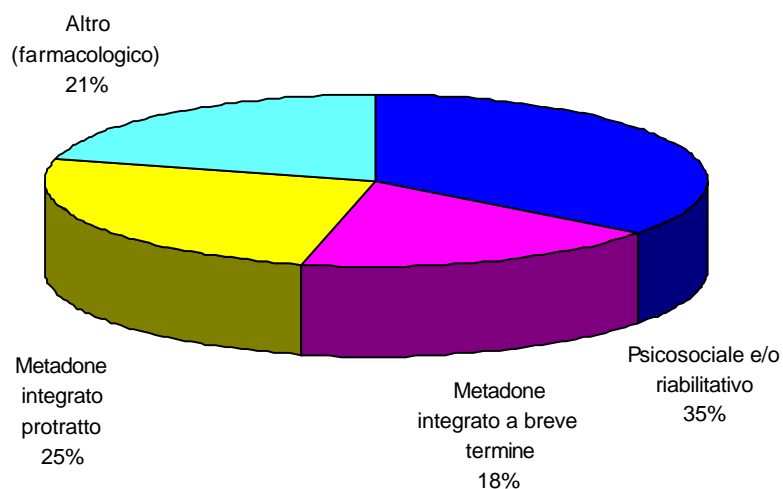
TIPOLOGIE DI SOSTANZE STUPEFACENTI - ANNI 1991-1995



Nel 1994 il metodo di intervento adottato più frequentemente per il recupero dei tossicodipendenti è stato quello psicosociale e/o riabilitativo (35,4%) seguito dai trattamenti che utilizzano l'impiego di farmaci sostitutivi come il metadone, sia a breve termine sia protratto nel tempo, (oltre il 43%) (Graf. 12).

Grafico 12

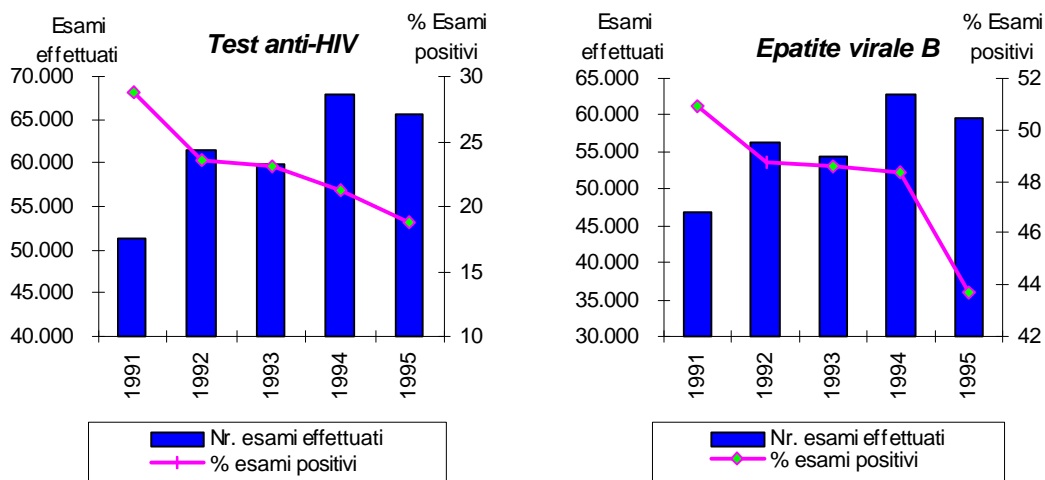
DISTRIBUZIONE DEGLI UTENTI PER TIPO DI TRATTAMENTO - ANNO 1995



Un dato molto interessante è quello relativo alla diffusione del virus HIV e dell'epatite B. Nel periodo 1991-95 sono stati eseguiti un numero di esami volti all'accertamento della positività al test per le due patologie, pressochè crescente se si eccettua l'anno 1993 in cui si è avuto un leggero decremento. Nel 1995 sono stati eseguiti 67.901 test anti-HIV e 59.455 per l'epatite virale B; dal 1991 al 1995 la percentuale di esami positivi ad entrambi i test è andata sensibilmente diminuendo passando dal 28,80% al 18,76% per l'HIV e dal 50,89% al 43,74% per l'epatite virale B (Graf. 13).

Grafico 13

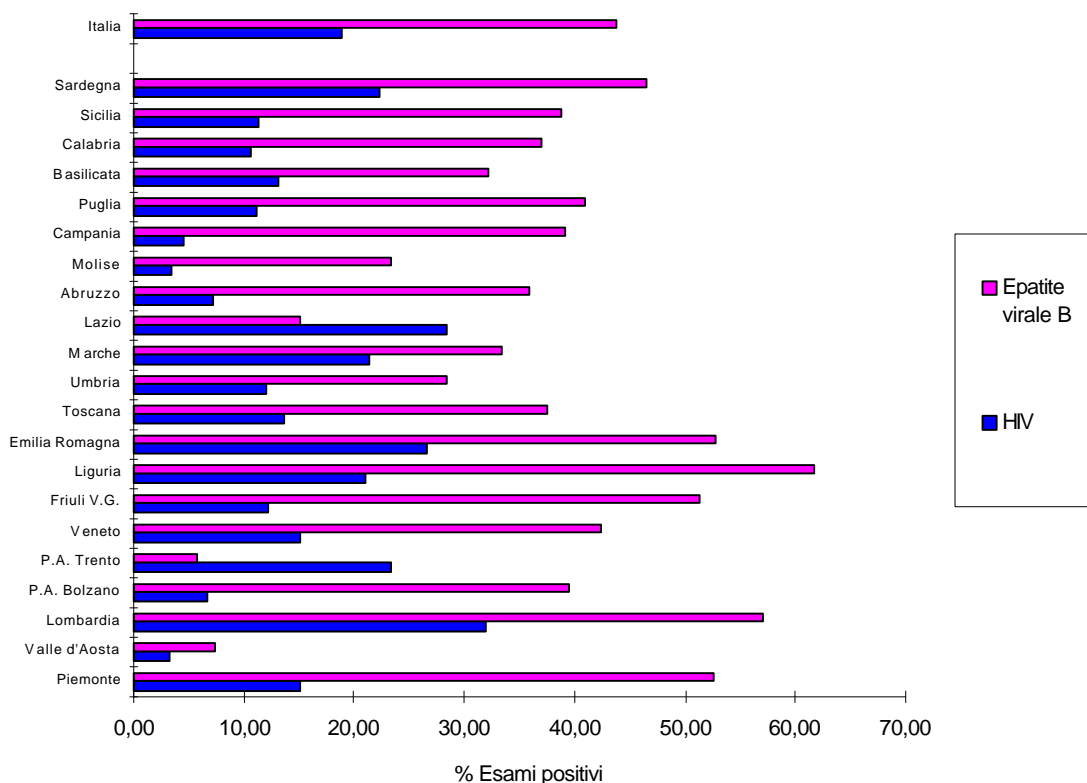
TEST ANTI-HIV ED EPATITE VIRALE B - ANNI 1991-1995



E' senz'altro da sottolineare la notevole variabilità a livello territoriale della positività ai suddetti test: le regioni Valle d'Aosta e Lombardia registrano, per il test anti-HIV, i valori estremi, rispettivamente 3,15% e 31,99%, mentre per l'epatite virale B nella regione Liguria si verifica la maggiore diffusione (quasi il 62%) (Graf. 14).

Grafico 14

DISTRIBUZIONE TERRITORIALE DELLA % DI TEST POSITIVI ANTI-HIV ED EPATITE VIRALE B - ANNO 1995



Capitolo 2

L' ASSISTENZA OSPEDALIERA

INTRODUZIONE

Tra i servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale la rete ospedaliera rappresenta un nodo focale per il quale la funzionalità, l'efficienza e la qualità del servizio erogato costituiscono dei requisiti obbligatori. Esso garantisce il ricovero presso gli ospedali pubblici e privati convenzionati 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.

Per quanto accennato appare di primaria importanza la valutazione dell'offerta ospedaliera, in termini di disponibilità dei posti letto e analisi delle variazioni registrate nei trascorsi anni.

Parallelamente si analizzerà la domanda ospedaliera in termini di ricoveri e di indicatori di attività.

L'OFFERTA OSPEDALIERA

La tav. 1 mostra la distribuzione degli istituti di cura in base alla regione e alla tipologia di istituto. Nel 1995 sono stati rilevati, sul territorio nazionale, 990 istituti pubblici e 656 case di cura private convenzionate; la regione col più alto numero di istituti di cura pubblici è la Lombardia, mentre quella col più alto numero di case di cura private convenzionate è il Lazio.

Un discorso a parte va fatto per i 68 istituti psichiatrici residuali destinati ad essere chiusi o riconvertiti entro il 31.12.96; nel periodo 1991-1995 il numero degli istituti è lievemente diminuito facendo, tuttavia, registrare un decremento dei posti letto ad essi relativi di oltre il 21%.

Esaminando come si distribuiscono percentualmente gli istituti di cura pubblici nelle varie classi di ampiezza (Graf.1), risulta che il numero degli istituti appartenenti alla prima classe (fino a 120 posti letto) è pari al 31% del totale, peculiarità comune a tutte le regioni. Considerando anche la classe di ampiezza successiva (da 121 a 200 p.l.) si rileva che circa il 60% del totale nazionale degli istituti è rappresentato da "piccoli" ospedali.

Grafico 1

**DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEGLI ISTITUTI DI CURA PER CLASSI DI AMPIEZZA
ANNO 1995**

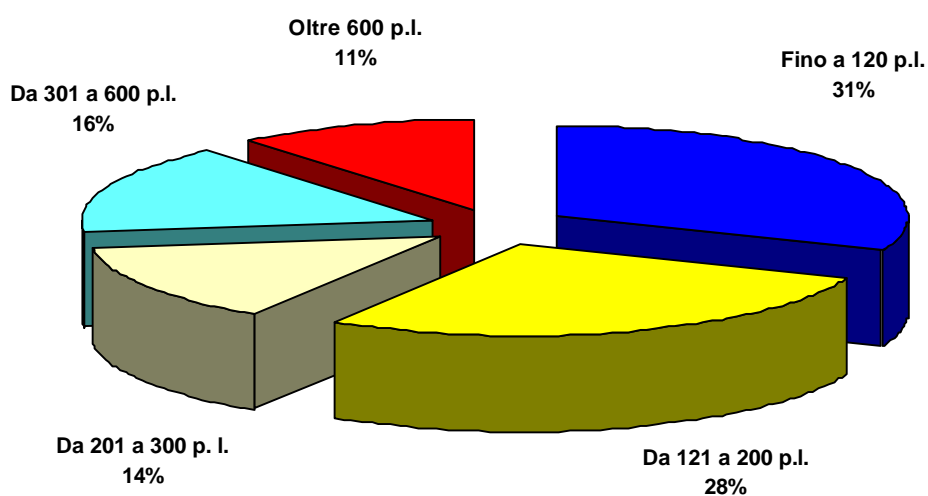


Tavola 1

DISTRIBUZIONE REGIONALE DEGLI ISTITUTI DI CURA - ANNO 1995

Regione	pubblici (*)	psichiatrici residuali	privati convenzionati
Piemonte	72	3	43
Valle d'Aosta	1	-	-
Lombardia	136	12	77
P.A. Bolzano	10	-	8
P.A. Trento	10	1	8
Veneto	83	15	25
Friuli V. Giulia	22	1	9
Liguria	36	2	15
Emilia R.	78	7	43
Toscana	37	5	31
Umbria	19	1	7
Marche	40	1	14
Lazio	89	4	126
Abruzzo	25	-	11
Molise	7	-	3
Campania	71	5	86
puglia	83	2	47
Basilicata	13	-	4
Calabria	38	1	36
Sicilia	86	5	49
Sardegna	34	3	14
TOTALE	990	68	656

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

Proseguendo nell'analisi dell'offerta ospedaliera si descrive la distribuzione regionale del numero medio di posti letto per istituti pubblici e privati convenzionati (Tav. 2): sono stati considerati i posti letto di degenza ordinaria e quelli a pagamento.

Circa 375.000 sono i posti letto pubblici e privati convenzionati disponibili a livello nazionale; di questi circa l'82% rappresenta l'offerta ospedaliera pubblica.

Si può aggiungere che, in Italia, sono disponibili 5,4 posti letto pubblici per 1000 abitanti, quoziente che raggiunge il valore di 6,6 considerando anche i posti letto privati convenzionati; la regione che si posiziona nettamente al di sopra della media nazionale è la Liguria con 7,1 posti letto pubblici per 1000 abitanti.

Occorre, tuttavia, evidenziare la netta preminenza della regione Lazio con 8,3 posti letto (pubblici e privati convenzionati) per 1000 abitanti, immediatamente seguita dalla P.A. di Trento con 8,2 posti letto per 1.000 abitanti. Si osserva che per la regione Lazio la componente privata convenzionata annovera il più alto valore (3,2 posti letto per 1000 ab.). Per la Campania si ha, invece, il più basso valore sia per quanto riguarda la dotazione dei soli posti letto pubblici (3,7 posti letto per 1000 ab.) sia a livello di dotazione totale (5,0 posti letto per 1000 ab.).

Tavola 2

DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI POSTI LETTO NEGLI OSPEDALI - ANNO 1995

Regione	Pubblici (*)	Privati convenz.	Posti letto x 1000 ab.	
			pubblici	privati conv.
Piemonte	20.186	3.802	4,7	0,9
Valle d'Aosta	551	-	4,6	0,0
Lombardia	47.377	10.542	5,3	1,2
P.A. Bolzano	2.424	328	5,4	0,7
P.A. Trento	3.241	530	7,0	1,2
Veneto	30.458	2.110	6,9	0,5
Friuli V. Giulia	8.341	767	7,0	0,6
Liguria	11.712	594	7,1	0,4
Emilia R.	20.590	3.789	5,3	1,0
Toscana	18.433	2.704	5,2	0,8
Umbria	4.840	373	5,9	0,5
Marche	9.046	1.707	6,3	1,2
Lazio	26.289	16.790	5,1	3,2
Abruzzo	7.661	2.161	6,0	1,7
Molise	1.703	167	5,1	0,5
Campania	21.196	7.609	3,7	1,3
Puglia	27.529	3.204	6,7	0,8
Basilicata	3.006	1.087	4,9	1,8
Calabria	8.811	3.209	4,2	1,5
Sicilia	24.791	4.458	4,9	0,9
Sardegna	8.870	1.524	5,3	0,9
TOTALE	307.055	67.455	5,4	1,2

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

Per una più approfondita analisi dell'offerta ospedaliera si è focalizzata l'attenzione su alcune discipline di particolare rilievo dell'area dell'emergenza e della riabilitazione/lungodegenza.

Per le discipline descritte si è riscontrato, nel periodo 1992-1995, un significativo aumento nella dotazione di posti letto soprattutto per quanto riguarda la riabilitazione (Tav. 3); questo dato, messo a confronto con la tendenza alla riduzione dei posti letto nell'area delle discipline di base (ad esempio medicina e chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, pediatria), indica un tangibile sforzo delle strutture sanitarie pubbliche a riequilibrare la dotazione di posti letto in base alle reali esigenze operative.

Tavola 3

POSTI LETTO PUBBLICI NELL'AREA DELL'EMERGENZA

<i>Discipline</i>	<i>1/1/1992</i>	<i>1/1/1995</i>	<i>var. '92-'95</i>
<i>cardiochirurgia</i>	1.057	1.250	+18,3
<i>terapia intensiva</i>	2.288	2.656	+16,1
<i>unità coronarica</i>	1.751	2.085	+19,1
<i>ematologia</i>	1.225	1.365	+ 11,4
<i>unità spinale</i>	96	100	+4,2
<i>neurochirurgia</i>	2.693	2.788	+ 3,5
<i>grandi ustionati</i>	70	154	+120,0
<i>riabilitazione</i>	3.404	4.473	+31,4
<i>lungodegenza</i>	3.966	4.199	+ 5,9

Nota: sono stati considerati i posti letto effettivamente impiegati nelle degenze.

LA DOMANDA OSPEDALIERA

Complessivamente sono effettuati in Italia circa 9 milioni e mezzo di ricoveri (con una media giornaliera di 27.000 degenti), 98 milioni di giornate di degenza e quasi 3 milioni di interventi chirurgici (con una media giornaliera di circa 8.000 interventi).

Un primo indicatore della domanda ospedaliera è fornito dal tasso di spedalizzazione della popolazione, il quale indica la frequenza, in un determinato arco temporale, con la quale la popolazione residente ricorre alle strutture ospedaliere pubbliche per il trattamento, in regime di ricovero, dei casi di malattia.

A livello nazionale sono 154 i ricoveri ogni 1000 abitanti presso strutture ospedaliere pubbliche: le regioni che si posizionano nettamente al di sopra del valore nazionale sono il Friuli V.G., la Liguria e la P.A. di Trento con oltre 200 ricoveri ogni 1000 abitanti; in controtendenza si trova la Campania che fa registrare il minimo valore con 106,5 ricoveri ogni 1000 abitanti.

Per quanto riguarda i ricoveri presso strutture private convenzionate, il valore nazionale è di 18,9 ricoveri per 1000 abitanti: il valore regionale più alto è quello della Calabria (43,3 ricoveri per 1000 abitanti), seguita dal Lazio (27,3 ricoveri per 1000 abitanti); i valori più bassi sono quelli della Liguria e del Molise (rispettivamente 2,4 e 2,7 ricoveri per 1000 abitanti).

Per una corretta lettura dei grafici 2 e 3, si rammenta che il dato dei ricoveri nella regione di residenza è al netto dei trasferimenti interni alle strutture di ricovero.

Grafico 2

RICOVERI PER 1000 ABITANTI PRESSO OSPEDALI PUBBLICI

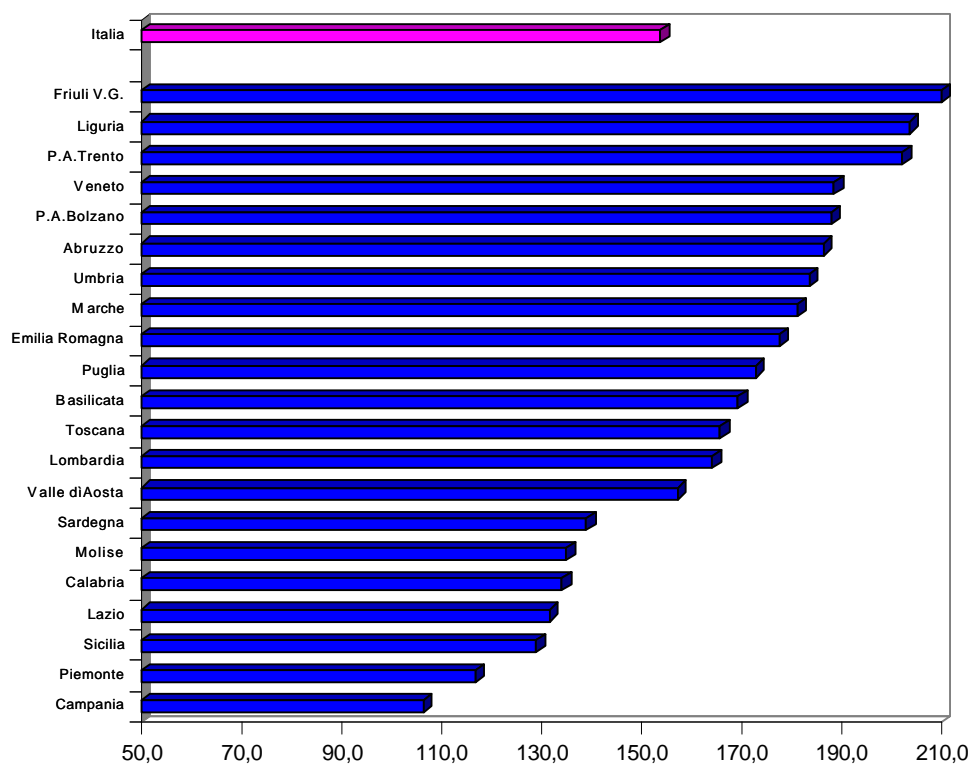
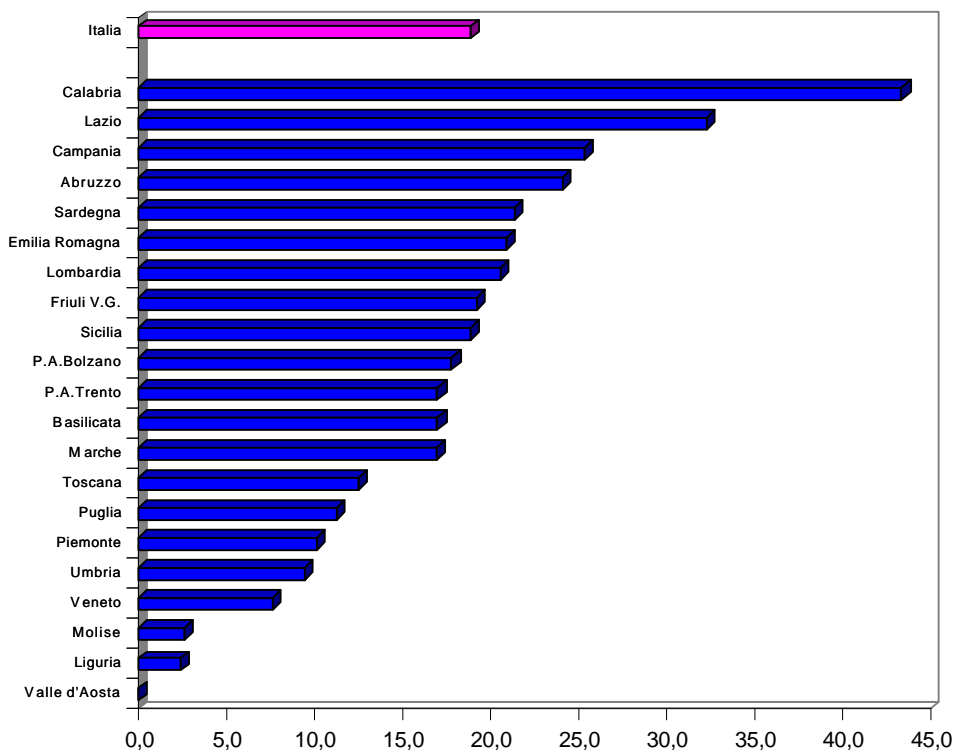


Grafico 3

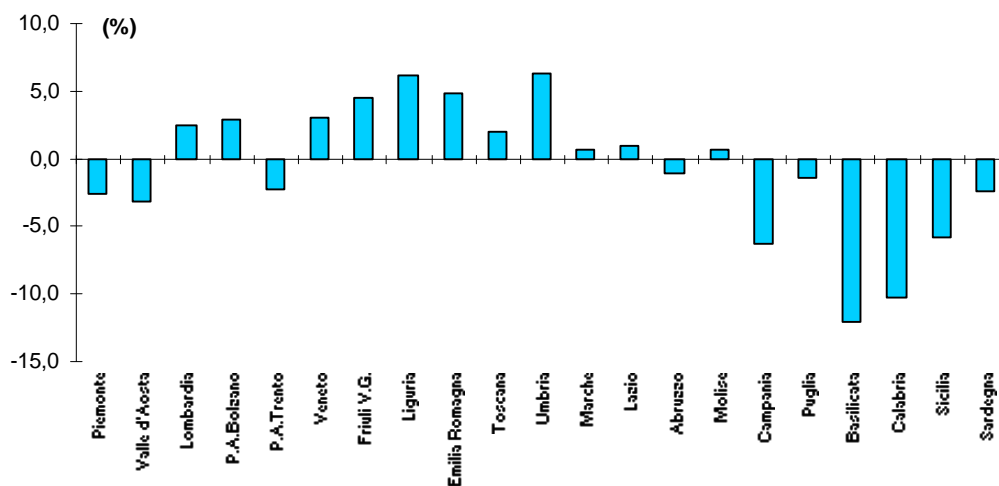
RICOVERI PER 1000 ABITANTI PRESSO OSPEDALI PRIVATI CONVENZIONATI



Il grafico 4 riporta lo scostamento in termini percentuali tra le importazioni e le esportazioni di ricoveri: in esso è evidente il confine tra le regioni che “importano” e le regioni che “esportano”. Tutte le regioni dell’Italia meridionale ed insulare, ad eccezione del Molise, hanno uno scostamento negativo: i residenti di queste regioni, in particolar modo la Basilicata e la Calabria, fanno fortemente ricorso a strutture ospedaliere extraregionali. Le restanti regioni, tranne Piemonte, Valle d’Aosta, e P.A. di Trento, hanno uno scostamento positivo: le importazioni superano le esportazioni.

Grafico 4

MOBILITA' OSPEDALIERA INTERREGIONALE: SCOSTAMENTO % TRA LE IMPORTAZIONI E LE ESPORTAZIONI DI RICOVERI



Con riferimento alla dotazione di posti letto presso le strutture pubbliche, le 4 discipline di base (medicina generale, chirurgia generale, ostetricia e pediatria) coprono oltre il 47 % dei posti letto a livello nazionale; se si allarga l'analisi alle prime 10 discipline (le 4 di base più ortopedia, otorinolaringoiatria, urologia, oculistica, neurologia e pneumologia), si riscontra che esse detengono oltre il 70 % dei posti letto complessivi.

Nella tav. 4 sono state prese in esame proprio queste dieci discipline per una valutazione degli indicatori di attività ospedaliera.

Tavola 4

INDICATORI DI ATTIVITA' PER ALCUNE DISCIPLINE OSPEDALIERE - ANNO 1995

<i>Discipline</i>	<i>Degenza media</i>	<i>Tasso di utilizzo</i>	<i>Turn-over</i>	<i>Indice di rotazione</i>
<i>chirurgia generale</i>	7,9	74	2,7	31,7
<i>medicina generale</i>	9,8	84	1,9	29,3
<i>neurologia</i>	10,6	83	2,2	26,2
<i>oculistica</i>	5,3	63	3,1	40,7
<i>ortopedia</i>	7,4	77	2,2	35,0
<i>ostetricia e ginec.</i>	5,3	62	3,3	39,3
<i>otorinolaringoiatria</i>	5,5	67	2,7	41,7
<i>pediatria</i>	4,7	56	3,7	39,9
<i>urologia</i>	7,7	76	2,4	33,2
<i>pneumologia</i>	12,5	80	3,1	21,2

Il primo indicatore considerato è la **degenza media**, che descrive il tempo, espresso in giorni, che intercorre tra l'ingresso di un paziente in ospedale e la sua dimissione (numero medio di giorni richiesto per il trattamento dei casi in regime di ricovero). Essa è caratterizzata da una forte variabilità, in quanto il suo valore dipende notevolmente dalla disciplina ospedaliera considerata; in particolare, per quelle elencate nella tavola 4, il valore più basso si rileva per pediatria mentre quello più alto per pneumologia.

Il **tasso di utilizzo** esprime, in percentuale, l'effettiva occupazione, nel periodo in esame, dei posti letto rispetto alla dotazione disponibile. Il valore di questo indicatore deve essere comunque confrontato con i parametri di riferimento previsti dalla legge 595/1985, per la quale il tasso minimo di utilizzazione dei posti letto dovrebbe avere un valore compreso tra il 70 % e il 75 %. Dai dati presi in esame, risulta che i letti di medicina generale, a livello nazionale, sono quelli più "occupati", al contrario dei reparti di ostetricia e ginecologia e di pediatria, che sono molto al di sotto dei valori previsti.

L' **intervallo di turn-over** può essere per semplicità definito come il tempo, espresso in giorni, in cui il singolo letto rimane libero (periodo di non utilizzo del letto, cioè fra la dimissione di un paziente e la successiva occupazione del posto letto da parte di un altro paziente). Questo indicatore è strettamente correlato, in maniera inversamente proporzionale, al tasso di utilizzo.

L' **indice di rotazione**, infine, è il rapporto fra degenti e posti letto ed esprime il numero di pazienti che mediamente occupano lo stesso posto letto nell'arco temporale di un anno. Esso risente dell'andamento della degenza media e dell'intervallo di turn-over: tanto minore è la somma dei due indicatori, tanto più elevato è l'indice di rotazione. Un basso valore dell'indice di rotazione può essere spiegato da una elevata degenza media (i casi trattati richiedono lunghi tempi) e/o da un elevato intervallo di turn-over (lunghi tempi di attesa tra un ricovero e l'altro).

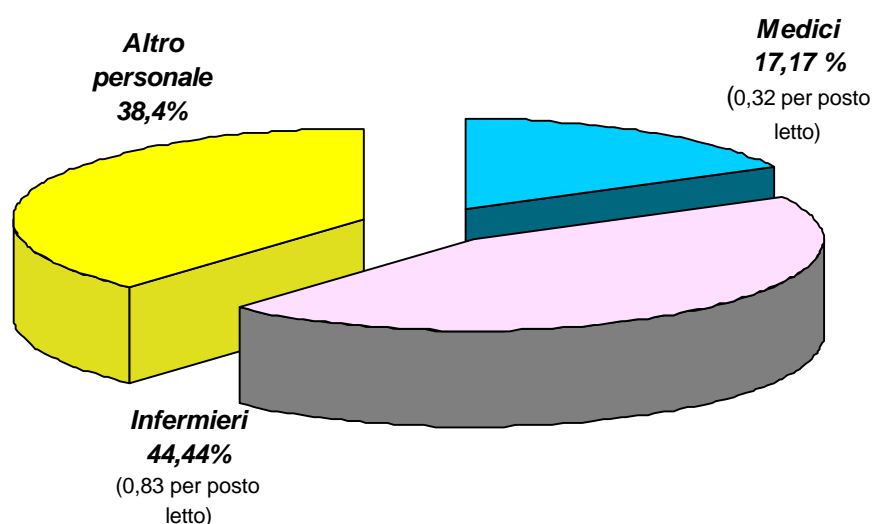
IL PERSONALE

In questo contesto è stato preso in considerazione unicamente il personale ospedaliero, direttamente dipendente dal S. S. N. e cioè il personale degli ospedali pubblici a gestione diretta e quello degli ospedali psichiatrici residuali. All' 1/1/1995 tale personale era di circa 476.000 unità, di cui il 17,2% costituito da medici, il 44,4% da personale infermieristico ed il restante 38,4% comprensivo del personale amministrativo e tecnico, e delle altre figure appartenenti al ruolo sanitario.

Dall'analisi dei dati risulta che, a livello nazionale, le strutture ospedaliere sopra indicate dispongono mediamente di 1 medico ogni 3,5 posti letto e di 1 infermiere ogni 1,3 posti letto (Graf. 5).

Grafico 5

PERSONALE DEGLI ISTITUTI PUBBLICI A GESTIONE DIRETTA



Per un'analisi di tipo territoriale, sono stati presi in esame 3 indicatori: medici per posto letto, infermieri per posto letto, personale totale per posto letto.

Dei tre indicatori quello per il quale si denota una forte variabilità a livello regionale è il numero di medici per posto letto (0,32 medici per posto letto il valore medio); le regioni con il maggior scarto dalla media sono la Campania con 0,44 medici per posto letto e Friuli V.G., Veneto e P.A.Trento con 0,22 medici per posto letto (Graf. 6).

Il valore nazionale degli infermieri per posto letto è di 0,83; dal grafico relativo emergono significativi scostamenti dalla media (Graf. 7); in particolare per le regioni Campania e Toscana si rilevano valori molto alti (1 infermiere per posto letto).

La rappresentazione del personale totale (valore medio 1,87 per posto letto), è influenzata dal primo indicatore che ne fa emergere scostamenti simili ma di minore intensità (Graf. 8).

Grafico 6

MEDICI PER POSTO LETTO

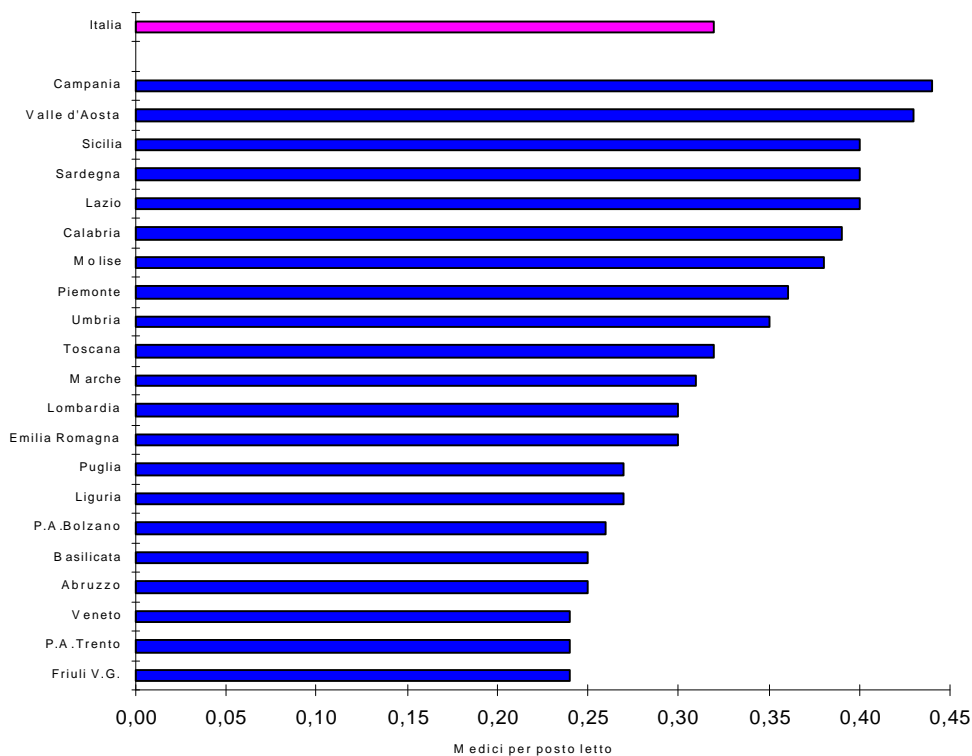


Grafico 7

PERSONALE INFERMIERISTICO PER POSTO LETTO

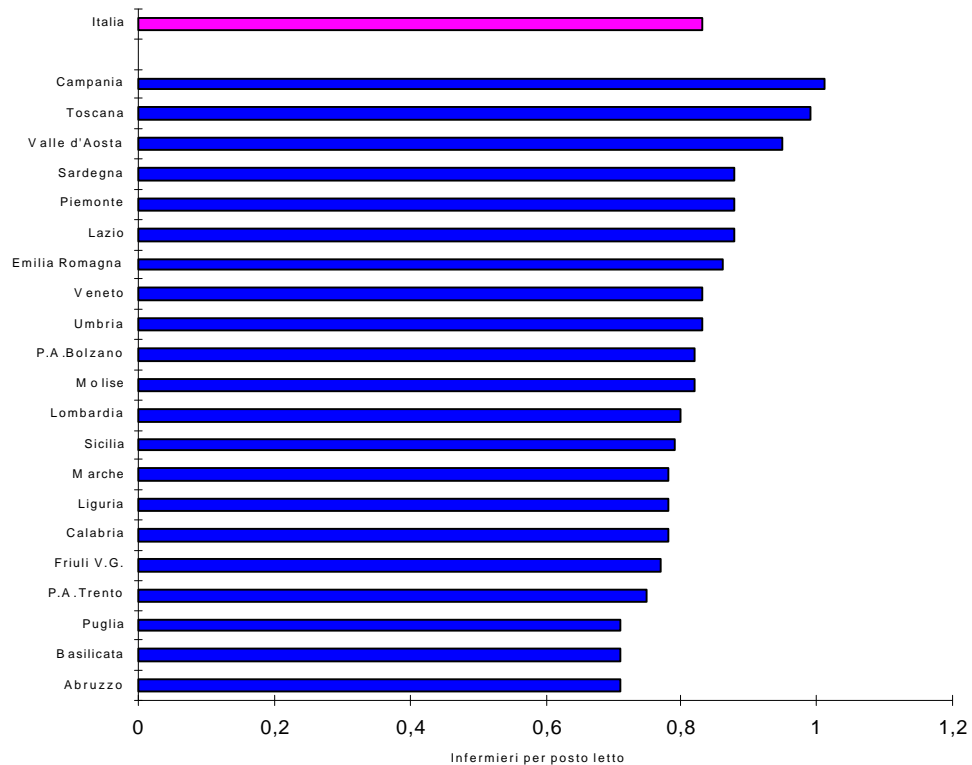
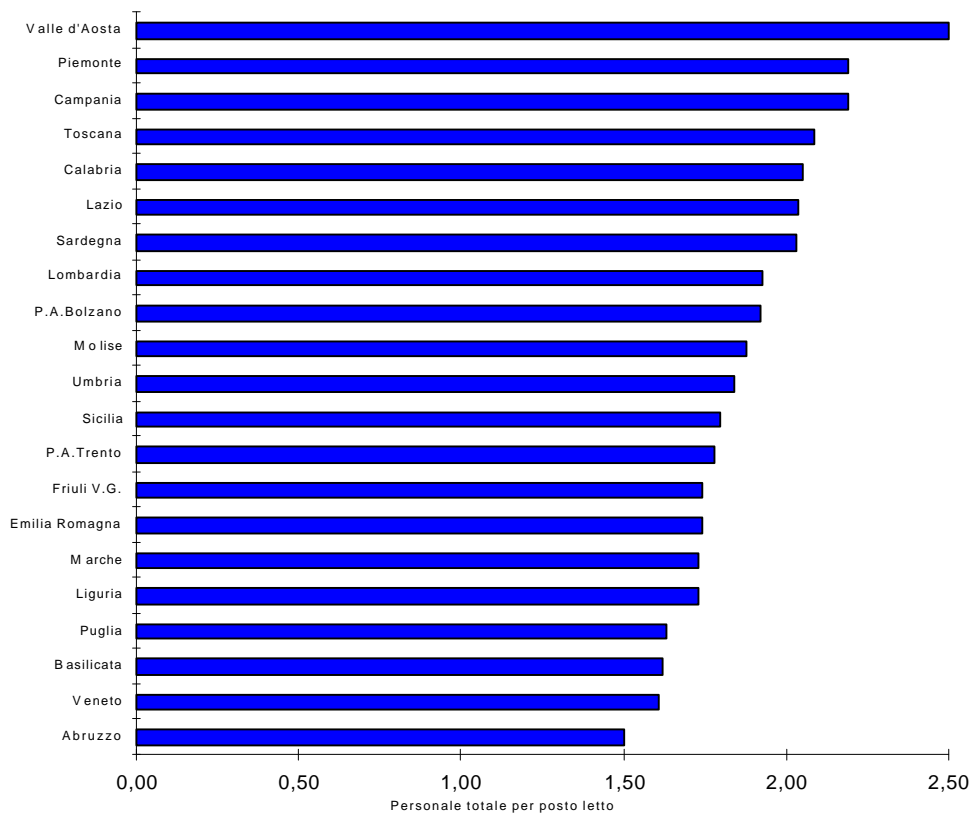


Grafico 8

PERSONALE TOTALE PER POSTO LETTO



Capitolo 3

I SERVIZI EXTRA-OSPEDALIERI

MEDICI GENERICI

La medicina generale è regolata ai sensi del DPR 31/4/1990 e viene rilevata con i modelli dei flussi informativi.

Da questi si rileva che, per il 1994, in media, un medico generico è stato scelto da 1.107 cittadini.

Nel triennio 1991-1994 si è verificata una leggera flessione del numero dei medici di base con conseguente aumento delle "scelte" per medico (Tav.1).

Tavola 1

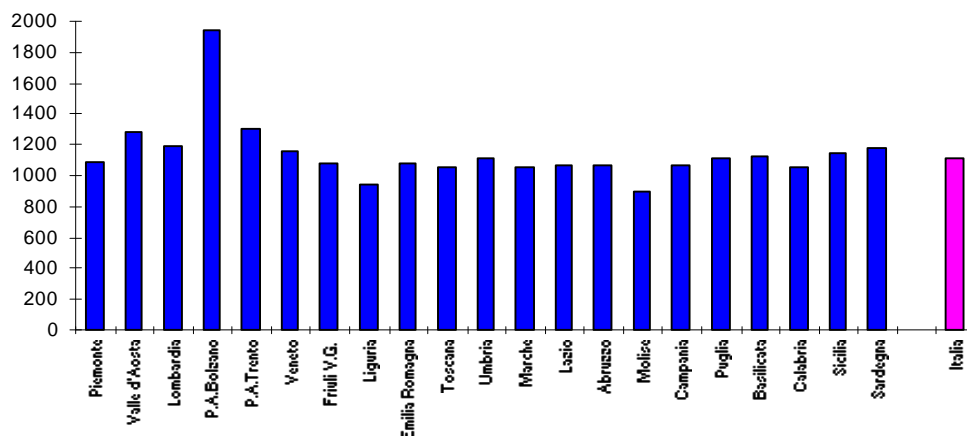
NUMERO DI PAZIENTI PER MEDICO GENERICO

<i>Anni</i>	<i>Scelte per medico generico</i>
1991	1.014
1992	1.039
1993	1.054
1994	1.107

A livello regionale, per l'anno 1994, come si evidenzia nel grafico 1, si evidenzia una situazione abbastanza omogenea, senza sostanziali scarti dalla media nazionale, con l'unica eccezione della P.A. di Bolzano nella quale ogni medico generico risulta essere mediamente scelto da oltre 1.900 pazienti.

Grafico 1

NUMERO DI PAZIENTI PER MEDICO GENERICO - ANNO 1994



MEDICI PEDIATRI

I medici pediatri, scelti presso le USL, ai sensi del DPR 315/90 della convenzione di pediatria, sono rilevati con i modelli dei flussi informativi; in media un pediatra è stato scelto, nell'anno 1994, da 661 bambini di età compresa tra 0 e 13 anni.

Nella tavola 2 sono riportati, per il periodo 1991- 1994, il numero di scelte per pediatra.

Nel periodo 1991-1994 si è passati, a livello nazionale, da un numero medio di scelte per pediatra pari a 571, a 661 pazienti di età 0-13 anni (Tav.2).

Tavola 2

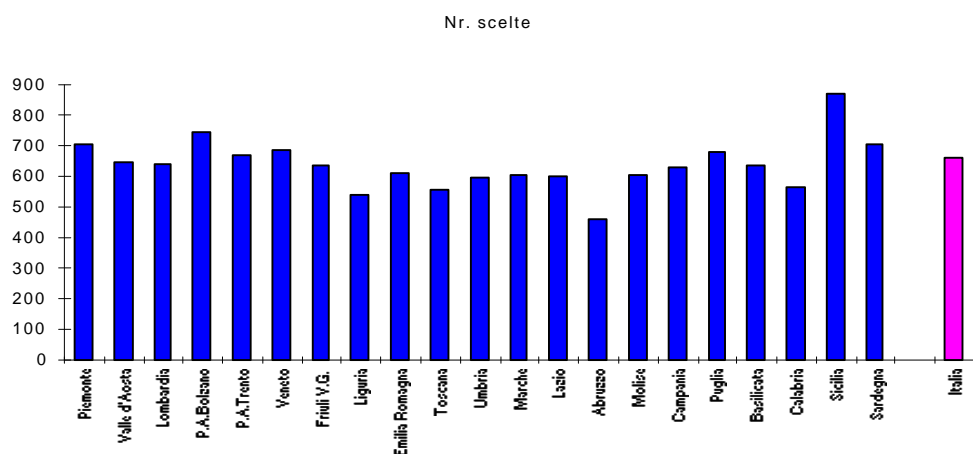
NUMERO DI PAZIENTI PER MEDICO PEDIATRA

<i>Anni</i>	<i>N.ro di scelte per pediatra</i>
1991	539
1992	571
1993	598
1994	661

In riferimento all'anno 1994 i dati regionali sono evidenziati nel grafico 2, dal quale emerge, come per i medici generici, una scarsa variabilità, ad eccezione della regione Sicilia e dell'Abruzzo che rappresentano rispettivamente le situazioni di massimo e di minimo

Grafico 2

NUMERO DI PAZIENTI PER MEDICO PEDIATRA - ANNO 1994



ATTIVITA' DI GUARDIA MEDICA

Per l'attività di guardia medica gli indicatori più significativi che vengono rilevati sono: i punti di guardia medica esistenti presso ciascuna Unità Sanitaria Locale, il numero dei medici che attuano il servizio, i turni effettuati e le ore totali.

Nella rilevazione si prendono in considerazione anche gli interventi domiciliari effettuati.

I dati riportati in tavola 3 sono relativi agli anni dal 1991 al 1994 e concernono i punti di guardia medica ed il numero di medici titolari a livello nazionale.

Tavola 3

PUNTI DI GUARDIA MEDICA E NUMERO DI MEDICI TITOLARI

<i>Anni</i>	<i>N. punti</i>	<i>N: medici titolari</i>
1991	2802	15090
1992	2868	15343
1993	2964	15563
1994	2727	13903

Nel grafico 3 sono, invece, rappresentati i dati raggruppati per aree territoriali.

Grafico 3

NUMERO DI PUNTI DI GUARDIA MEDICA PER AREE TERRITORIALI - ANNO 1994

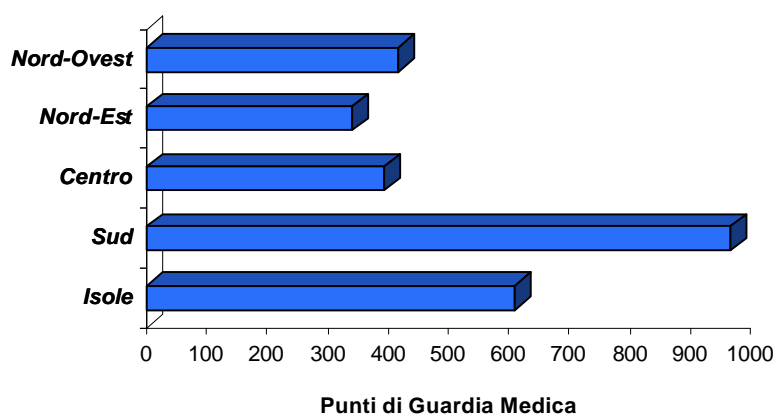
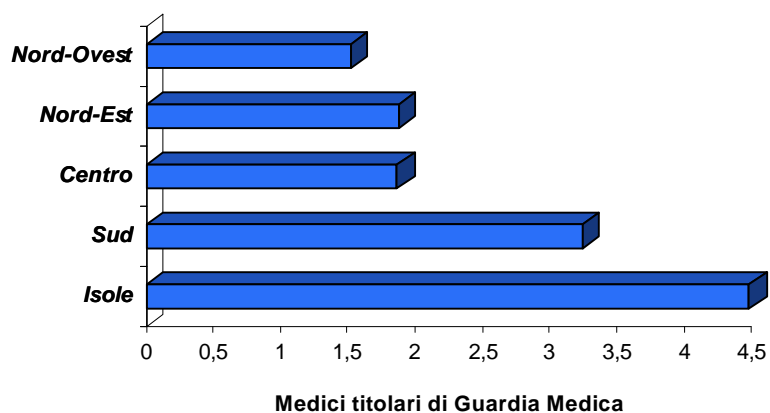


Grafico 4

**NUMERO DI MEDICI TITOLARI DI GUARDIA MEDICA PER AREE TERRITORIALI
ANNO 1994 (Quozienti per 10.000 ab)**



Come appare evidente, i punti di guardia medica sono molto più numerosi nell'Italia meridionale ed insulare, piuttosto che al Nord od al Centro; altrettanto lo sono i medici titolari che ad essi fanno capo.

Questo fenomeno potrebbe associarsi alla diversa distribuzione territoriale delle strutture ospedaliere che, ad eccezione della Sicilia, risultano essere numericamente inferiori al Centro-Sud rispetto al resto dell'Italia, in rapporto ai rispettivi bacini di utenza.

L'ASSISTENZA FARMACEUTICA

L'assistenza farmaceutica rappresenta, nell'ambito dei servizi erogati dal SSN al cittadino, quella più suscettibile di variazioni poichè è strettamente dipendente dalle disposizioni dettate dalle varie leggi finanziarie.

Analizzando l'andamento temporale del numero medio di ricette pro capite (Tav. 4) si può notare come esso, nel corso del quinquennio '91-'95, sia fortemente decrescente. Si è passati, infatti, da 9 ricette pro capite (valore medio nazionale) nel '91, a 8,4 nel '92, per arrivare a 5,2 ricette nel '95.

Tavola 4

NUMERO DI RICETTE PRO-CAPITE, SPESA LORDA E SPESA NETTA PRO-CAPITE.

<i>Anni</i>	<i>Numero ricette pro capite</i>	<i>Spesa lorda pro capite</i>	<i>Spesa netta pro capite</i>
1991	9,0	303.428	260.785
1992	8,4	315.574	257.480
1993	5,8	271.755	221.680
1994	4,9	211.580	182.980
1995	5,2	204.176	171.850

Grafico 5

RICETTE PRO-CAPITE E SPESA NETTA PRO-CAPITE

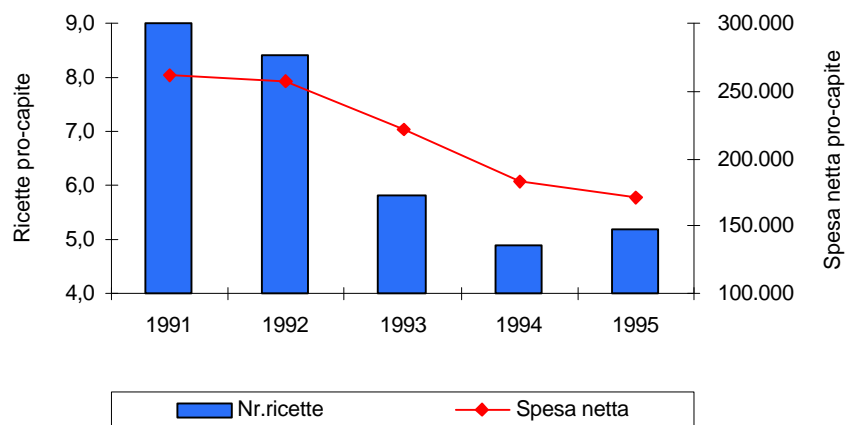


Grafico 6

NUMERO DI RICETTE PRO-CAPITE PER REGIONE - ANNO 1995

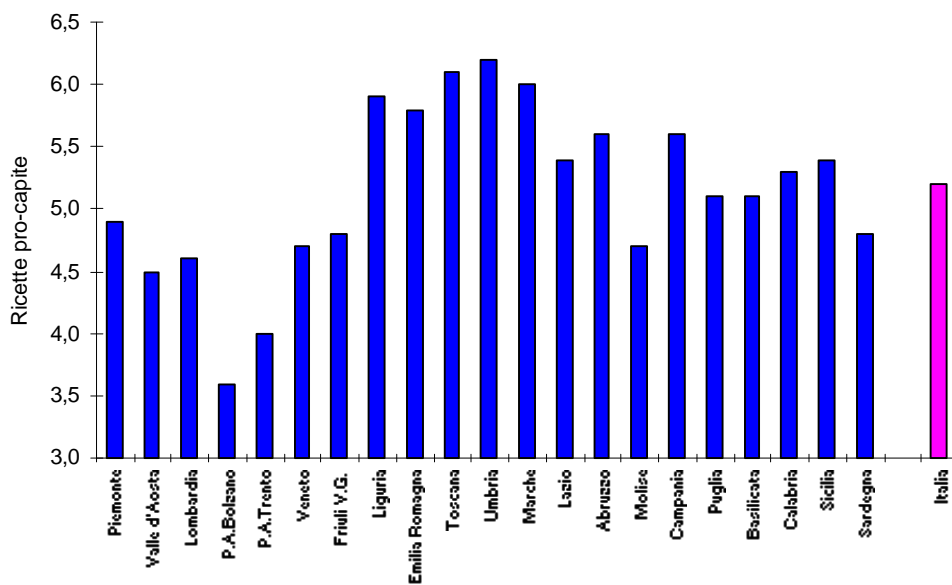
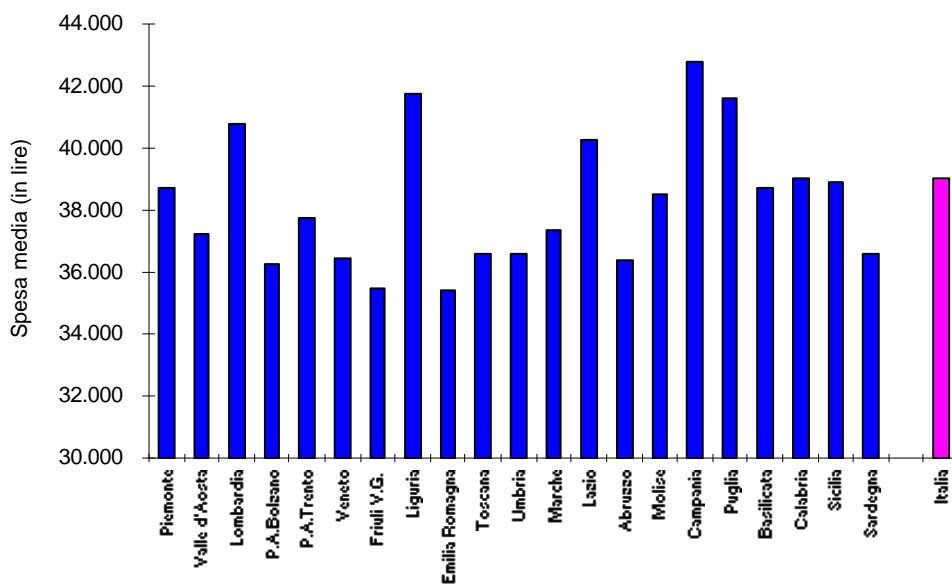


Grafico 7

SPESA MEDIA PER RICETTA PER REGIONE (IN LIRE) - ANNO 1995



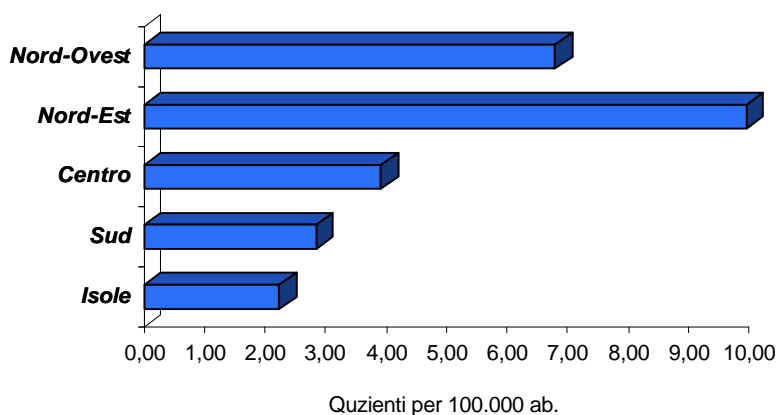
CONSULTORI MATERNO-INFANTILI

Per la tutela materno-infantile, il Piano Sanitario Nazionale ha proposto una strategia di intervento che è protesa prevalentemente alla prevenzione ed educazione sanitaria, alla promozione della procreazione cosciente e responsabile e alla tutela della gravidanza a rischio, alla prevenzione ed al controllo delle patologie genetiche; all'umanizzazione dei servizi sanitari; al funzionamento dei servizi di emergenza-urgenza sulle 24 ore; all'adeguamento della distribuzione territoriale dei servizi in età pediatrica; alla facilitazione dell'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad elevata tecnologia.

Nel 1994 il numero di consultori era di 3045, tali strutture trattano in particolare i problemi legati all'infanzia, alla salute della donna, all'informazione e all'educazione sessuale, alla contraccezione, alla tutela della gravidanza, alla menopausa e alla coppia.

Grafico 8

NUMERO DI CONSULTORI MATERNO INFANTILI PER AREE TERRITORIALI ANNO 1994 (Quozienti per 100.000 ab.)



ATTIVITA' DI IGIENE MENTALE

La attuale disciplina legislativa ha dato una diversa impostazione per ciò che riguarda la malattia mentale, modificando gli obiettivi fondamentali dell'intervento pubblico.

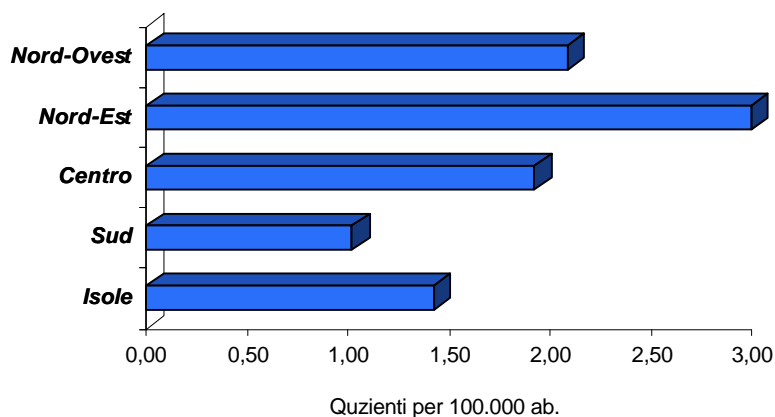
L'orientamento attuale è dunque quello di limitare il più possibile il ricorso al ricovero ospedaliero e di incrementare, invece, le prestazioni dei servizi territoriali, per passare così dal controllo sociale dei malati di mente alla promozione della salute ed alla prevenzione dei disturbi mentali.

La distribuzione dei presidi sul territorio nazionale non risulta omogenea, registrando una numerosità maggiore a nord, rispetto al centro e al sud (Graf. 9).

Per contro, le strutture ospedaliere, ex ospedali psichiatrici attualmente denominati "residuali manicomiali", risultano essere più numerose al sud che non al nord.

Grafico 9

NUMERO DI PRESIDI DI IGIENE MENTALE PER AREE TERRITORIALI ANNO 1994 (Quozienti per 100.000 ab.)



ATTIVITA' PER TOSSICODIPENDENTI

I dati relativi alle tossicodipendenze sono rilevati dal Se.ce.D.A.S. (Servizio Centrale per le Dipendenze da Alcool e Sostanze Stupefacenti o Psicotrope) del Ministero della Sanità su informazioni fornite dai SERT (Servizi pubblici per le tossicodipendenze). L'organizzazione di tali servizi è disciplinata dall'art. 118 del DPR N° 309 del 1/10/1990 che ne ha sancito anche l'istituzione.

Le attività svolte in questo ambito sono protese alla cura e alla riabilitazione di soggetti con problemi di dipendenza da droga.

Nel 1995 sono risultati a carico dei servizi pubblici 118.225 tossicodipendenti, con un incremento rispetto al 1991 del 27,3%.

Nella tavola 5 sono riportati i dati relativi al periodo '91-'95, specificando la distribuzione delle strutture per ciascuna regione.

Nell'anno 1994 l'assetto organizzativo dei SERT ha subito modificazioni rispetto all'anno precedente soprattutto per quanto riguarda la Liguria in cui i Servizi che svolgono attività di assistenza ai tossicodipendenti fanno adesso capo ai SERT istituiti presso le cinque USL presenti nella regione. Analoga situazione si è verificata nell'anno 1995 per la regione Lombardia: sono stati istituiti presso ciascuna USL centri SERT di riferimento che coordinano le attività delle sedi dislocate sul territorio.

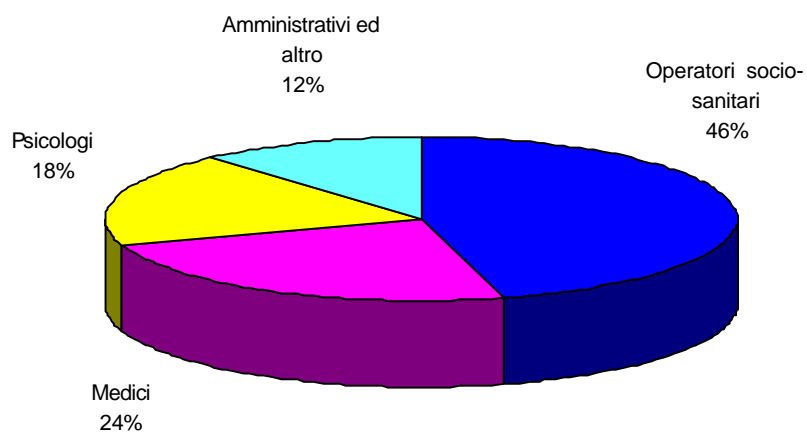
Tavola 5

NUMERO DI SERT PER REGIONE

<i>Regioni</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>
Piemonte	63	63	63	63	63
V. Aosta	1	1	1	1	1
Lombardia	83	83	83	83	44
Trentino A.A.	5	5	5	5	5
Veneto	36	36	36	36	36
Friuli V.G.	12	12	6	6	6
Liguria	20	20	20	5	5
E. Romagna	41	41	41	41	41
Toscana	40	40	40	40	41
Umbria	10	11	11	11	11
Marche	14	14	15	17	14
Lazio	47	47	48	48	49
Abruzzo	8	10	11	11	11
Molise	5	4	4	5	6
Campania	30	30	35	36	43
Puglia	55	55	55	55	55
Basilicata	6	6	6	6	6
Calabria	4	4	11	12	13
Sicilia	26	32	32	40	52
Sardegna	12	12	13	13	13
TOTALE	518	526	536	534	515

Grafico 10

PERSONALE DEI SERT



Nel grafico 10 è rappresentata la composizione dell'organico operante nei Servizi pubblici per le tossicodipendenze: il 46% è rappresentato dagli operatori socio-sanitari, mentre i medici e gli psicologi sono, rispettivamente il 24% ed il 18%, il residuo 12% è costituito, invece, dal personale amministrativo ed altro.

Capitolo 4

LA SPESA SANITARIA

INTRODUZIONE

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

Al finanziamento di tali spese concorrono il *Fondo sanitario nazionale*, i *versamenti dei contributi assistenziali* e *l'autofinanziamento regionale*

La Legge finanziaria fissa annualmente lo stanziamento a carico del bilancio dello Stato destinato ad alimentare il *Fondo sanitario nazionale*. Tale fondo prelevato dai capitoli di spesa del Ministero del Tesoro e del Bilancio, viene poi ripartito tra le Regioni dal C.I.P.E., tenendo conto della consistenza della popolazione regionale residente, della mobilità inter-regionale per tipologia di prestazioni sanitarie erogate e della consistenza delle strutture immobiliari e strumentali presenti in ciascuna Regione.

I *versamenti dei contributi per le prestazioni del S.S.N.*, corrisposti dai datori di lavoro e dai lavoratori dipendenti ed autonomi, calcolati in base ad aliquote regressive per scaglioni di reddito, dal 1 Gennaio 1993 sono attribuiti direttamente alle Regioni in relazione al domicilio fiscale dell'iscritto al S.S.N., mentre in precedenza i suddetti contributi confluivano nel Fondo sanitario nazionale.

L'*autofinanziamento regionale* è costituito dalle compartecipazioni alla spesa sanitaria a carico dei cittadini previste dalla legge finanziaria, dai proventi per attività a pagamento delle USL e dai proventi derivanti dalle gestioni patrimoniali e finanziarie delle USL.

Tali forme di finanziamento consentono alle Regioni di assicurare livelli uniformi di assistenza, individuati a livello centrale anche a seguito di analisi clinico-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'imposizione di nuove tasse.

SPESA SANITARIA DI PARTE CORRENTE

In questo paragrafo si intende esaminare l'andamento assunto dalla spesa sanitaria di parte corrente a carico del Servizio Sanitario Nazionale, dal 1989 al 1995. Si ritiene opportuno premettere che l'entità della spesa relativa all'ultimo anno considerato potrebbe subire alcune variazioni, poichè talune voci di spesa ed entrate proprie delle Regioni sono state stimate.

La spesa sanitaria di parte corrente ha rappresentato mediamente negli anni esaminati il 6,1% del relativo prodotto interno lordo (P.I.L.), con un picco nel 1991, anno in cui tale quota si è attestata al 6,6% (graf.1).

La tavola 1 riporta i valori di spesa corrente complessivamente sostenuta a livello nazionale dal 1989 al 1995. Per consentire un raffronto della spesa sostenuta negli anni, i suddetti valori espressi in lire correnti, sono stati convertiti in lire 1995. Per effettuare tale trasformazione sono stati utilizzati particolari coefficienti ISTAT riferiti agli "indici dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati", che misurano le variazioni dei prezzi al dettaglio dei beni e servizi.

Grafico 1

INCIDENZA % DELLA SPESA SANITARIA CORRENTE SUL PIL - ANNI 1989-1995

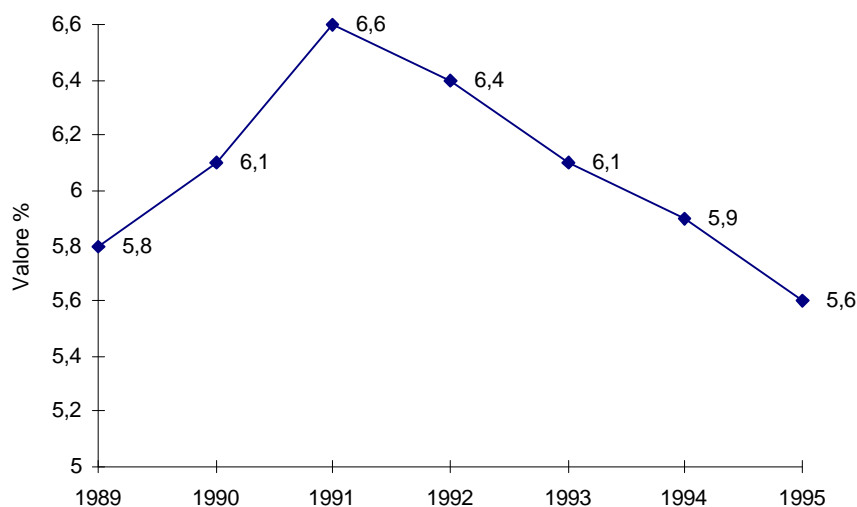


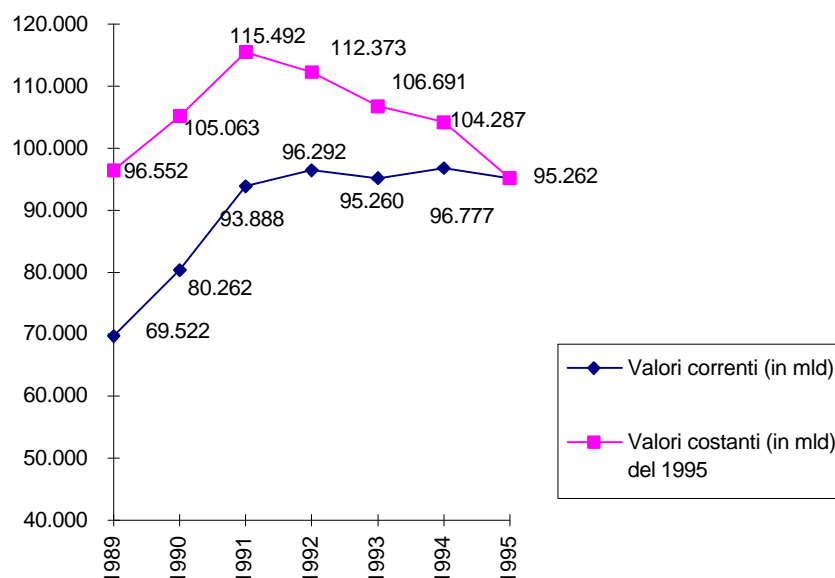
Tavola 1

SPESA CORRENTE COMPLESSIVA ESPRESSA IN LIRE CORRENTI E RELATIVE AL 1995.

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Valori correnti <i>(in mld)</i>	69.522	80.262	93.888	96.292	95.260	96.777	95.262
Valori costanti <i>(in mld) 1995</i>	96.552	105.063	115.492	112.373	106.691	104.287	95.262

Grafico 2

SPESA CORRENTE COMPLESSIVA



Da un sommario esame dell'andamento della spesa espressa in valori correnti, si direbbe che essa presenti, nel periodo considerato, un trend crescente con una inversione di tendenza dal 1993. Esaminando la spesa espressa in valori con stesso potere d'acquisto, si delinea invece, una riduzione già dall'anno 1992 con una rapida diminuzione della spesa rispetto agli anni precedenti. (Grafico 2).

L'entità delle variazioni rilevate nel periodo considerato è indicata in tavola 2, dove sono stati riportati gli indici di variazione della spesa espressa in lire 1995, calcolati utilizzando due distinte basi di riferimento, l'una fissa (la spesa sostenuta nel 1989) e l'altra mobile (la spesa sostenuta l'anno precedente a quello di riferimento).

Il primo indice misura le variazioni registrate nei singoli anni, avendo come riferimento la spesa sostenuta nell'anno base, ossia il 1989; il secondo indice misura le variazioni di spesa di ciascun anno rispetto al precedente.

Tavola 2

INDICI DI VARIAZIONE % DELLA SPESA CORRENTE ESPRESSA IN LIRE COSTANTI

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Base fissa:	100,00	108,81	119,62	116,39	110,49	108,01	98,66
1989 = 100							
Base mobile:		108,81	109,93	97,30	94,94	97,75	91,35
anno prec. = 100							

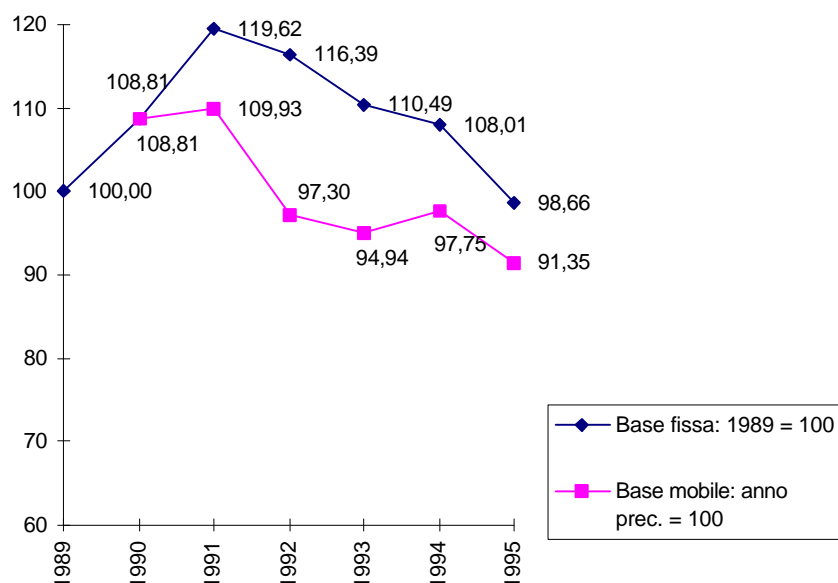
Considerando l'indice di variazione percentuale della spesa, calcolato con riferimento a quella sostenuta nel 1989, il tasso di crescita reale presenta un andamento crescente fino al

1991, con un incremento del 19,62% e decrescente nel quadriennio successivo, con un decremento dell'1,34% della spesa sostenuta nel 1995 rispetto all'anno base. (Grafico 3)

L'indice di variazione calcolato con base mobile evidenzia il maggior incremento di spesa sanitaria nel 1991 ed una diminuzione, in termini reali negli anni successivi, con assai consistenti decrementi nel 1993 e nel 1995, rispettivamente pari al 5,06% e 8,65%.

Grafico 3

INDICI DI VARIAZIONE DELLA SPESA COMPLESSIVA IN LIRE COSTANTI.



E' stata inoltre calcolata l'entità della spesa annuale relativa a ciascun cittadino, considerando la popolazione media dei residenti per ciascun anno, in quanto mediamente fruitrice per l'intero anno delle prestazioni sanitarie erogate.

Tavola 3

**SPESA CORRENTE COMPLESSIVA PRO-CAPITE IN LIRE CORRENTI
E RELATIVE AL 1995.**

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Valori correnti	1.208.226	1.391.956	1.639.916	1.693.529	1.669.781	1.691.801	1.663.012
Valori costanti 1995	1.677.984	1.822.071	2.017.261	1.976.349	1.870.155	1.823.085	1.663.012

SPESA SANITARIA CORRENTE DISTINTA PER FUNZIONI DI SPESA

Si intende qui esaminare l'andamento, nel quinquennio considerato, della spesa sanitaria di parte corrente, distintamente per singole funzioni di spesa. Dai rendiconti trimestrali delle U.S.L. si individuano alcune principali funzioni di spesa, di seguito elencate:

- spesa per il personale;
- spese per beni e servizi;
- spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata;
- spesa per la medicina generale convenzionata;
- spesa per l'assistenza ospedaliera convenzionata;
- spesa per prestazioni specialistiche;
- spesa per altra assistenza sanitaria convenzionata;
- spesa per interessi passivi;

SPESA PER IL PERSONALE

La spesa relativa a tale aggregato è destinata al personale dipendente delle U.S.L., in servizio ed in quiescenza. Sono quindi compresi in tale aggregato di spesa oltre gli stipendi, gli oneri previdenziali, assistenziali, assicurativi e sociali che sono a carico delle U.S.L.; le competenze accessorie al personale, come ad esempio le indennità notturne e festive, le indennità di reperibilità ecc.; le spese per il personale tirocinante e/o borsista, la spesa per il personale religioso, le compartecipazioni per attività libero-professionali.

Tavola 4

SPESA PER IL PERSONALE ESPRESSA IN LIRE CORRENTI E RELATIVE AL 1995

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Valori correnti	26.971	31.116	36.994	38.316	38.809	39.054	39.484
(in mld)							
Valori costanti	37.457	40.731	45.506	44.715	43.466	42.085	39.484
(in mld) 1995							

Tavola 5

**INDICI DI VARIAZIONE % DELLA SPESA PER IL PERSONALE DIPENDENTE ESPRESSA
IN LIRE COSTANTI**

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Base fissa:	100	108,74	121,49	119,38	116,04	112,35	105,41
1989 = 100							
Base mobile:		108,74	111,72	98,26	97,21	96,82	93,82
anno prec. = 100							

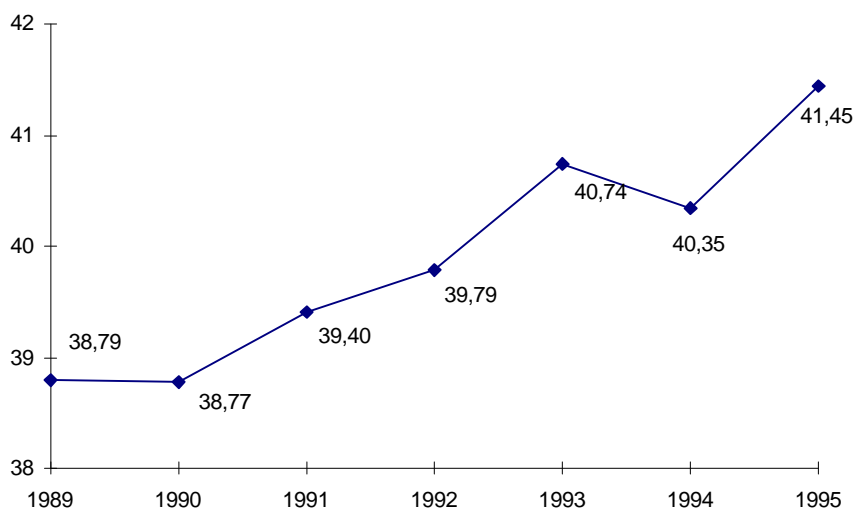
La Tavola 4 e la Tavola 5 presentano dati relativi alla spesa sostenuta per il personale nel periodo in esame. A livello nazionale questo aggregato di spesa presenta una notevole crescita in termini reali nel 1991 rispetto alla spesa sostenuta nel 1989, con un tasso di crescita pari al 21,5% ed una costante riduzione della crescita negli ultimi quattro anni (Tavola 5).

Il contenimento della spesa per il personale è stato particolarmente rilevante nel 1995, conseguendo un notevole decremento, pari al 6,2%, rispetto a quella sostenuta nell'anno precedente.

Dalla rappresentazione grafica (Grafico 4), appare evidente la notevole incidenza di tale aggregato rispetto all'importo complessivo della spesa sanitaria di parte corrente (oltre il 41% nel 1995), registrando fin dal 1990 una crescita pressochè costante nell'arco temporale in esame, ad eccezione del 1994, anno in cui il peso relativo della spesa per il personale presenta una seppure lieve flessione.

Grafico 4

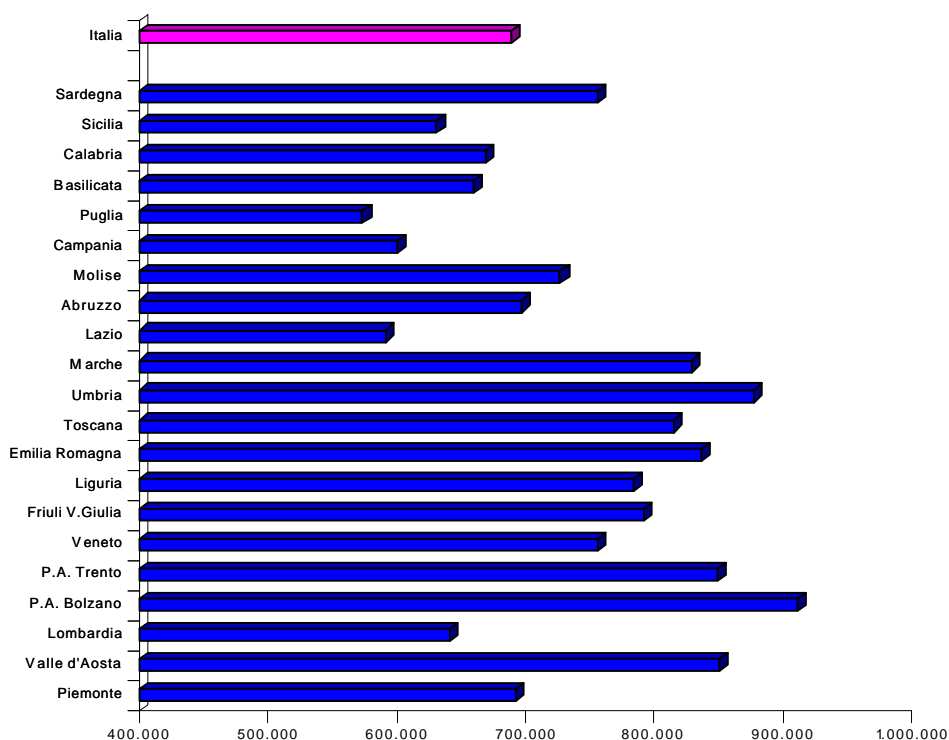
INCIDENZA % SPESA PER IL PERSONALE SULLA SPESA TOTALE



La spesa del personale dipendente per cittadino nel 1995 è stata di poco inferiore a £ 690.000 a livello nazionale, presentando una elevata variabilità a livello regionale: l'importo minore per la Puglia di circa £ 573.000 ed un importo massimo per la P.A. di Bolzano di circa £ 911.000. (Grafico 5)

Grafico 5

SPESA PRO CAPITE PER IL PERSONALE - ANNO 1995



SPESA PER BENI E SERVIZI

Sono incluse in questa funzione di spesa tutti gli impegni di parte corrente relativi all'acquisto dei principali beni e servizi utilizzati in modo prevalente presso gli istituti di ricovero e cura, dalla spesa per servizi di lavanderia ai servizi di mensa, dai servizi di riscaldamento alle rate di leasing.

Nel 1995 la spesa per l'acquisto di beni e servizi ha rappresentato circa il 19% della spesa sanitaria complessivamente sostenuta. La retta interpolatrice dell'incidenza annuale della spesa per beni e servizi rispetto alla spesa complessiva non presenta un andamento costantemente crescente, come appare dal relativo grafico, bensì evidenzia un sensibile decremento nel 1991 ed un ulteriore, seppur lieve, decremento nel 1995. (Grafico 6)

Grafico 6

INCIDENZA % SPESA PER BENI E SERVIZI SULLA SPESA COMPLESSIVA

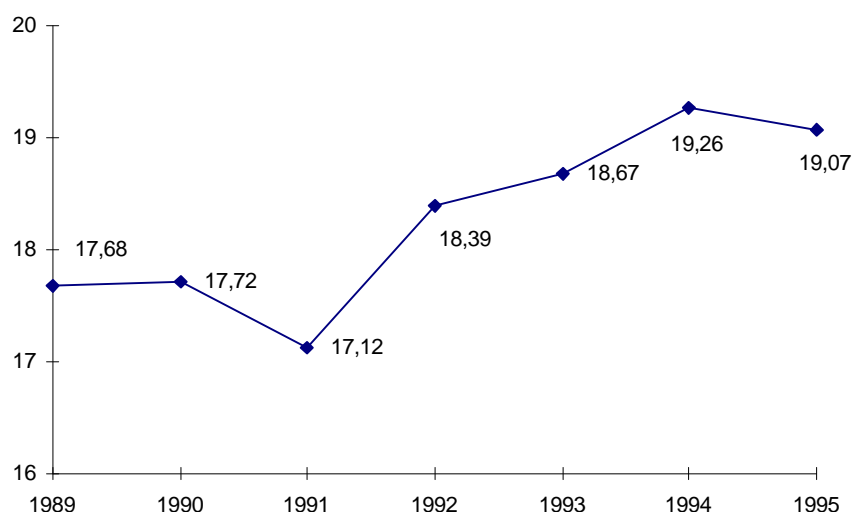
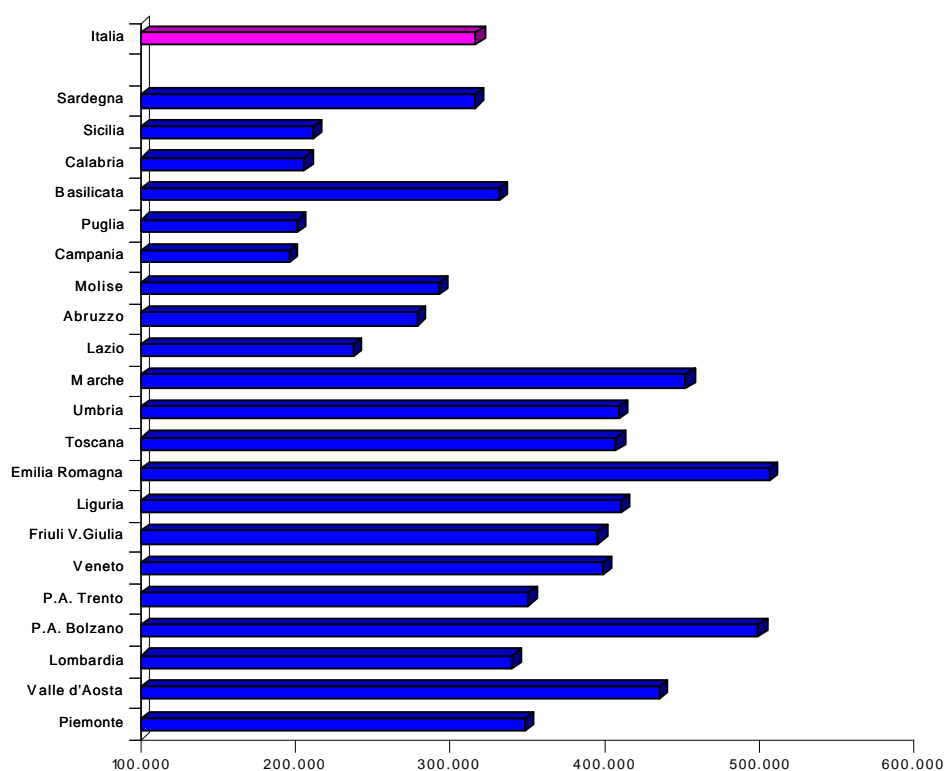


Grafico 7

SPESA PRO-CAPITE PER BENI E SERVIZI - ANNO 1995



La spesa pro-capite per l'acquisto di beni e servizi nel 1995 è stata a livello nazionale di circa £ 317.000. Una sensibile variabilità della spesa per cittadino è rilevabile a livello regionale: il minimo importo per la regione Campania di circa £ 195.000 e l'importo massimo registrato per la regione Emilia Romagna di circa £ 507.000 seguita poi dalla Provincia Autonoma di Bolzano con importo pro-capite di circa £ 499.000. (Grafico 7)

Tavola 6

SPESA PER BENI E SERVIZI ESPRESSA IN LIRE CORRENTI E RELATIVE AL 1995

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Valori correnti <i>(in mld)</i>	12.291	14.226	16.077	17.708	17.786	18.642	18.167
Valori costanti <i>(in mld) 1995</i>	17.070	18.622	19.776	20.665	19.920	20.089	18.167

Tavola 7

**INDICI DI VARIAZIONE % DELLA SPESA PER BENI E SERVIZI
ESPRESSA IN LIRE COSTANTI**

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Base fissa: <i>1989 = 100</i>	100,00	109,09	115,86	121,06	116,70	117,69	106,43
Base mobile: <i>anno prec. = 100</i>		109,09	106,20	104,49	96,40	100,84	90,43

Gli importi di spesa sostenuti per beni e servizi presentano nel periodo esaminato un trend crescente, ad eccezione del 1993 e del 1995. (Tavola 6) Nel 1993 si è registrato un decremento della spesa del 3,60% e nel 1995 una riduzione del 9,57% rispetto all'analoga spesa sostenuta l'anno precedente.

Con riferimento alla spesa sostenuta nel 1989, si registra il massimo tasso di crescita nell'anno 1992 (+21,06%). (Tavola 7)

SPESA PER L'ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

E' questa la funzione di spesa sanitaria che ha incentivato il legislatore ad introdurre strumenti di varia natura volti al suo contenimento. In particolare l'introduzione del ticket che agendo sul prezzo corrisposto dal cittadino per l'acquisto dei farmaci, ha sicuramente prodotto l'effetto auspicato, oltre probabilmente ad altri fattori di ordine socio-culturale che spingono l'utente dell'assistenza farmaceutica a fare un uso moderato dei farmaci. Un significativo contenimento di questa funzione di spesa si rileva a partire dal 1992. (Tavola 8)

Tavola 8

SPESA FARMACEUTICA CONVEN. ESPRESSA IN LIRE CORRENTI E RELATIVE AL 1995.

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Valori correnti <i>(in mld)</i>	11.746	14.058	15.059	14.209	12.588	11.028	10.079
Valori costanti <i>(in mld) 1995</i>	16.313	18.402	18.524	16.582	14.099	11.884	10.079

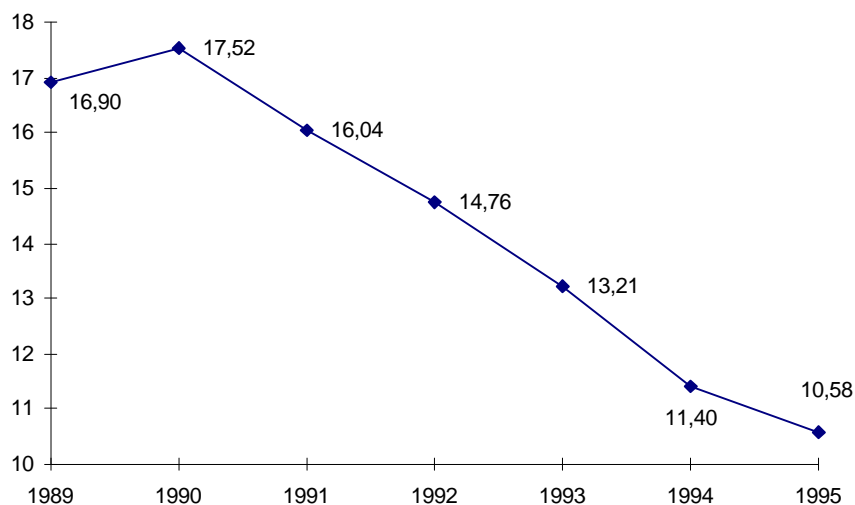
Tavola 9

INDICI DI VARIAZIONE % DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVEN. ESPRESSA IN LIRE 1994.

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Base fissa: <i>1989 = 100</i>	100	112,81	113,56	101,65	86,43	72,85	61,79
Base mobile: <i>anno prec. = 100</i>		112,81	100,66	89,52	85,02	84,29	84,81

Grafico 8

INCIDENZA % SPESA FARMACEUTICA SULLA SPESA TOTALE



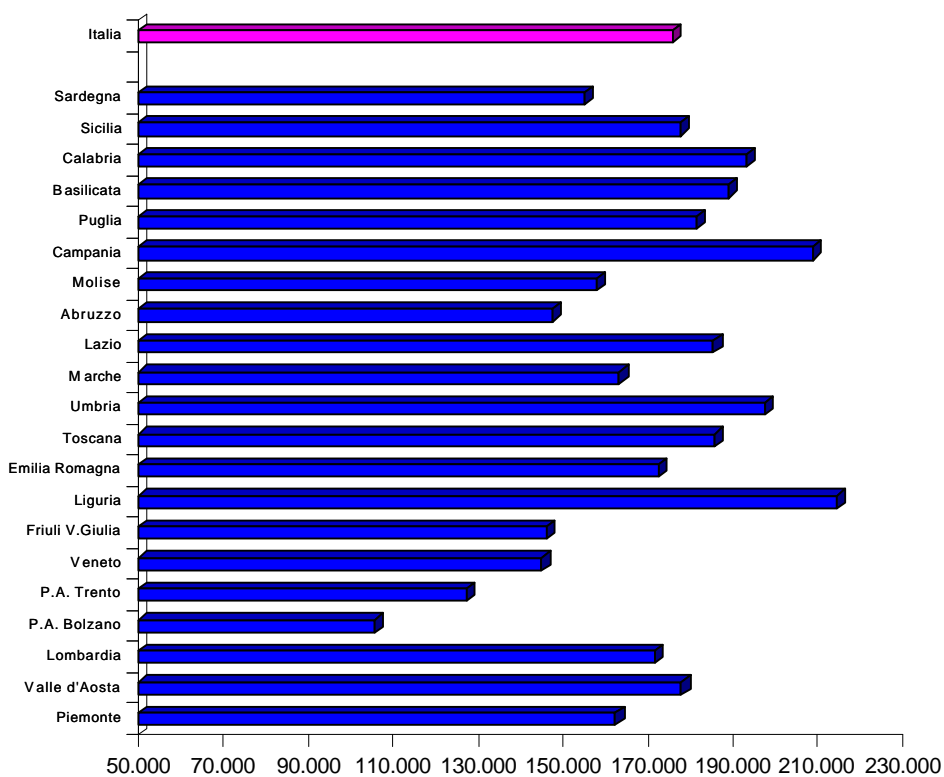
L'indice di variazione percentuale della spesa farmaceutica rispetto a quella sostenuta nel 1989 evidenzia un consistente aumento nel 1990 (+12,8%) con un massimo nel 1991 (+13,56%). Per il 1992 si rileva un'attestazione dell'importo di spesa attorno a quello sostenuto nel 1989 (+1,64%) per poi registrare una brusca inversione di tendenza con il minimo nel 1995 (-38,21%). (Tavola 9)

L'indice di variazione annuale della spesa farmaceutica calcolato rispetto all'importo dell'anno precedente rileva un notevole aumento nel 1990 ed una variazione di scarsa entità nel 1991 (+0,66%). Consistenti diminuzioni di spesa sono registrate nei quattro anni successivi (rispettivamente -10,48%, -14,98%, -15,71% e -15,19%). (Tavola 9)

L'incidenza percentuale della spesa farmaceutica sulla spesa complessiva presenta un massimo nel 1990 (+17,52%) per poi seguire un andamento decrescente che nel 1995 raggiunge l'10,58%. (Graf 8)

Grafico 9

SPESA PRO-CAPITE PER FARMACEUTICA - ANNO 1995



Nel 1995 la spesa farmaceutica convenzionata rispetto a ciascun cittadino è stata di circa £176.000, con un importo minimo della Provincia Autonoma di Bolzano di £106.000 ed un valore massimo per la Liguria di circa £214.000. (Grafico 9)

SPESA PER LA MEDICINA GENERALE CONVENZIONATA

La spesa per la medicina generale convenzionata concerne la spesa relativa all'assistenza medico-generica, pediatrica e della guardia medica.

Dal confronto fra importi di spesa espressi in moneta costante, nel periodo in esame i valori non subiscono sostanziali variazioni, evidenziando solo un picco nel 1991. (Tavola 10)

Tavola 10

SPESA PER LA MEDICINA GENERALE CONVEN. ESPRESSA IN LIRE CORRENTI E RELATIVE AL 1995.

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Valori correnti <i>(in mld)</i>	4.590	4.900	5.570	5.433	5.425	5.549	5.532
Valori costanti <i>(in mld) 1995</i>	6.375	6.414	6.852	6.340	6.076	5.980	5.532

Tavola 11

INDICI DI VARIAZIONE % DELLA SPESA PER MEDICINA GENERALE CONVENZIONATA ESPRESSA IN LIRE COSTANTI

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Base fissa: <i>1989 = 100</i>	100	100,62	107,48	99,46	95,32	93,80	86,78
Base mobile: <i>anno prec. = 100</i>		100,62	106,82	92,54	95,83	98,41	92,51

Gli indici di variazione della spesa rispetto all'anno iniziale, espressi in termini reali, mostrano un aumento nel 1991 (+7,48%) ed una crescente diminuzione negli ultimi anni (rispettivamente -0,54%, -4,68%, -6,20% e -13,22%). L'indice di variazione annuale della spesa calcolato con riferimento all'anno precedente mostra un consistente decremento nel 1992 (-7,46%) e nel 1995 (-7,49%). (Tavola 11)

L'incidenza percentuale della spesa sostenuta per la medicina generale convenzionata mostra un trend decrescente fino al 1992 mantenendosi perlopiù costante negli ultimi anni esaminati. (Grafico 10)

La spesa pro-capite per la medicina generale nel 1995 si attesta a livello nazionale intorno a £97.000 registrando il valore minimo per la Provincia Autonoma di Bolzano di circa £83.000 ed il valore massimo per la Regione Calabria di circa £119.000. (Grafico 11)

Grafico 10

INCIDENZA % SPESA PER MEDICINA GENERALE CONV. SULLA SPESA TOTALE

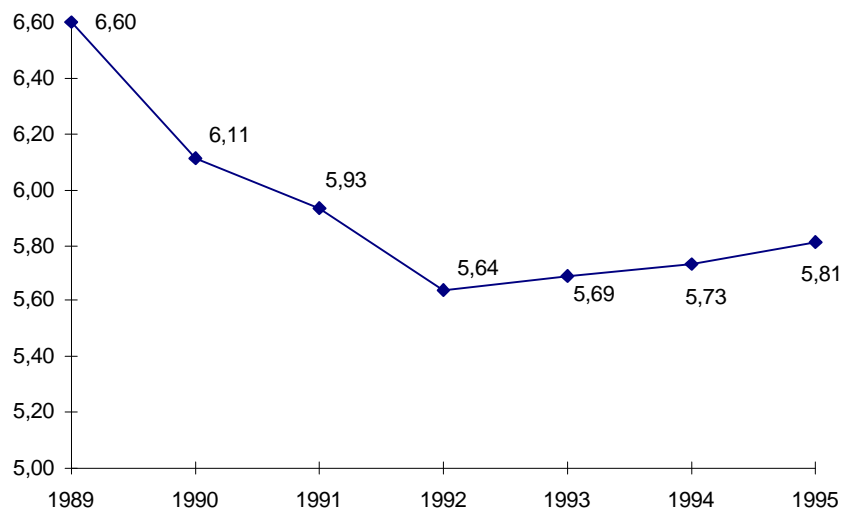
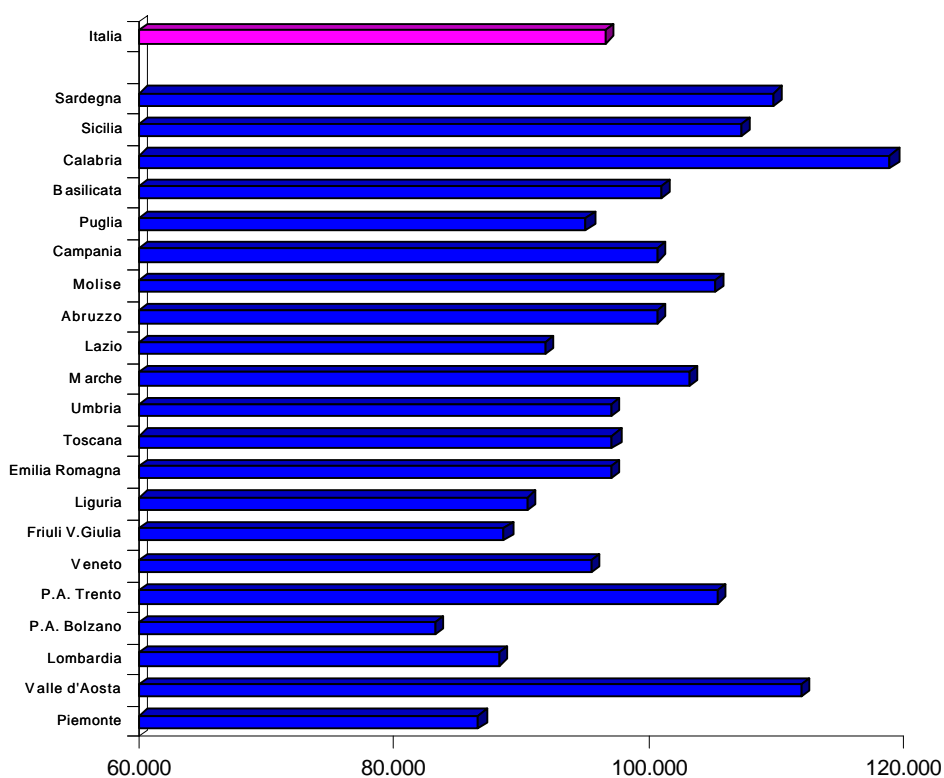


Grafico 11

SPESA PRO-CAPITE PER MEDICINA GENERALE CONVENZ. - ANNO 1995



SPESA PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA CONVENZIONATA

Questa funzione di spesa riguarda tutte le prestazioni ospedaliere erogate in regime di convenzione dalle strutture ospedaliere convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale.

Tavola 12

SPESA OSPEDALIERA CONVENZIONATA ESPRESSA IN LIRE CORRENTI E RELATIVE AL 1995.

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Valori correnti <i>(in mld)</i>	6.983	7.849	8.985	9.914	10.215	10.493	10.270
Valori costanti <i>(in mld) 1995</i>	9.698	10.274	11.052	11.570	11.441	11.307	10.270

Dal raffronto degli importi di spesa al netto dell'effetto inflattivo si rileva un andamento crescente nel periodo 1989-1992 con una lieve inversione di tendenza negli anni successivi. (Tavola 12)

Tavola 13

INDICI DI VARIAZIONE % DELLA SPESA OSPEDALIERA CONVENZIONATA ESPRESSA IN LIRE COSTANTI

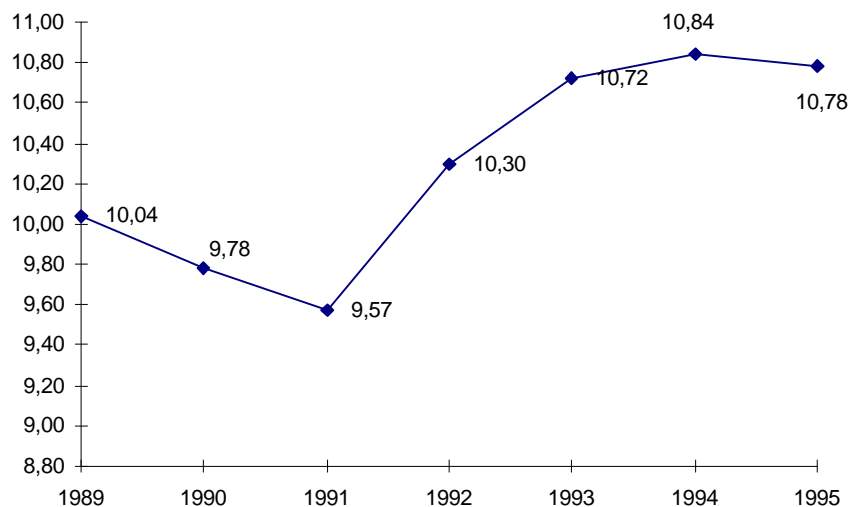
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Base fissa: <i>1989 = 100</i>	100	105,94	113,97	119,30	117,97	116,59	105,90
Base mobile: <i>anno prec. = 100</i>		105,94	107,57	104,68	98,89	98,83	90,83

Rispetto alla spesa sostenuta nel 1989 il massimo aumento si è avuto nel 1992 (+19,30%) per poi registrare una continua riduzione negli anni successivi. L'indice di variazione annuale calcolato in base alla spesa sostenuta nell'anno precedente mostra il massimo aumento nel 1991 (+7,57%) mentre dal 1993 si registra un contenimento di questo tipo di spesa, sino alla contrazione del 1995 (-9,17%). (Tavola 13)

La spesa pro-capite sostenuta nel 1995 per l'assistenza ospedaliera convenzionata è di circa £179.000 e presenta una notevole variabilità a livello regionale. In modo eclatante emerge la spesa capitaria della Regione Lazio con oltre £411.000 e della regione Valle d'Aosta con il valore minimo di sole £17.000. (Grafico 13)

Grafico 12

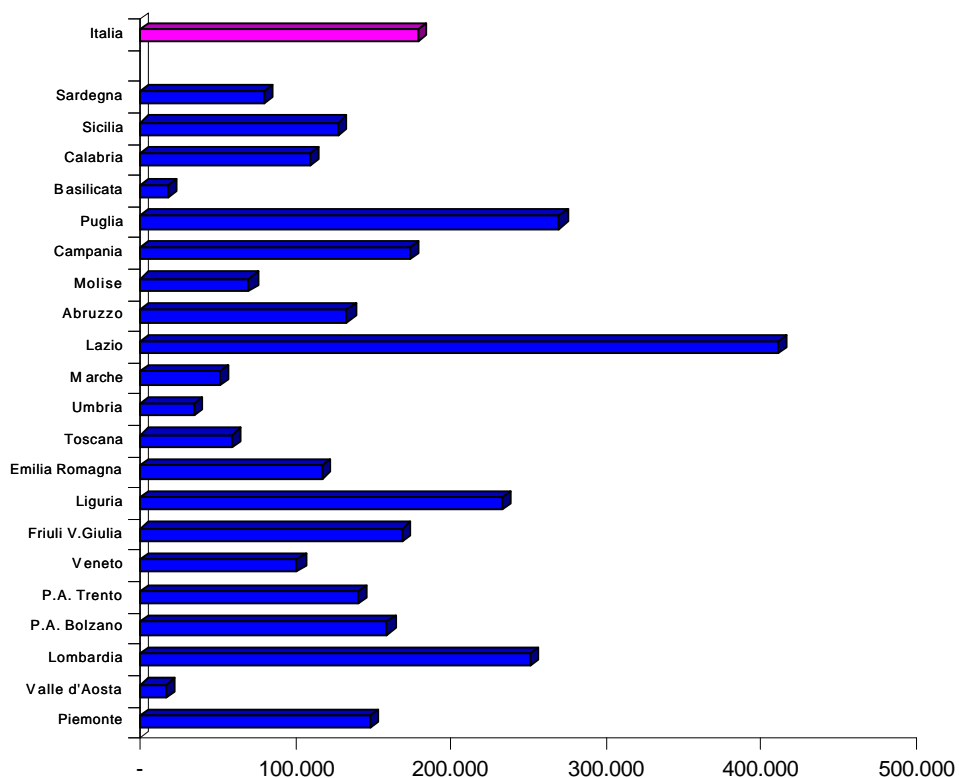
INCIDENZA % SPESA OSPEDALIERA CONVENZIONATA SULLA SPESA TOTALE



L'incidenza della spesa ospedaliera convenzionata rispetto alla spesa complessiva non subisce forti variazioni negli anni e si attesta mediamente intorno al 10,3%. (Grafico 12)

Grafico 13

SPESA PRO-CAPITE OSPEDALIERA CONVENZIONATA - ANNO 1995



SPESA PER MEDICINA SPECIALISTICA CONVENZIONATA

La spesa per la medicina specialistica convenzionata è data dalle prestazioni specialistiche erogate: presso gli ambulatori extra-ospedalieri delle U.S.L. (convenzione interna), presso gli ambulatori e le strutture diagnostiche di proprietà dei privati, singoli o associati e presso gli ambulatori delle case di cura private (convenzione esterna).

Tavola 14

SPESA PER MEDICINA SPECIALISTICA CONVENZIONATA IN LIRE CORRENTI E RELATIVE AL 1995.

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Valori correnti <i>(in mld)</i>	3.417	3.501	3.740	3.187	2.648	2.471	2.299
Valori costanti <i>(in mld) 1995</i>	4.746	4.583	4.601	3.719	2.966	2.663	2.299

Tavola 15

INDICI DI VARIAZIONE % DELLA SPECIALISTICA CONVENZIONATA ESPRESSA IN LIRE COSTANTI

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Base fissa: <i>1989 = 100</i>	100	96,57	96,95	78,37	62,50	56,11	48,45
Base mobile: <i>anno prec. = 100</i>		96,57	100,39	80,84	79,74	89,78	86,34

Il raffronto degli importi di spesa sostenuta nel periodo in esame evidenzia una continua notevole diminuzione della spesa per questa forma di assistenza erogata in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale. (Tavola 14)

L'indice di variazione percentuale della spesa, calcolato in termini reali rispetto all'analoga spesa sostenuta nel 1989, presenta un trend nettamente decrescente ed evidenzia come tale spesa si sia più che dimezzata nel 1995 rispetto a quella sostenuta all'inizio del periodo in esame. L'incidenza percentuale di questa funzione di spesa si è costantemente ridotta, passando da circa il 5% del 1989 al 2,41% del 1995. (Grafico 14)

A livello regionale la distribuzione della spesa per ciascun cittadino risulta fortemente differenziata: il Lazio è la regione con la spesa più elevata, circa £ 73.000 per cittadino, mentre la Basilicata, il Friuli Venezia Giulia e la Provincia Autonoma di Bolzano sono quelle che registrano una minore spesa (inferiore a £ 20.000). (Grafico 15)

Grafico 14

INCIDENZA % SPESA SPECIALISTICA CONVENZIONATA SULLA SPESA TOTALE

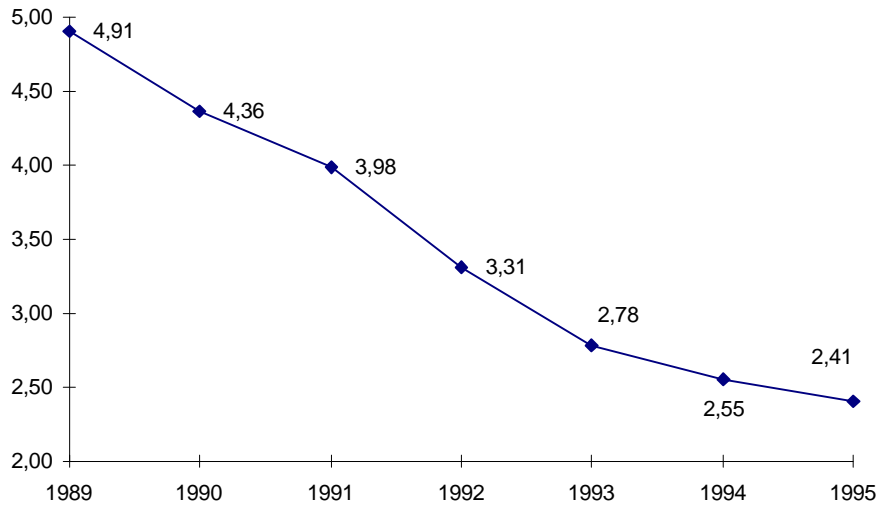
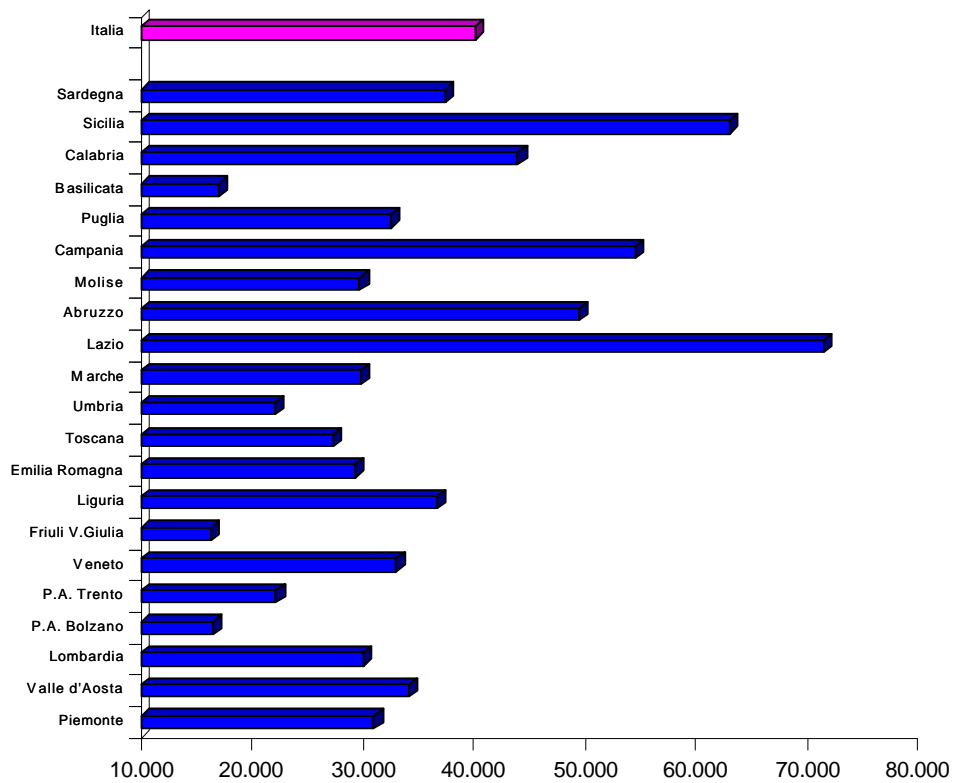


Grafico 15

SPESA PRO-CAPITE PER LA SPECIALISTICA CONVENZIONATA - ANNO 1995



SPESA PER ALTRA ASSISTENZA

In questa voce di spesa confluiscono capitoli che contabilizzano spese concernenti vari tipi di assistenza: la riabilitazione in convenzione, la protesica, le cure termali, l'assistenza agli anziani ed ai disabili in convenzione, le comunità terapeutiche e l'assistenza integrativa. I capitoli più importanti dal punto di vista quantitativo sono quelli concernenti la riabilitazione ed il termalismo terapeutico.

Tavola 16

SPESA PER ALTRA ASSISTENZA IN LIRE CORRENTI E RELATIVE AL 1995.

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Valori correnti	2.475	3.498	4.638	5.173	5.453	5.885	6.095
<i>(in mld)</i>							
Valori costanti	3.437	4.579	5.705	6.037	6.107	6.342	6.095
<i>(in mld) 1995</i>							

Tavola 17

INDICI DI VARIAZIONE % DELLA SPESA PER ALTRA ASSISTENZA ESPRESSA IN LIRE COSTANTI

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Base fissa:	100	133,21	165,98	175,63	177,68	184,50	177,32
<i>1989 = 100</i>							
Base mobile:		133,21	124,60	105,81	101,17	103,84	96,11
<i>anno prec. = 100</i>							

Gli indici di variazione percentuale evidenziano un forte aumento di questa funzione di spesa, (+77,32%) alla fine del periodo in esame, rispetto all'anno base 1989.

Gli incrementi annuali più accentuati di questa funzione di spesa, rispetto a quella sostenuta nell'anno precedente, si sono registrati nel biennio 1990-1991: essi sono stati rispettivamente del 33,21% e del 24,60%. (Tavola 17)

L'incidenza della spesa per "altra assistenza" rispetto alla spesa complessiva è passata dal 3,6% al 6,4% nel periodo esaminato. (Grafico 16)

Grafico 16

INCIDENZA % SPESA PER ALTRA ASSISTENZA SULLA SPESA TOTALE

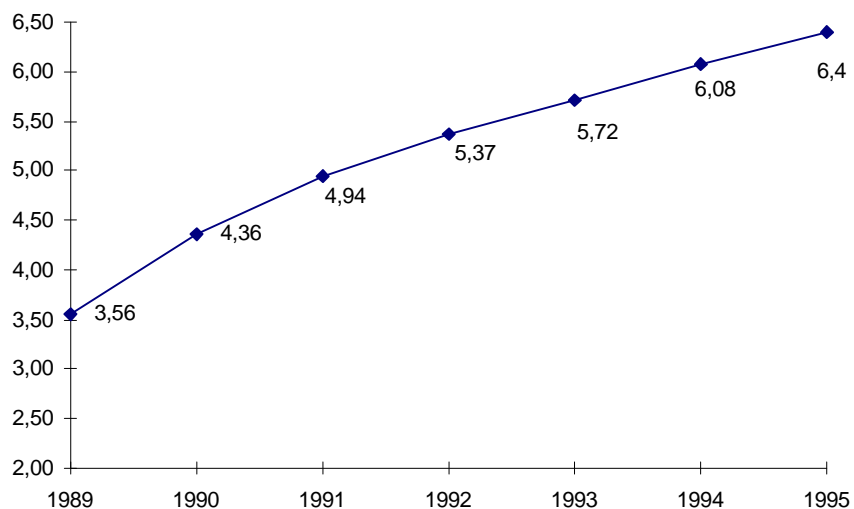
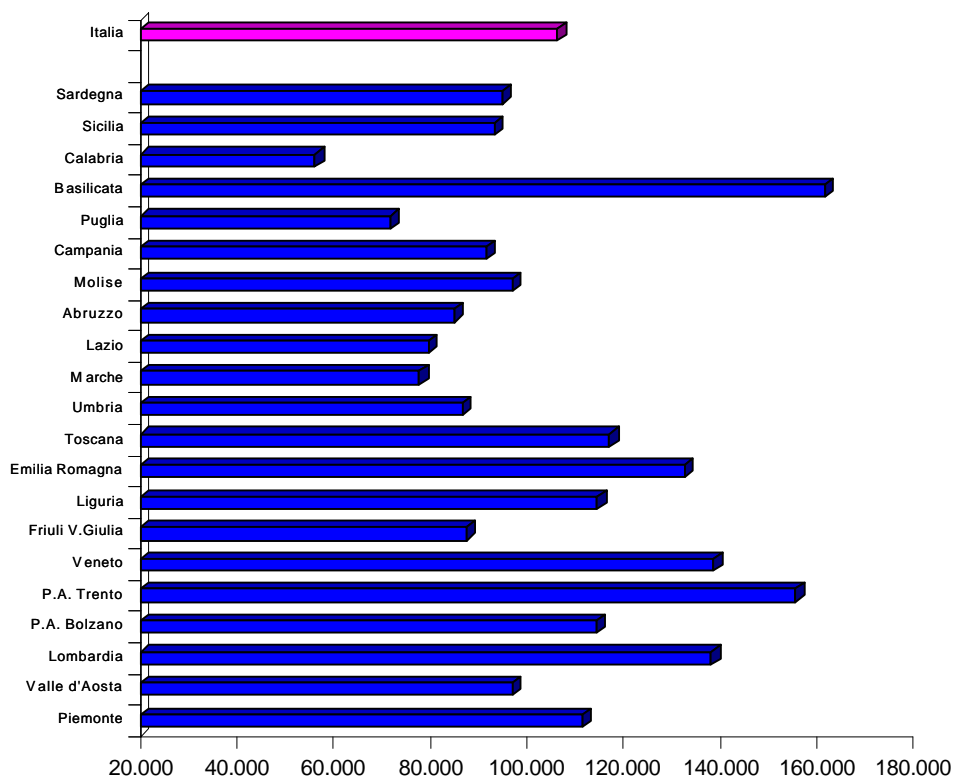


Grafico 17

SPESA PRO-CAPITE PER ALTRA ASSISTENZA - ANNO 1995



La distribuzione regionale pro-capite per il suddetto aggregato di spesa risulta anche in questo caso piuttosto differenziata con valori più elevati per la Basilicata (circa £ 161.000) ed il valore più contenuto per la Calabria (circa £ 56.000). (Grafico 17)

SPESA PER INTERESSI PASSIVI

Questo aggregato di spesa che rappresenta quanto dovuto dalle U.S.L. per il ripiano dei disavanzi contabili degli esercizi pregressi, presenta un andamento fortemente crescente dal 1989 al 1992, anno in cui la situazione di liquidità delle U.S.L. è notevolmente migliorata a causa della possibilità di introiti finanziari da parte delle regioni, tramite mutui. Nel 1993, infatti, si è avuta una inversione di tendenza con un decremento dello 0,8% rispetto all'anno precedente, più consistente nel 1994 (-26,95%), sino a registrare un'imponente riduzione nel 1995 (-80,09%).(Tavola 19)

Tavola 18

SPESA PER INTERESSI PASSIVI ESPRESSA IN LIRE CORRENTI E RELATIVE AL 1995.

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Valori correnti	219	350	620	1.069	1.105	839	180
<i>(in mld)</i>							
Valori costanti	304	458	763	1.248	1.238	904	180
<i>(in mld) 1995</i>							

Tavola 19

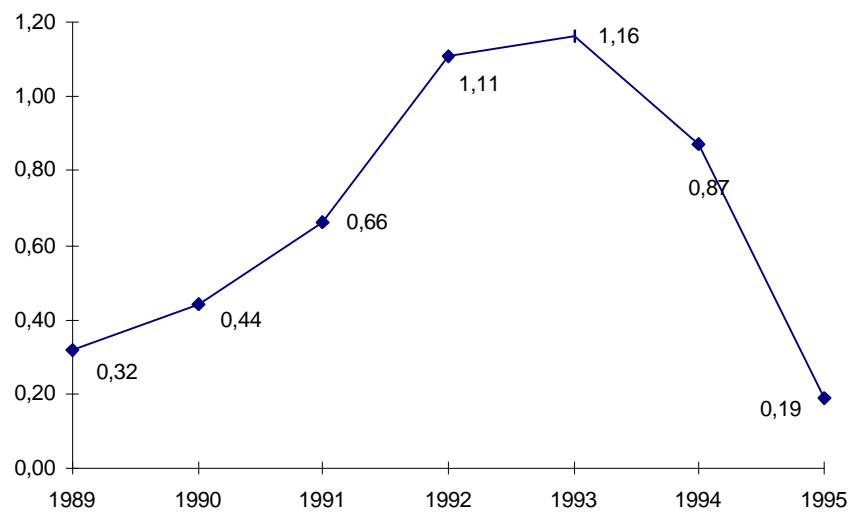
INDICI DI VARIAZIONE % DELLA SPESA PER INTERESSI PASSIVI ESPRESSA IN LIRE COSTANTI

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Base fissa:	100	150,63	250,75	410,17	406,91	297,26	59,18
<i>1989 = 100</i>							
Base mobile:		150,63	166,47	163,57	99,20	73,05	19,91
<i>anno prec. = 100</i>							

Anche l'incidenza percentuale degli interessi passivi sulla spesa complessiva risente della forte contrazione subita da questo aggregato di spesa, passando dall'1,16% del 1993 allo 0,19% del 1995. (Grafico 18)

Grafico 18

INCIDENZA % SPESA PER INTERESSI PASSIVI SULLA SPESA TOTALE



Capitolo 5

***LA DISTRIBUZIONE DELLE USL E DELLE AZIENDE
OSPEDALIERE***

Nel 1995 si è attuata la riforma del Servizio Sanitario Nazionale così come previsto dal Decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche

Sono state istituite le Aziende Sanitarie Locali dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. che provvedono ad assicurare i livelli uniformi di assistenza nel proprio ambito territoriale.

Parallelamente sono state costituite le aziende ospedaliere anch'esse dotate di personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Gli ospedali costituiti in azienda ospedaliera sono strutture di rilievo nazionale e di alta specializzazione, centri di riferimento della rete dei servizi di emergenza.

Tavola 1

DISTRIBUZIONE REGIONALE DELLE U.S.L. DOPO IL DECRETO LEGISLATIVO 502/92

Regioni	USL dopo la L.502/92	USL - situazione precedente
<i>Piemonte</i>	22	63
<i>Valle d'Aosta</i>	1	1
<i>Lombardia</i>	44	84
<i>P.A. Bolzano</i>	4	4
<i>P.A. Trento</i>	1	11
<i>Veneto</i>	22	36
<i>Friuli V.G.</i>	6	12
<i>Liguria</i>	5	20
<i>Emilia Romagna</i>	13	41
<i>Toscana</i>	12	40
<i>Umbria</i>	5	12
<i>Marche</i>	13	24
<i>Lazio</i>	12	51
<i>Abruzzo</i>	6	15
<i>Molise</i>	4	7
<i>Campania</i>	13	61
<i>Puglia</i>	12	55
<i>Basilicata</i>	5	7
<i>Calabria</i>	11	31
<i>Sicilia</i>	9	62
<i>Sardegna</i>	8	22
Totale	228	659

Tavola 2

DISTRIBUZIONE REGIONALE DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

Regioni	Aziende ospedaliere
<i>Piemonte</i>	7
<i>Valle d'Aosta</i>	0
<i>Lombardia</i>	16
<i>P.A. Bolzano</i>	0
<i>P.A. Trento</i>	0
<i>Veneto</i>	2
<i>Friuli V.G.</i>	3
<i>Liguria</i>	3
<i>Emilia Romagna</i>	5
<i>Toscana</i>	4
<i>Umbria</i>	2
<i>Marche</i>	3
<i>Lazio</i>	3
<i>Abruzzo</i>	0
<i>Molise</i>	0
<i>Campania</i>	7
<i>Puglia</i>	4
<i>Basilicata</i>	1
<i>Calabria</i>	4
<i>Sicilia</i>	16
<i>Sardegna</i>	1
Totale	81

Nella tavola 2 sono riportate le aziende ospedaliere costituite nelle regioni al 31/12/1995, con esclusione dei policlinici universitari a gestione diretta che l'articolo 4 del decreto legislativo n. 502/92 costituisce automaticamente in azienda.

Centro Stampa
Sistema Informativo Sanitario
Dipartimento Programmazione
Agosto '96