

CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE

CONVEGNO NAZIONALE

sulla

ricerca scientifica e tecnologica

e lo sviluppo del Mezzogiorno

Pugnochiuso - Vieste (Foggia)

22 - 25 ottobre 1974

“MEDICINA E SOCIETÀ”

Prof. LUIGI DONATO

Direttore del Laboratorio di fisiologia clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche

A Giò, con tutto il mio
amore. Se mai questo fare
del bene a qualcuno, sia
in tutto peche munto del
mo sacrificio di tutti giorni
e di tutte notti, del mio
aiuto e delle mie pepeupe

20/ottobre/74

Giò

A Gabriele MONASTERIO

esempio nella medicina
e nell'impegno civile

MEDICINA E SOCIETA'

Luigi DONATO. Laboratorio di Fisiologia Clinica del CNR - PISA

Hanno collaborato alla raccolta e/o elaborazione dei dati:

L.Amaducci (Firenze, Cl.Neurologica Università).
P.Boeri (Milano, Cl.Neurologica Università).
G.Buzzigoli (Pisa, Lab.Fisiologia Clinica, CNR).
R.Catelani (Torino, Fondazione italiana Ricerca Medica).
A.Coli (La Spezia, Ospedale Civile).
B.Dominianni (Reggio Calabria, Assessorato alla Sanità).
C.Fieschi (Siena, Cl.Neurologica Università).
N.Gianotti (Torino, Fondazione Italiana Ricerca Medica).
C.Imperato (Roma, Cl.Pediatrica Università).
E.Lupetti (Pisa, Ospedale Civile).
Q.Maggiore (Reggio Calabria, Ospedale Civile).
L.Odoguardi (Lucca, Ospedale Civile).
V.Panichi (Volterra, Ospedale Civile).
F.Pocchiari (Roma, Ist.Superiore Sanità).
P.Rossi (Novara, Ospedale Civile).
G.Santopadre (Pisa, Ospedale Civile).
R.Saracci (Pisa, Biostatistica, LFC, CNR).
G.Scali (Reggio Calabria, Assessorato alla Sanità).

Un particolare ringraziamento è dovuto al Prof.Saracci,
al Prof.Maggiore, al Dr.Gianotti e al Prof.Amaducci per il
loro contributo all'esame critico dei dati.

I. PREMESSA

Scopo di questa relazione è quello di identificare quali linee di ricerca, collegandosi più direttamente con i problemi sanitari caratteristici della società meridionale, possano contribuire allo sviluppo del mezzogiorno.

Coerentemente con gli obiettivi che i promotori del Convegno si sono prefissati, si è cercato di vedere le peculiarità della situazione sanitaria del meridione non soltanto come oggetto passivo della ricerca. Nell'esaminare i tratti caratteristici si è anche cercato di segnalare quelli il cui approfondimento sembra poter contribuire in modo diretto allo sviluppo sanitario dell'intero paese.

La relazione è articolata in tre parti. Nella prima vengono identificate alcune caratteristiche salienti della problematica sanitaria del meridione. Nella seconda viene analizzata la situazione delle strutture sociali e sanitarie, ed in particolare dei presidi assistenziali, in rapporto ai problemi prima iden

tificati. Nella terza parte infine si tenta di definire le caratteristiche ottimali di un intervento nel settore della ricerca biomedica in rapporto ai risultati dell'analisi dei problemi e delle strutture.

La relazione non ha pretesa di completezza; essa segue alcuni filoni di approfondimento, fondati su rilievi statistici disponibili da una serie di fonti (Annuari Statistici Italiani, documenti FIARO, Statistiche di Ospedali meridionali, centrali e settentrionali, documenti di altri Enti nazionali o internazionali). Alla raccolta dei dati hanno contribuito medici, sociologi, ed economisti, nonchè responsabili di Enti locali, regionali e nazionali, cui va il mio ringraziamento per la preziosa collaborazione.

La responsabilità dell'analisi e della interpretazione dei dati è tuttavia interamente mia, e come tale non riflette necessariamente le loro opinioni.

II. PROBLEMI SANITARI DELLA SOCIETA' MERIDIONALE E INSULARE

2.1. La mortalità perinatale.

Su questo argomento moltissimo è stato scritto, anche recentemente, da medici, sociologi, economisti e politici, che hanno analizzato le dimensioni, le cause, e le tendenze evolutive del fenomeno.

Che la mortalità intorno alla nascita sia nelle nostre regioni meridionali ed insulari abnormemente alta, si dà da dare all'Italia un triste primato tra i paesi della fascia di sviluppo corrispondente, rappresenta purtroppo verità indiscutibile.

La fig.1 illustra l'entità e la distribuzione del fenomeno, nonché la sua evoluzione nel quinquennio 1967-1972. Per riferimento vi è rappresentata la fascia di mortalità (morti nel primo anno di vita per 1000 nati vivi) negli altri paesi della CEE. Si rileva quanto segue:

- (a) la mortalità nel primo anno %nati vivi, sia nel 1967 che nel 1972 è nelle regioni meridionali ed insulari circa il 50% superiore a quella delle regioni settentrionali;
- (b) dal 1967 al 1972 la mortalità si è ridotta marcatamente nelle tre ripartizioni, portando nord e centro nella fascia della CEE, mentre nel sud e nelle isole resta in media circa il 50% al di so-

pra dei massimi CEE;

- (c) la distribuzione tra le regioni meridionali e insulari non è affatto omogenea. Per il 1967 si passa dal massimo di oltre il 52% nella Campania ai minimi intorno al 30% nell'Abruzzo e Molise;
- (d) la riduzione dal 1967 al 1972 ha portato nella fascia europea Abruzzo e Molise, ed ha avvicinato ai livelli del Centro Nord la Puglia e la Sardegna, mantenendo però, nonostante la spiccata riduzione, il triste primato della Campania, ed incidendo relativamente poco in Sicilia.

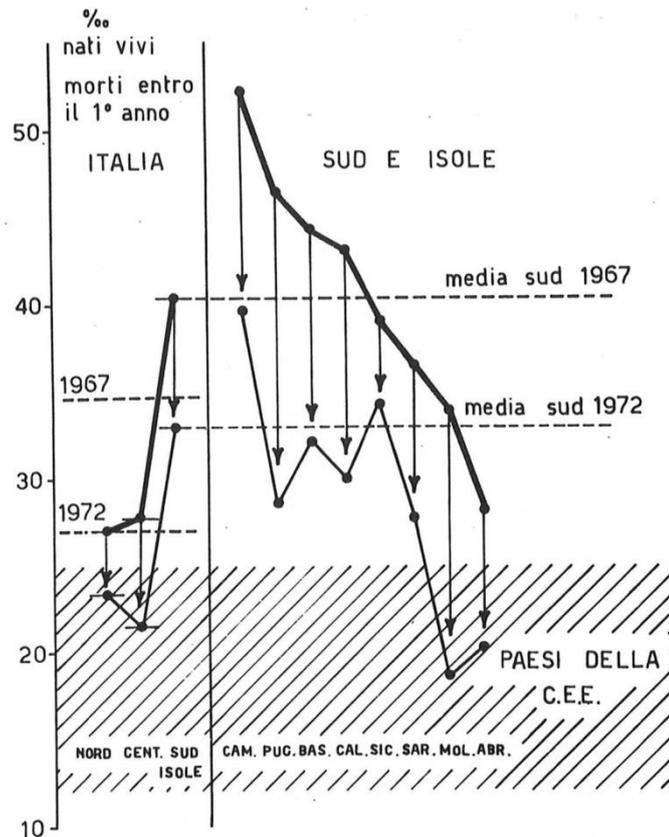


Fig.1. Mortalità entro il primo anno di vita per 1000 nati vivi, per gli anni 1967 e 1972. (Annuario Statistico Italiano, 1969 e 1973).

Tale abnorme e grave fenomeno non si spiega esclusivamente con la mortalità elevata alla nascita e subito dopo. Infatti anche nel periodo post-natale (tra un mese ed un anno di vita) la mortalità permane abnormemente elevata nelle regioni meridionali. La fig.2 analizza il comportamento della mortalità post-neonatale per due gruppi di malattie che danno ad essa il massimo contributo (le enteriti e le polmoniti). Si nota come, con riferimento alla CEE ed agli USA, ed anche all'incidenza relativamente alta di mortalità per polmonite in Inghilterra e USA, le regioni meridionali si pongono a livelli che raggiungono il 1500% dei valori CEE per le polmoniti ed il 1000% per le enteriti.

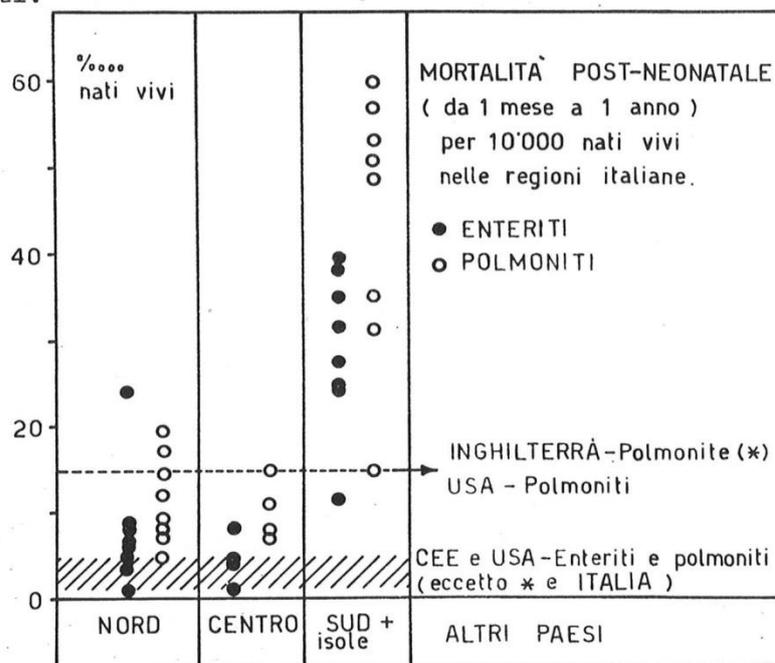


Fig.2. Mortalità post-neonatale per enteriti e polmoniti nelle regioni del Nord, Centro, Sud e Isole nel triennio 1968-70. (Calcolati da: Ministero della Sanità, Direzione Generale dei Servizi di Medicina Sociale, Divisione II: Relazione al Consiglio Superiore di Sanità sui problemi organizzativi della protezione materno infantile, Maggio 1974).

Il fenomeno della eccedenza di mortalità nelle regioni meridionali ed insulari si potrae anche al di là del primo anno di vita ed i morti tra 1 e 5 anni di età, che sono dell'ordine del 3% dei nati vivi nel nord e nel centro, sono circa il 5,5% nel meridione e nelle isole.

A completare il quadro di questa durissima realtà, si accompagna nel sud e nelle isole il rilievo della alta mortalità materna per cause inerenti il parto o il puerperio, come illustrato nella fig.3, con riferimento al livello di mortalità materna nella CEE,

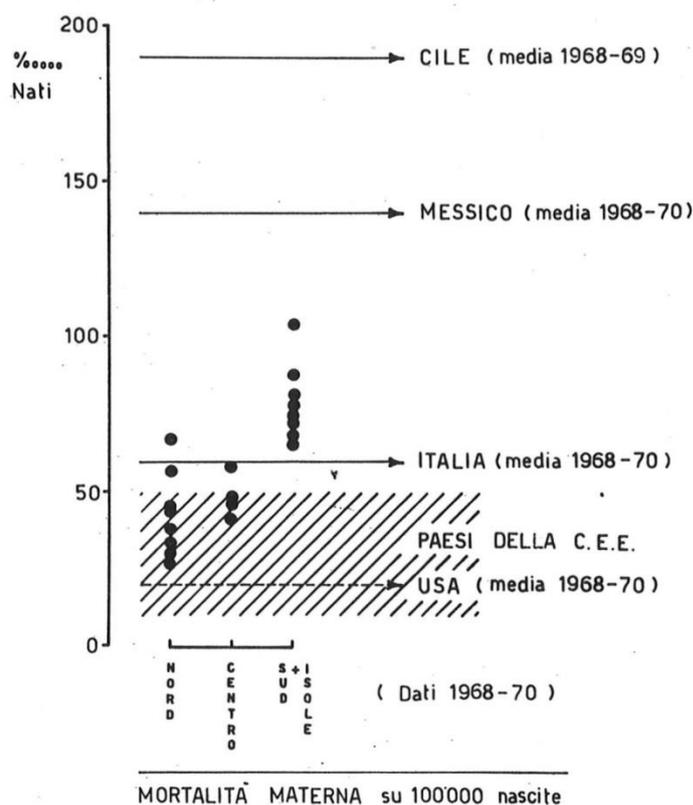


Fig.3. Mortalità materna per cause inerenti il parto e il puerperio nel triennio 1968-70:

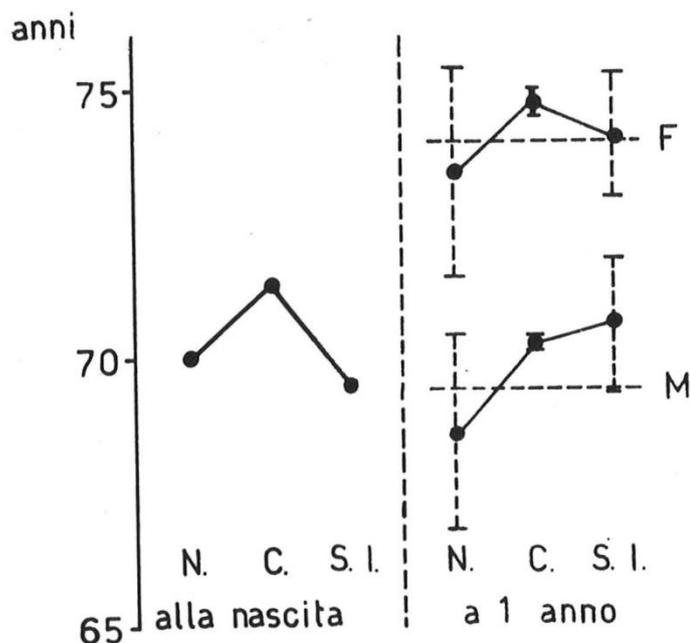
(Calcolati da: Ministero Sanità, stessa fonte di fig.2).

negli USA, in Messico ed in Cile. Anche per questo dato si rileva la situazione assolutamente abnorme del meridione rispetto al Centro e Nord, alla CEE ed agli USA, con punte di oltre 100 morti materne per 100.000 nati.

Da quanto detto risulta chiaro come le dimensioni del fenomeno siano tali da giustificare ampiamente il termine di "Strage degli innocenti" con cui è stato definito in un'opera recente.

2.2. Attesa di vita nel meridione e nelle isole.

Si definisce attesa di vita la durata di vita che si può prevedere che ad un individuo resti da vivere ad una determinata età, calcolata in base ai tassi di mortalità osservati per le varie età successive.



ATTESA DI VITA

Fig.4. Attesa di vita per ripartizioni geografiche (Nord, N, Centro, C, e Sud+Isole, SI) alla nascita (maschi+femmine) ed ad un anno di età (separata per maschi M e femmine F). Le linee verticali in dicano gli estremi osservati nelle varie regioni della ripartizione (Calcolati dai dati ISTAT 1960-62).

La fig.4 illustra l'attesa di vita nelle tre ripartizioni Nord, Sud, Centro e Isole, sia alla nascita, che ad 1 anno di età.

Si noti come l'attesa di vita alla nascita nel Sud ed Isole, combinata per maschi e femmine, non sia sostanzialmente diversa da quella del Nord. Il quadro cambia completamente a 1 anno di età dopo la falciatura della mortalità perinatale e post-natale. I dati, disaggregati per i due sessi, mostrano nelle tre ripartizioni la ben nota maggiore attesa di vita per le femmine rispetto ai maschi (in media 74 anni, contro 69,5) ma soprattutto essi richiamano l'attenzione sul fatto che mentre l'attesa di vita ad 1 anno di età non differisce nelle tre ripartizioni per le femmine, per il maschio essa è significativamente più alta nel Sud e nelle isole rispetto al Nord ed anche al Centro. In altre parole il maschio che in tale ripartizione abbia superato la falciatura della mortalità nel primo anno, ha una attesa di vita maggiore rispetto al coetaneo del Nord. Si tratta di un dato già noto ai demografi, che ci limitiamo per ora a riferire senza tentare di analizzarlo.

2.3. Mortalità per tumori e per altre cause.

L'analisi dei tassi di mortalità per gruppi di cause nelle tre ripartizioni geografiche nazionali presenta notevoli difficoltà per una serie di ragioni. Una delle principali è la inadeguatezza del sistema classificativo rispetto alla patologia prevalente ed al livello della organizzazione sanitaria italiana. Tuttavia essa si presta a due rilievi importanti:

- a) le morti da cause non diagnosticate, che sono inferiori al 3% al Centro e al Nord, salgono in media ad oltre il 5% nel Sud e nelle isole (fig. 5).

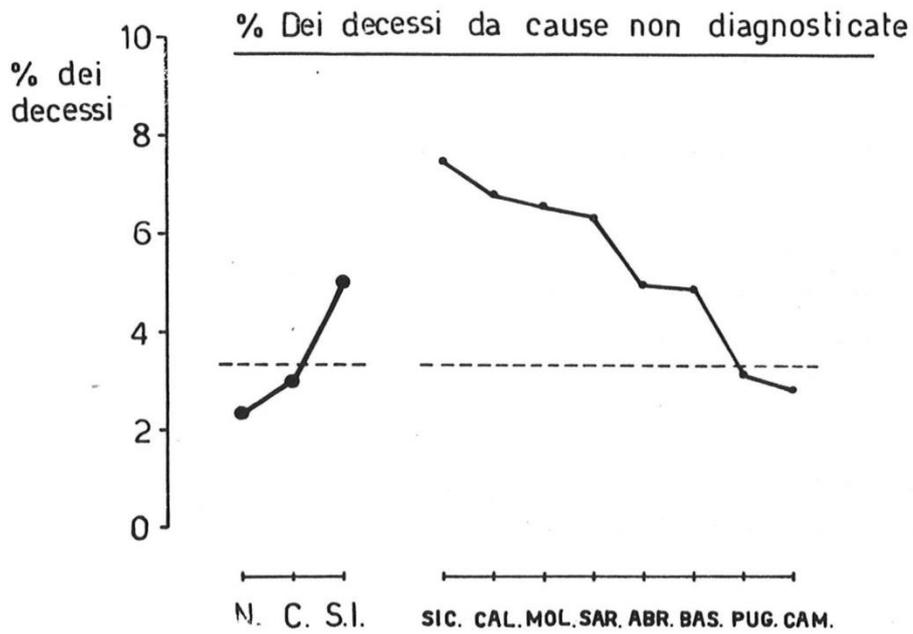


Fig.5. Vedi testo

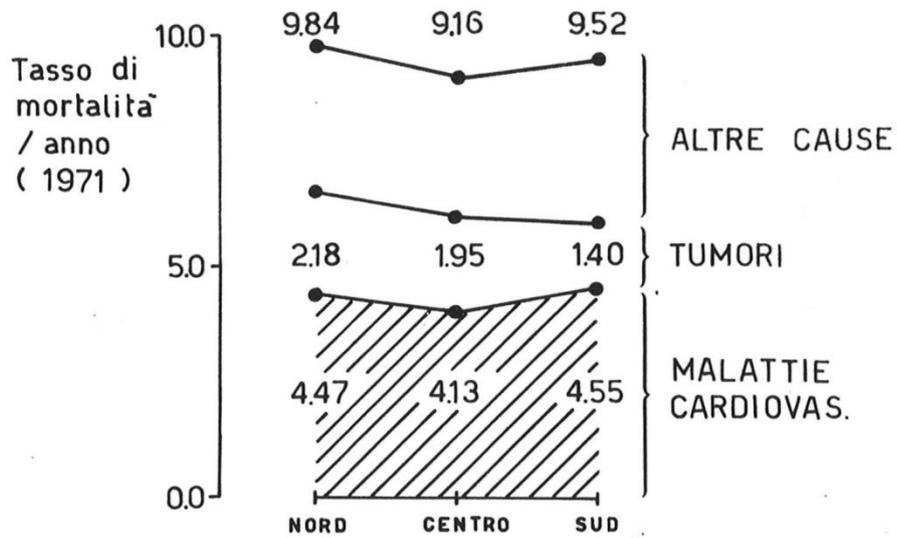


Fig.6. Tassi di mortalità per 1000, nelle tre ripartizioni geografiche, per maschi e femmine associati. (Calcolati dai dati ISTAT per il 1971).

b) la mortalità per tumori maligni nel Sud e nelle isole è in media del 50% inferiore rispetto al Nord e al Centro, né le morti da causa incerta sono in grado di compensare completamente tale differenza (fig.6). Questo rilievo, già fatto da numerosi demografi, è ancora oggetto di notevoli perplessità tra gli oncologi, ma è di entità tale da meritare di essere segnalato ed approfondito, come faremo in seguito.

Praticamente nulla si può dire per quanto riguarda la più importante causa di mortalità, le malattie cardio-vascolari, in quanto la insufficienza classificativa e l'aggregazione maschi-femmine rende praticamente privo di significato il tasso di mortalità pressoché uguale calcolabile nelle tre ripartizioni e riportato in fig.6.

III. STRUTTURA SOCIALE E SANITARIA.

3.1. Condizioni igienico-abitative.

Numerosi autori hanno posto l'accento sul fatto che l'alto livello di mortalità perinatale, post-neonatale ed infantile nel meridione e nelle isole trova radici nelle insufficienze sociali e particolarmente in quelle igienico-abitative.

La fig.7 rappresenta, per le tre ripartizioni geografiche e per ciascuna regione meridionale ed insulare, la percentuale della popolazione vivente in abitazioni formate da un solo vano, ed il numero medio di occupanti del vano unico, calcolati in base al censimento 1961. Si rileva come la percentuale di popolazione in alloggi monovano, intorno al 2% nel Nord e Centro con una media di 2 occupanti per vano, salisse nel 1961 a quasi il 15% nel Sud ed Isole, con un affollamento medio che si avvicinava a 4 occupanti per vano. Tale valore medio risultava però da una distribuzione estremamente disomogenea: dal 4% circa della popolazione interessata nell'Abruzzo, Molise e Sardegna (2 volte rispetto al Centro Nord) si passava infatti ad una media del 20% della popolazione (10 volte il Centro Nord) abitante 1 solo vano nel resto del meridione e in Sicilia. Il quadro igienico sanitario risultante dal censimento 1961 è completato dal rilievo che la percentuale di abitazioni sprovviste di acqua potabile oscillava tra il 16.3% della Sicilia ed il 49.4% della Basilicata contro una media nazionale del 14%.

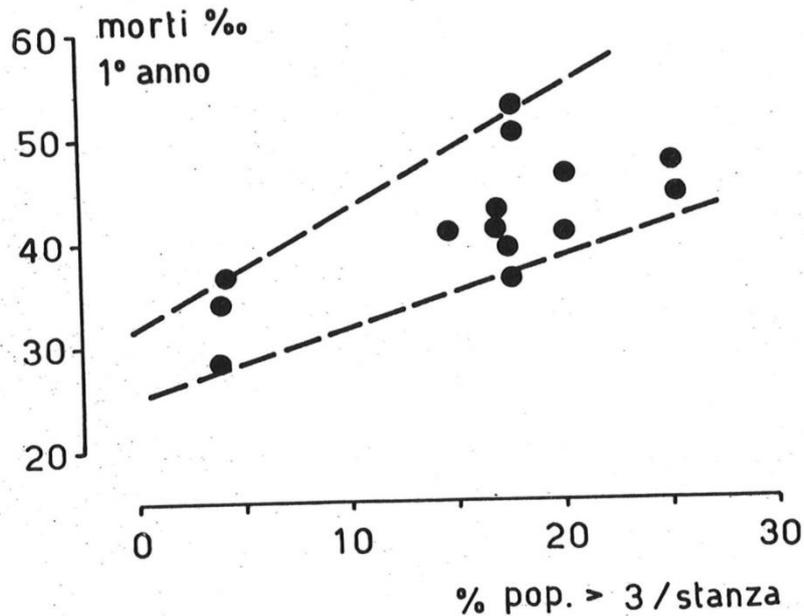
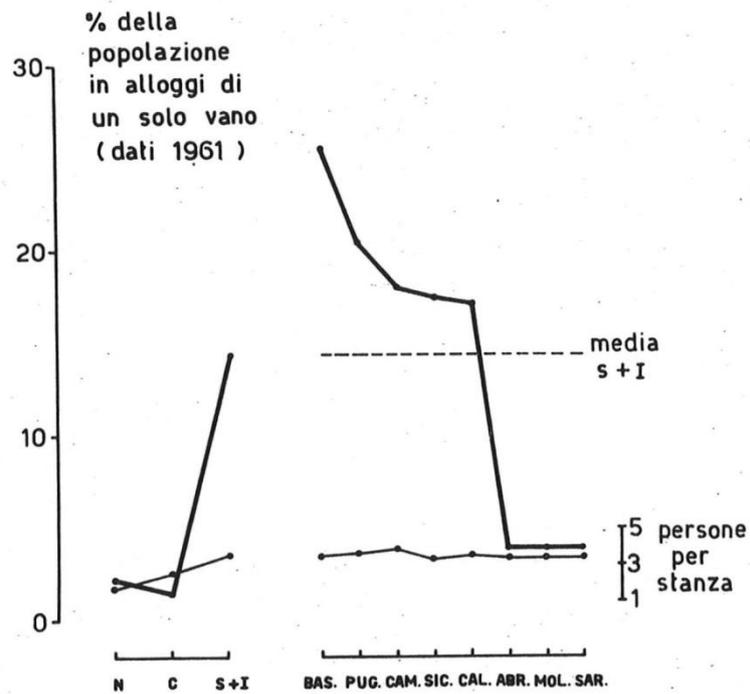


Fig.7. Percentuale della popolazione nelle tre ripartizioni geografiche e nelle regioni meridionali e insulari che occupa abitazioni di un solo vano (tratto marcato), e affollamento medio del vano occupato (tratto fine). Annuario Statistico Italiano, 1969.

Fig.8. In ordinate: mortalità per 1000 nati vivi entro il primo anno di vita per l'anno 1967. In ascisse: percentuale della popolazione che vive in abitazioni di un solo vano. Annuario Statistico Italiano, 1969.

Se si confrontano tali dati abitativi con i dati della mortalità infantile la correlazione è evidente, come si rileva dalla fig.8, dove la mortalità entro il 1° anno di vita è confrontata con la percentuale della popolazione che vive in condizioni di affollamento superiore a 3 per stanza.

Purtroppo i dati del censimento del 1971 non sono direttamente confrontabili perchè non consentono di determinare l'indice di affollamento degli appartamenti. Tuttavia essi consentono di rilevare una spiccatissima riduzione sia della percentuale di popolazione che vive in un solo vano, sia della percentuale di abitazioni sprovviste di acqua potabile. Nella fig.9 il semplice confronto della mortalità entro il 1° anno con la percentuale di popolazione in appartamenti di una sola stanza mostra una buona correlazione tra i due indici per i due censimenti. Da notare che la funzione che descrive i dati del '71 si situa ad un livello inferiore a quella del 1961 a indicare che qualche altra variabile significativa è intervenuta a migliorare il quadro.

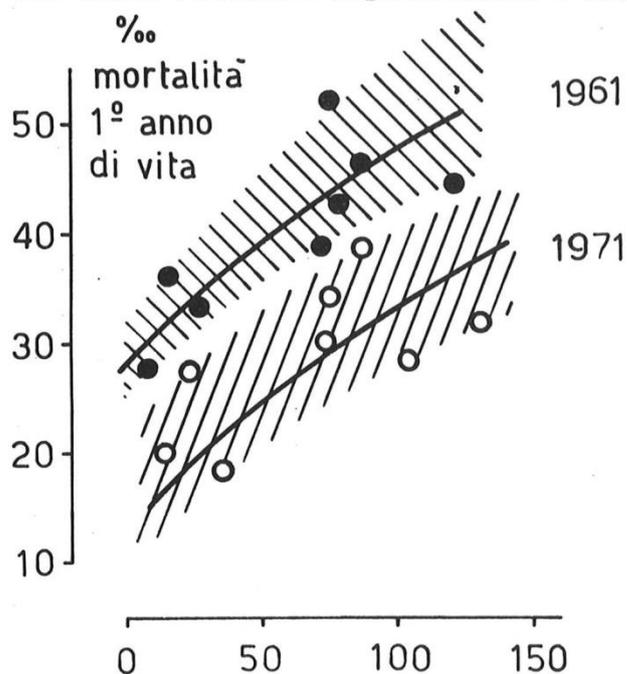


Fig.9. Mortalità nel 1° anno di vita in relazione alla quota della popolazione in abitazioni monovano. (Annuario Statistico Italiano, 1969 e 1973).

% Popolazione che vive in una stanza

D'altra parte dal 1961 al 1971 cala drasticamente la percentuale di abitazioni sprovviste di acqua potabile, scendendo in media al 6.3% per Sud ed Isole, enormemente ridotta rispetto ai valori dal 16 al 49% del 1961, ma ancora da 3 a 6 volte più alta rispetto al Centro Nord. Tuttavia (fig.10) si osserva che la riduzione di mortalità nel primo anno osservata dal 1961 al 1971 tende a correlare con la riduzione percentuale di abitazioni sprovviste di acqua potabile.

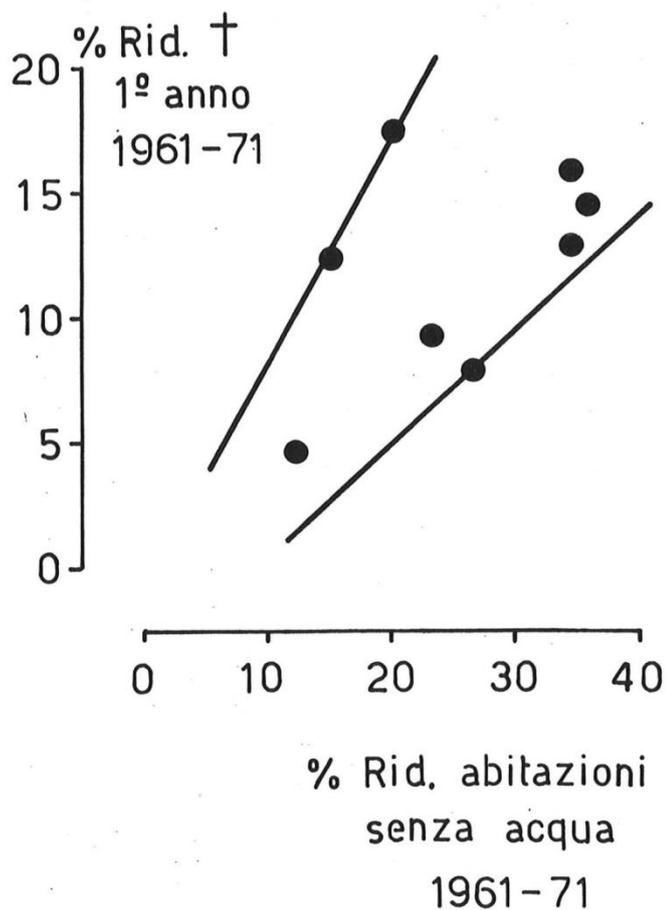


Fig.10. Variazioni in meno della mortalità in fan- tile e delle a- bitazioni sprovviste di acqua potabile. (Annuario St tistico Italiano, 1969 e 1973).

3.2. Assistenza ostetrica e pediatrica

Se i dati sopra riportati suggeriscono che le condizioni igienico-abitative siano una determinante di rilievo della mortalità infantile meridionale, al cui miglioramento consegue la riduzione proporzionale della mortalità stessa, l'altra componente significativa è rappresentata dalla disponibilità di assistenza sanitaria specifica, ostetrica e pediatrica.

La fig.11 mostra infatti la chiara tendenza alla correlazione inversa tra mortalità nel primo anno di vita nelle varie regioni, e disponibilità di posti letto in reparti di ostetricia e di pediatria. Ancora più evidente è la figura 12 che dimostra come la riduzione di mortalità nel primo anno di vita dal 1967 al 1971 correli assai bene con l'aumento del numero di ostetriche ospedaliere per ‰ nati vivi, preso a indice del livello di assistenza neonatale nelle varie regioni.

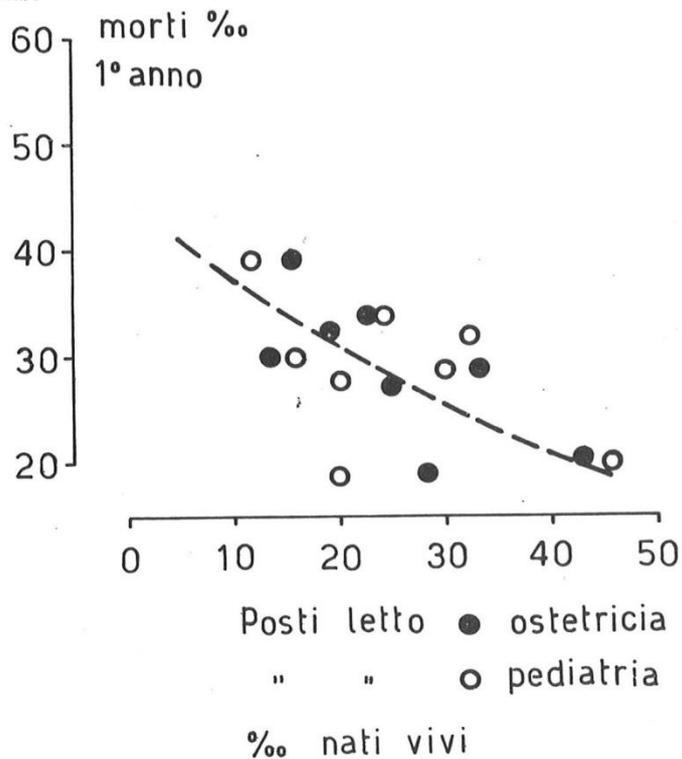


Fig. 11.
Vedi testo. Dati 1968-70
per le regioni meridiona
li. Stessa fonte di fig.
2.

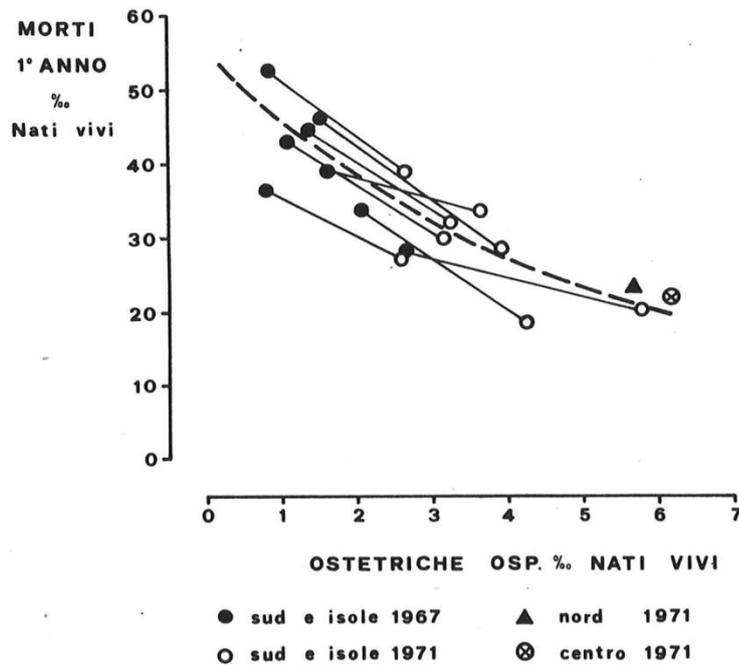


Fig.12. Riduzione di mortalità dal 1961 al 1971 in relazione all'aumento dei posti di ostetrica ospedaliera (ISTAT e FIARO)

3.3. Mortalità e caratteristiche occupazionali

Se sembrano così abbastanza chiaramente identificate alcune tra le principali cause dell'eccesso di mortalità infantile, appare assai più difficile una analisi degli elementi che possono giustificare la maggiore attesa di vita per l'uomo nel meridione e nelle isole, rispetto al Centro Nord, ed in particolare la tendenza ad una minore incidenza di neoplasie maligne.

La nozione, già rilevata in altri paesi, di un gradiente città/campagna nella incidenza di malattie neoplastiche, ha suggerito di analizzare l'andamento della mortalità per tumori nelle regioni italiane, in relazione alla percentuale della popolazione attiva addetta alla agricoltura.

Il confronto è riportato nella fig.13 e, con tutte le riserve già citate, non può non colpire il progressivo decrescere della mortalità per tumori al crescere del carattere agricolo della regione. Tale rilievo merita indubbiamente approfondimento, e non può essere trascurato nella elaborazione dei piani di ristrutturazione socio-economica del meridione.

Ci si deve rammaricare della impossibilità di condurre una simile analisi per la malattia arteriosclerotica e l'ipertensione, data la mancanza di dati statistici significativi. Una simile analisi troverebbe ulteriori elementi di significatività dal confronto con le abitudini dietetiche diverse nelle varie ripartizioni geografiche.

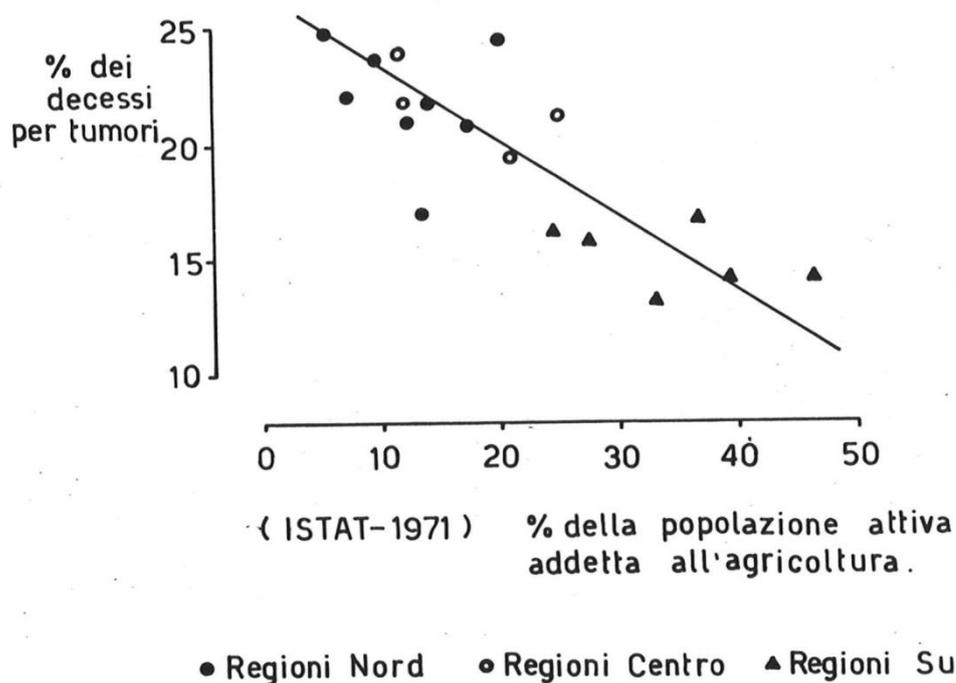


Fig. 13. Vedi testo

IV. LE STRUTTURE OSPEDALIERE.

La insufficienza di posti letto ospedalieri nell'Italia meridionale ed insulare rappresenta un dato caratteristico e ben noto.

La fig.14, che si riferisce ai dati del 1971 per gli ospedali pubblici (generali e specializzati non sanatoriali) illustra la situazione: in confronto a più di 8 posti letto per 1000 abitanti nell'Italia settentrionale, si passa a un valore medio di 4-5 nel Sud e nelle isole, con minimi al di sotto di 3 posti letto per abitante nel Molise e nella Calabria.

La fig.15 analizza, ancora per il 1971, la ripartizione dei posti letto per ripartizione geografica e per livello di qualificazione dell'ospedale in tre categorie: generale, che comprende la medicina, la chirurgia generale, l'ostetricia e la pediatria; di specialità, che comprende l'ortopedia, l'oculistica, l'otorinolaringoiatria, l'urologia, la neurologia, la dermatologia, l'odontoiatria, le malattie infettive, la geriatria, i lungodegenti, e l'anestesia e rianimazione; di alta specialità, comprendente la cardiologia, la chirurgia plastica, la chirurgia toracica, la pneumologia, la psichiatria e le altre specialità. Il deficit del Sud e delle isole è grave in tutte e tre le categorie, ma cresce progressivamente dalla categoria generale a quella speciale, a quella di alta specialità in cui raggiunge il massimo (1/2 dei letti per 1000 abitanti rispetto al Nord).

POSTI LETTO IN OSPEDALI PUBBLICI (FIARO 1971)

19

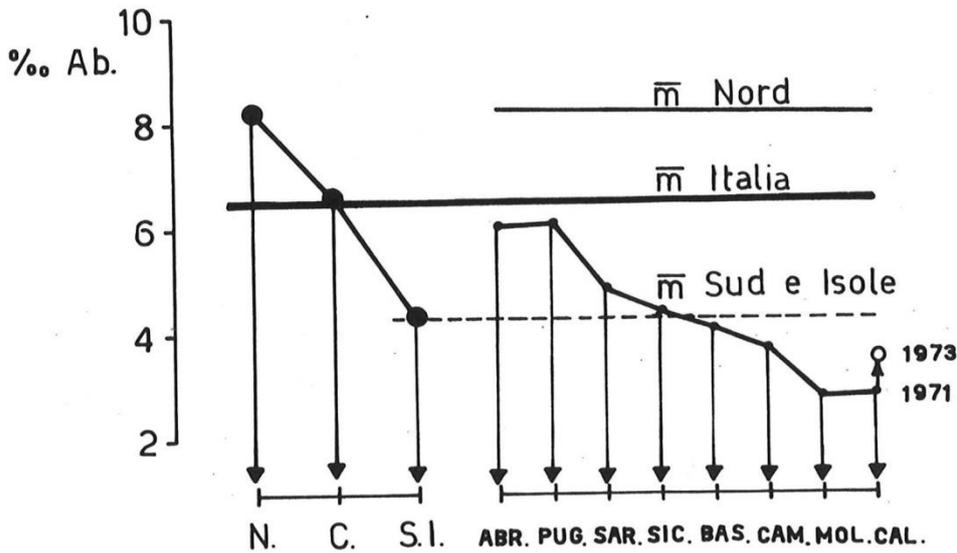


Fig.14. Annuario FIARO 1971 sugli ospedali italiani

POSTI LETTO IN OSPEDALI PUBBLICI GENERALI E SPECIALIZZATI
NON SANATORIALI ‰ ABITANTI (DATI 1971 FIARO).

TIPO	ITALIA	NORD	CENTRO	SUD E ISOLE
Generali (*)	334.2	405.1	356.2	231.9
‰ media naz.	100.0	+21%	+ 6%	-31%
‰ media Nord	-17%	100.0	-12%	-43%
Specialità (**)	144.5	184.4	128.2	101.3
‰ media naz.	100.0	+27%	-13%	-31%
‰ media Nord	-23%	100.0	-30%	-45%
Alta specialità	45.3	51.9	65.9	26.1
‰ media naz.	100.0	+14%	+45%	-32%
‰ media Nord	-13%	100.0	+27%	-50%
TOTALI	531.3	653.0	556.6	361.7
‰ media naz.	100.0	+19%	+ 4%	-32%
‰ media Nord	-18.0%	100.0	-15%	-45%

(*) Medicina, chirurgia generale, ostetricia, pediatria.

(**) Ortopedia, oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, neurologia, dermatologia, odontoiatria, malattie infettive, geriatria, lungodegenti, anestesia e rianimazione.

Fig.15. Vedi testo (stessa fonte di fig.14)

Da notare che la situazione al 1971 è già il risultato di un incremento dei posti letto nell'Italia meridionale ed insulare avvenuto negli anni precedenti in modo assai più marcato nel mezzogiorno e nelle isole che non nelle altre regioni (fig.16). Veramente impressionante è l'incremento di posti letto previsto al 1980 dai piani regionali ospedalieri, rappresentato per il Sud e le Isole nella stessa fig.16. Le dimensioni attuali dell'impegno espansivo si desumono considerando che nella sola Calabria sono attualmente in via di realizzazione ben 23 ospedali che si aggiungeranno ai 20 già esistenti.

E' chiaro l'impegno in termini quantitativi al miglioramento della situazione sanitaria del mezzogiorno. Tuttavia tale indirizzo, e le dimensioni economiche che sottintende, non manca di suscitare notevoli perplessità quando dall'analisi quantitativa si passi a quella qualitativa.

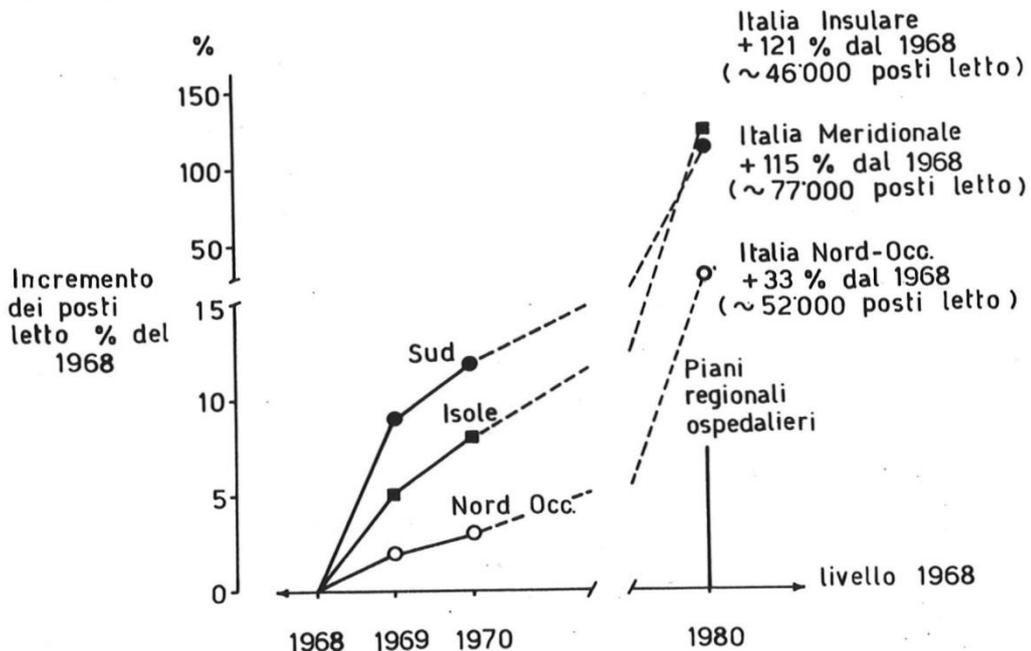


Fig.16. Calcolati da dati ISTAT 1968-69-70 e da Piano Ospedaliero Transitorio, G.U.N.272, 13/8/69.

Innanzitutto, una carenza così marcata di posti letto per abitante, come risulta dai dati presentati, farebbe supporre un sovrappioppamento dei posti letto attualmente disponibili. E' pertanto sorprendente constatare, come illustrato in fig.17, che ciò non si verifica. L'indice medio di occupazione dei posti letto pubblici nel meridione e nelle isole è decisamente inferiore a quello del centro nord, con l'eccezione del Molise, mentre nelle regioni restanti esso scende decisamente, con minimi al di sotto del 60% in Sicilia. Il minimo assoluto del 1971, secondo i dati FIARO, è rappresentato dall'Ospedale Zonale di Matera, con un indice di occupazione medio del 39%.

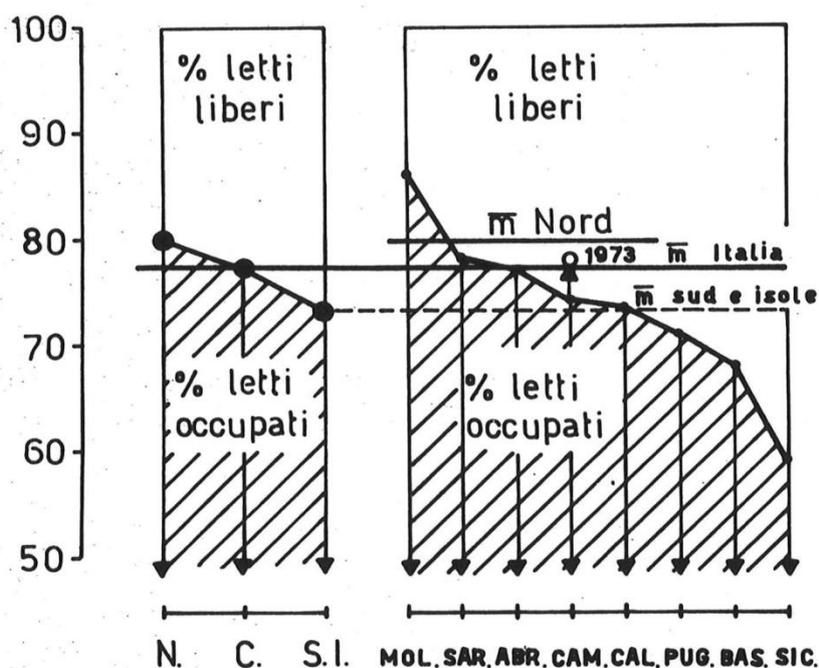


Fig.17. Indici di occupazione per ospedali pubblici generali e specializzati non sanatoriali (stessi di figg.14 e 15). Annuario FIARO sugli Ospedali Italiani nel 1971).

Pochi letti disponibili, quindi, ma ancor minore utilizzazione.

Un dato questo che getta ombre preoccupanti su una politica ospedaliera sentita soprattutto in termini edilizi.

E' questo anche, a nostro avviso, uno dei nodi fondamentali nell'interpretazione della situazione sanitaria del meridione; esso può riflettere una minore propensione della popolazione meridionale ed insulare a servirsi delle prestazioni ospedaliere, oppure una deficienza qualitativa delle prestazioni stesse nei confronti della domanda posta dalla popolazione, o infine può risultare dal combinarsi dei due elementi.

Un indicatore significativo del rapporto tra popolazione e strutture ospedaliere si ricava dalla percentuale di decessi che avviene in ospedale. Si rileva che mentre nel Centro e Nord tale quota è dell'ordine del 40%, scende al 13.6% nel mezzogiorno, con un minimo del 5% nel Molise. E' ovvio qui che tradizioni, pregiudizi e sfiducia nell'ospedale si mescolano in modo difficilmente separabile, ma il dato globale rimane tuttavia altamente indicativo della differenza nel rapporto fiduciale tra popolazione e struttura ospedaliera.

Qualche chiarimento può derivare dall'analisi delle disponibilità e della utilizzazione di posti letto in istituti privati, in confronto a quelli pubblici generali e specializzati non sanatoriali (fig.18). Considerando a parte il Lazio, caratterizzato dalla abnormalità della situazione ospedaliera di Roma, si rileva come, rispetto alle giornate di degenza totali, le case di cura dell'Italia meridionale ed insulare sviluppano una attività due volte più grande di quella degli istituti equivalenti del Centro Nord. Il confronto è particolarmente utile con la fascia Toscana, Umbria, Marche, che ha una percentuale di posti letto privati circa uguale a quella meridionale e insulare.

ISTAT - 1971

POSTI LETTO E LORO UTILIZZAZIONE NEGLI ISTITUTI PRIVATI
(% DEI TOTALI GENERALI E SPECIALIZZATI)

Ripartizione	Posti-letto	Degenti	Giornate
Nord	16.0%	11.6%	12.9%
Centro (escl.Lazio)	26.8%	10.9%	11.9%
Sud e Isole	27.9%	17.2%	24.9%
Lazio	37.3%	25.8%	33.0%

Fig.18. Vedi testo. Annuario Statistico Italiano, 1973.

ASSOLVIMENTO DELLA DOMANDA DI ASSISTENZA OSPEDALIERA IN CALABRIA
(ANNI 1972 - 1973)

Ricoveri	NELLA REGIONE		FUORI REGIONE	TOTALI
	Osp.Pubblici	Osp.Privati	Pubbl.+Privati	
Ricoveri **	176.027	63.992	(21.217)*	(261.167)*
Mutuati ***	135.373	50.348	16.422	202.143
% Mutuati	76.9	78.7	(77.4)*	(77.4)*
% DOMANDA	67.4	24.5	8.1	100

* Calcolati in base al rapporto mutuati/ricoveri nella regione

** Anno 1972

*** Anno 1973

Fig.19. Vedi testo. Dati forniti dalla Regione Calabria ed in parte desunti da: Annuario Statistico Italiano 1973.

L'analisi della spesa mutualistica per ricoveri ospedalieri della Calabria nel 1973 è illuminante (fig.19). Solo i due terzi della domanda di assistenza in regime mutualistico è stata coperta dagli ospedali pubblici della regione, mentre nel restante i tre quarti sono stati coperti da case di cura della Regione ed un quarto (quasi un paziente ogni dieci) si è fatto curare fuori della Regione. Se si considera che a tali dati sono da aggiungere quelli dei ricoveri nelle case di cura con regime privato, ne risulta un quadro di veramente grave insufficienza della struttura ospedaliera pubblica, insufficienza che non ha la sua radice in deficienze quantitative. Il quadro ha ora un altro elemento inter-

DIFFERENZE PERCENTUALI NELLA COMPOSIZIONE DELLA SPESA OSPEDALIERA TRA REGIONI NORD-OCCIDENTALI, MERID. E INSUL.

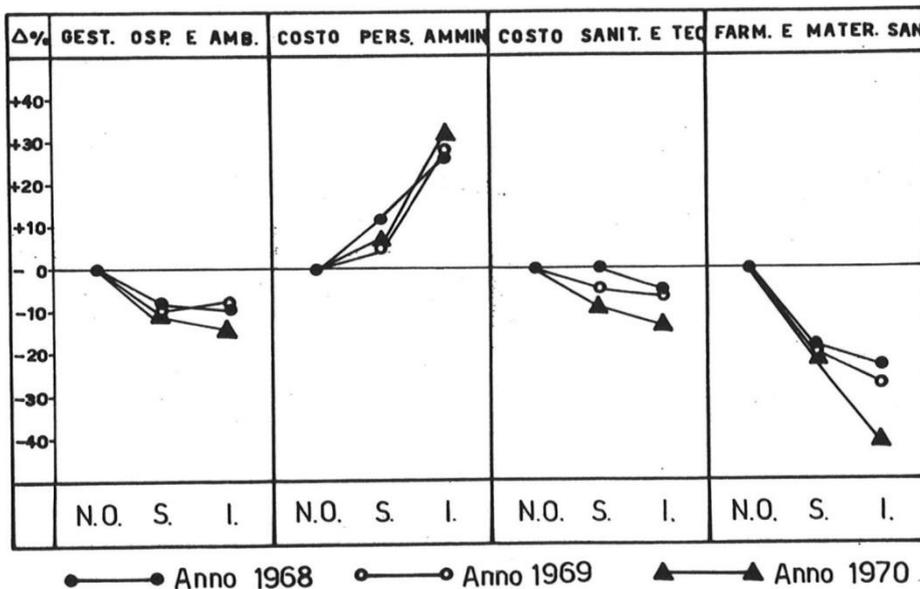


Fig.20. Differenze nella composizione della spesa ospedaliera per posto letto nelle regioni Nord-Occidentali (NO), prese come riferimento, rispetto a quelle meridionali (S) e insulari (I) Dati ISTAT, 1968-69-70.

pretativo. Il fatto che i pur scarsi posti letto non siano superaffollati non sembra dipendere da scarsa propensione verso la prestazione ospedaliera in genere, come provato dal fiorire dell'iniziativa ospedaliera privata.

Le ragioni della insufficienza qualitativa possono in parte essere chiarite dall'analisi delle componenti della spesa corrente ospedaliera nel Sud e nelle Isole, rappresentata in fig.20, a partire dai dati ISTAT per gli anni 1968-70. Il confronto è fatto con la spesa negli anni corrispondenti negli ospedali delle quattro regioni nord occidentali. La spesa ospedaliera totale per posto letto tende ad essere, nel mezzogiorno, del 7-8% inferiore a quella di riferimento, ma il comportamento delle varie componenti della spesa stessa è tutt'altro che uniforme, con due tratti salienti: costi amministrativi più alti, fino al 30% in più nelle isole, e spesa per medicinali e materiale sanitario più bassa, fino al 30% in meno.

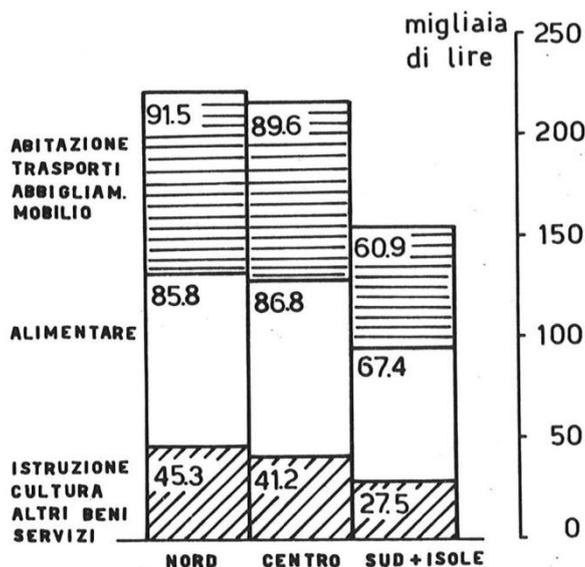


Fig.21. Spesa media delle famiglie nelle tre ripartizioni geografiche nazionali, in migliaia di lire. (Calcolato da Annuario Statistico Italiano 1973).

(Presumibilmente maggiori costi per l'assistenza incidono sulla componente inferiore del grafico).

SPESA MENSILE MEDIA PER FAMIGLIA
(calcolata da dati ISTAT 1972)

Il quadro medio che se ne desume è sconcertante: ospedali semivuoti, fortemente burocratizzati, con consumi assai ridotti di farmaci e materiale sanitario. Intorno ad essi case di cura fiorenti, che drenano una quota doppia della spesa mutualistica per assistenza ospedaliera, rispetto alle loro consorelle del Nord, in aggiunta ai costi aggiuntivi che impongono sugli utenti, particolarmente grave in regioni in cui il margine dei consumi su cui tale costo aggiuntivo va ad incidere, è già notevolmente inferiore rispetto al Centro Nord. (fig.21).

L'ipotesi che la insufficienza del sistema ospedaliero del mezzogiorno sia di carattere qualitativo prima che quantitativo, sembra chiaramente suggerita da questi dati. Una affermazione così pesante dovrebbe essere suffragata da una valutazione sistematica di qualità ricavata direttamente dalla attività degli ospedali, che manca in questa relazione. Questa mancanza si spiega certo in parte con la brevità del tempo a disposizione per la preparazione, ma un ostacolo non meno importante è stata la sconcertante mancanza di un regolare ed uniforme meccanismo di pubblicizzazione della attività dei singoli ospedali, la estrema genericità che spesso caratterizza le relazioni sanitarie, la mancanza di informazione degli Assessorati Regionali sul tipo e la qualità delle prestazioni ospedaliere nella Regione.

L'ospedale fino ad oggi non è stato sostanzialmente tenuto a rendere conto della qualità dei servizi resi alla comunità, che pure ne sostiene i costi.

Una indagine campione condotta con grande impegno dall'Assessorato alla Sanità della Calabria, pur senza permettere una quantizzazione esauriente, ha rilevato gravi ed estese insufficienze qualitative nel tipo di prestazione ospedaliera della Regione, rispetto al livello attualmente esigibile da un sistema che in Calabria ha assorbito nel solo 1973 la somma di 47 miliardi di lire.

L'insufficienza sembra di carattere abbastanza estensivo, non soltanto a livello delle prestazioni tecnologicamente più complesse, ma anche a livello della prestazione specialistica ordinaria e dell'approfondimento diagnostico corrente.

Un indice di qualità diagnostica relativamente semplice è rappresentato dal numero di esami radiologici effettuati per ricoverato. Un confronto tra due ospedali regionali della Calabria, ed alcuni ospedali della Toscana e della Liguria è riportato in fig.22. Su questa

ESAMI RADIOLOGICI ESEGUITI PER RICOVERATO.

Anno	Ospedale	Tipo	Esami/Ricoverato	Note
1973	Reggio Calabria	REG	~ 0.48	Complessivi
1973	Catanzaro	REG	0.61	Complessivi
1973	Pisa	REG	~ 0.93	Escluso Neuro e Cardio-Radiologia
1973	Spezia	PROV	1.27	Complessivi
1972	Lucca	PROV	1.08	Complessivi
1973	Volterra	ZON	1.02	Complessivi

Fig22. Indice di approfondimento diagnostico radiologico in alcuni ospedali del Centro-Nord e in due ospedali regionali della Calabria.

base, si desume che l'approfondimento diagnostico negli ospedali di confronto è superiore dal 50 al 100% a quello dei regionali della Calabria, anche per ospedali di classe inferiore.

Un confronto regionale più sistematico è possibile sui dati relativi agli impianti di elettrostimolatori cardiaci artificiali (pacemakers) in pazienti con blocco cardiaco. Si tratta di una prestazione cardiologica tecnicamente avanzata, ma alla portata di qualunque buona divisione di Cardiologia. La fig. 23, che devo

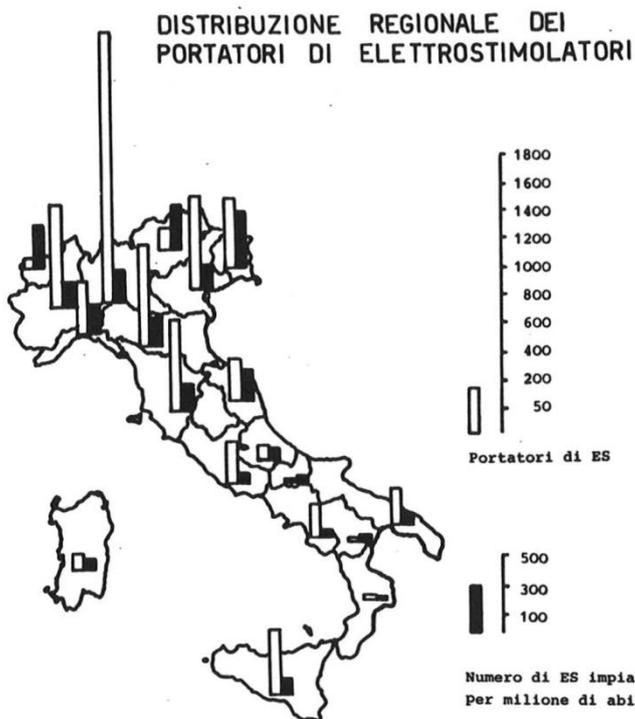


Fig. 23.
Distribuzione dei pazienti portatori di pacemakers al giugno 1973, (colonne vuote) e impianti effettuati per milione di abitanti (colonne piene).
Dati forniti dal Prof. Paolo Rossi.

alla cortesia del Prof. Paolo Rossi, illustra la distribuzione dei pazienti portatori di pacemakers nelle varie regioni italiane.

La situazione delle regioni meridionali non richiede commenti aggiuntivi all'evidenza del grafico. Il significato di tali differenze regionali deve essere valutato alla luce della considerazione che l'impianto di pacemakers protegge i pazienti con blocco dalla morte improvvisa per arresto cardiaco.

L'immagine complementare della insufficienza assistenziale del meridione si ritrova esaminando il flusso di pazienti meridionali negli ospedali del Nord e del Centro Italia. All'Ospedale Regionale di Pisa, il 66% dei pazienti provenienti da fuori regione (esclusa Spezia che geograficamente gravita più su Pisa che su Genova) provengono dalle regioni meridionali, con un flusso di circa 2000 pazienti nel 1973, Per contro solo il 13% provengono dalle regioni limitrofe centrali, ed il 21% dal Nord (fig.24).

OSPEDALE REGIONALE DI PISA - 1973 -
Distribuzione Ricoveri da Fuori Regione.

Ripartizione geografica	Ricoveri No	% del totale
NORD (escluso SPEZIA)	627	21%
CENTRO (escluso TOSCANA)	382	13%
SUD E ISOLE	1980	66%
TOTALI	2989	100%

Ripartizione fra le regioni meridionali e insulari

Sicilia	508	17%
Puglia	459	15%
Campania	394	13%
Calabria	372	12%
Altre	247	9%

Fig.24. Anno 1973. Distribuzione dei ricoveri provenienti da altre regioni nell'anno 1973 nell'Ospedale Regionale di Pisa.

Il flusso migratorio è particolarmente importante nelle specialità, come risulta dalla fig.25, che debbo ai Professori Amaducci, Boeri e Fieschi, relativa alla percentuale di ricoveri neurologici provenienti dal mezzogiorno in 4 città campione del Centro e del Nord, e che consente di rilevare l'imponenza e la diffusione del fenomeno.

Le conseguenze di tali flussi migratori sono abbastanza prevedibili. A livello degli individui, gravi difficoltà di natura economica e psicologica vengono a sommarsi al danno della malattia. A livello del sistema sanitario ne consegue uno squilibrio funzionale ed economico di peso non trascurabile.

PERCENTUALE DI RICOVERI NEUROLOGICI DAL MEZZOGIORNO.
NELLE CITTA' DEL CAMPIONE

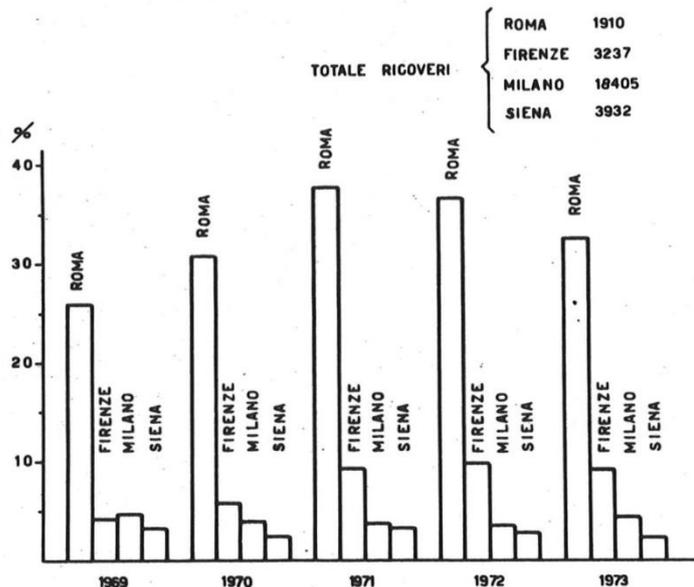


Fig.25. Percentuale di ricoveri dalle regioni meridionali nelle Cliniche Neurologiche di Roma, Siena, Firenze e Milano. (Dati forniti dai Proff. Amaducci, Boeri e Fieschi).

Nel tentativo di identificare le cause di tale massiccia deficienza del sistema ospedaliero meridionale e insulare è estremamente difficile separare le responsabilità della situazione geografica, del quadro istituzionale e normativo, le carenze degli amministratori, dei politici e della classe medica, ed il retaggio storico e culturale del mezzogiorno. Si tratta di variabili che non operano parallelamente, ma che interagiscono tra loro in modo complesso, creando circoli viziosi che si frappongono alla attivazione di un processo innovativo.

Tra le ragioni oggettive non c'è dubbio che operi in modo determinante la distanza notevole da Centri Sanitari ben funzionanti. Istituti di buono e talora anche ottimo livello sanitario esistono in alcune sedi universitarie ed ospedaliere in Campania, in Puglia, in Calabria, in Sardegna e in Sicilia. Tuttavia questi sono troppo pochi e troppo poco consistenti per attivare l'induzione per contiguità di conoscenze scientifiche e tecnologiche.

La mostruosità della vigente legge ospedaliera, che valorizza l'anzianità rispetto alla competenza, ed il malcostume delle Amministrazioni di ricorrere alla nomina dei primari per avviso pubblico d'incarico anziché per concorso, viziano il meccanismo di reclutamento impedendo l'innalzamento del livello locale mediante richiamo di nuove competenze dall'esterno, e facilitando il reclutamento in loco. Si tratta ovviamente di un problema nazionale, in quanto è proprio la legge che incoraggia la prassi clientelare. Ai baroni universitari che controllavano i concorsi a primario si sono sostituiti amministratori politici che al di fuori di qualunque valutazione tecnica possono conferire primariati come i regnanti conferivano i titoli no

billari. Questo meccanismo favorisce la stagnazione, fa decadere l'importanza della qualificazione tecnico-scientifica e produce quindi maggior danno dove il livello è più basso, ostacolando la volontà e l'iniziativa di amministratori onesti ed intelligenti, e scoraggiando i giovani dal seguire meccanismi promozionali diversi.

La classe medica ha le sue grosse responsabilità. Non vi è dubbio che l'abuso del tempo parziale negli ospedali, la facilità di gratificazioni economiche aggiuntive nelle case di cura così largamente presenti, e negli ambulatori mutualistici, opera come meccanismo moltiplicativo economico per i sanitari e di dequalificazione funzionale per gli ospedali. D'altra parte, in mancanza di meccanismi di stimolazione culturale e scientifica, non deve sorprendere che i medici tendano a confondere la difesa del proprio prestigio professionale con la difesa del loro guadagno.

Infine la mancanza paradossalmente assoluta di meccanismi di controllo sulla qualità del servizio reso dagli Ospedali rappresenta certamente un ulteriore fattore di mancato adeguamento del livello operativo.

Torna opportuno richiamare ancora una volta la pericolosità, in queste condizioni, che i politici confondano la politica della sanità con la edilizia sanitaria. Senza la simultanea attivazione di meccanismi di promozione qualitativa e di studio integrato della problematica sanitaria del comprensorio a livello regionale ed interregionale, l'espansione edilizia non può che tendere a cristallizzare e quindi a far decadere ulteriormente il livello del sistema ospedaliero.

V. LA RICERCA SANITARIA NEL MEZZOGIORNO. SITUAZIONE E PROPOSTE

Quale può essere il contributo della ricerca scientifica e tecnologica nel settore sanitario alla soluzione dei complessi problemi che sono stati fin qui illustrati ?

Quali peculiarità della situazione sanitaria e sociale del mezzogiorno giustificano approfondimento a livello scientifico per i frutti che ne possono derivare a beneficio del mezzogiorno e dell'intero Paese ?

Questi sono gli interrogativi ai quali dobbiamo ora cercare di fornire delle risposte. Ma è innanzitutto necessario esaminare quale tipo di intervento la ricerca scientifica ha finora attuato nel mezzogiorno nel settore biomedico. L'analisi che segue si riferisce esclusivamente al Consiglio Nazionale delle Ricerche.

5.1. Interventi del C.N.R. nel meridione

L'intervento del C.N.R. a sostegno e promozione della ricerca scientifica si realizza con due modalità. L'intervento di promozione è rappresentato dalla istituzione di organi propri, Istituti, Laboratori o Centri. L'intervento di sostegno è rappresentato dai contratti e contributi alla ricerca di enti esterni al C.N.R., e fondamentalmente di enti universitari. Tra i due tipi di intervento non vi è assoluta indipendenza, in quanto la

costituzione di organi propri avviene di regola là dove preesista un nucleo di ricerca particolarmente valido.

La fig. 26 riassume la globalità dell'intervento C.N.R. nel settore biologia e medicina per il 1973, ripartito per il Nord, il Centro, il Sud e le Isole. E' evidente un forte sbilanciamento a favore del Centro e del Nord, che assorbono il 78% dell'intervento.

Una così grave disparità tra regioni centrosettentrionali e meridionali rimane poco comprensibile, se non è rapportata in qualche modo alla capacità di assorbire investimenti e quindi di produrre ricerca nelle singole ripartizioni.

L'intervento del C.N.R. al di fuori delle Università è così scarso, che in ultima analisi non si commette certo un grave errore assumendo che la capacità di produrre ricerca dipenda dal numero e dalla vitalità dei centri di formazione scientifica, cioè in ultima analisi dal numero e dalla vitalità dei Centri Universitari.

La fig. 27 rappresenta un tentativo di analizzare l'intervento C.N.R. nel settore biomedico rapportandolo agli elementi sopra detti, cioè al numero delle sedi universitarie nelle varie ripartizioni, ed alla loro vitalità. Quest'ultima è ovviamente difficile da obiettivare, ma è parso giustificato scegliere come elemento obiettivamente misurabile la percentuale media di richieste di contratto o contributo pervenuta al C.N.R. dalle Università di ciascuna ripartizione geografica.

TIPO di INTERVENTO	NORD		CENTRO		SUD		ISOLE		TOTALE
	n.	Lire milioni	n.	Lire milioni	n.	Lire mil.	n.	Lire milioni	Lire milioni
ORGANI PROPRI									
- Istituti e Labor.	3	334	6	836	2	560	-	-	1730
- Centri	12	480	7	351	2	111	-	-	942
CONTRATTI e CONTRIBUTI (+)	283	1161	180	738	64	263	35	144	2306
TOTALI	-	1974	-	1925	-	933	-	144	4978
o/o		39%		39%		19%		3%	100%

(+) L'importo per ripartizione è calcolato dal numero dei contratti e dal valore medio dei contratti e contributi considerati insieme.

Fig.26. Vedi testo

INTERVENTI DEL C.N.R. NEL SETTORE BIOLOGIA E MEDICINA RAPPOR-
TATI AL NUMERO DI UNIVERSITA' E ALLA DOMANDA DI INTERVENTO -
1973

V O C E	NORD	CENTRO	SUD	ISOLE	TOTALE o medie
UNIVERSITA' n.	10	7	4	5	26
RICHIESTE CONTRATTO					
- n.	509	331	133	99	1072
- % per sede univ.	4,8%	4,4%	3,1%	1,8%	3,9%
CONTRATTI O CONTRIBUTI					
- n.	283	180	64	35	562
- % per sede univ.	5,0%	4,6%	2,9%	1,3%	3,9%
SPESA PER ORGANI PROPRI					
- % per sede univ.	3,0%	6,3%	6,3%	-	3,9%
INTERVENTO TOTALE					
- % per sede univ.	3,9%	5,6%	4,8%	0,6%	3,9%

Fig.27. Vedi testo

A sostegno della validità di tale approccio, bisogna ricordare come di fatto la quasi totalità del finanziamento della ricerca universitaria gravi sul C.N.R.; se un Istituto non si rivolge al C.N.R. per richiederne fondi, è giustificato concludere che nell'Istituto vi è uno scarso interesse, e quindi una scarsa capacità di fatto, a produrre ricerca scientifica.

Si rileva subito che la domanda di intervento C.N.R. da parte delle 5 sedi universitarie della Sicilia e della Sardegna è meno della metà di quella del Centro Nord. Quella del mezzogiorno continentale risulta pure inferiore al Centro-Nord di circa $1/3$, ma tale inferiorità è dovuta allo scarso contributo delle nuove Università di Chieti e L'Aquila in confronto a Napoli e Bari che si collocano invece nella media del Centro Nord. Riasaminando ora le cifre dell'intervento C.N.R. a sostegno della ricerca universitaria rapportandole alla domanda di ricerca, si rileva subito come la ripartizione dell'intervento rispecchi bene quella della domanda nel Nord, nel Centro e nel Meridione continentale. Ciò corrisponde sostanzialmente a dire che la qualità media della domanda di ricerca nella valutazione del Comitato C.N.R. non differisce sostanzialmente nelle tre ripartizioni, mentre l'incidenza delle valutazioni negative è maggiore per le sedi insulari. Se con lo stesso metro si valuta ora l'intervento totale (contratti e contributi più finanziamento degli organi propri insediati nella ripartizione geografica), si rileva che l'intervento globale rapportato alla domanda è massimo nel meridione

continentale, seguito nell'ordine dal Centro, dal Nord e, a distanza notevole dalle isole, nelle quali mancano organi propri di ricerca del C.N.R. nel settore biomedico.

Il C.N.R. ha dunque compiuto uno sforzo promozionale relativamente rilevante nel Sud, localizzandovi propri organi di ricerca, per ragioni in parte almeno indipendenti dalla spinta scientifica locale.

Ciò non è avvenuto nelle isole, ma è da considerare che il palese basso livello della domanda di ricerca in loco, getta molti dubbi sulla validità e la produttività di interventi del tipo di quelli realizzati nel meridione. E' vero infatti, anche nel settore della ricerca, che gli interventi che hanno maggiori radici in un terreno scientifico locale fertile risultano essere i più vitali, e che, pur con delle eccezioni, raramente un innesto anche di grande pregio può attecchire e prosperare in un terreno arido. Anche l'intervento promozionale nel meridione continentale, nonostante la sua validità scientifica, presenta rilevanza limitata quando venga valutato nell'ottica della presente relazione.

Gli organi del C.N.R. nel meridione insulare sono:

- Istituto Internazionale di Genetica e Biofisica (Napoli)
- Laboratorio di Embriologia Molecolare (Napoli)
- Centro per l'endocrinologia e l'oncologia sperimentale (Napoli)
- Centro sui mitocondri e metabolismo energetico (Bari)

La prima limitazione alla loro efficacia è costituita dal

fatto che essi sono concentrati nelle due sole sedi di Napoli e Bari, e quindi la effettiva possibilità di influire sul livello scientifico e dell'intera area è necessariamente modesta. Secondariamente, questi, che pur operano a livello scientifico elevato e talora elevatissimo, perseguono istituzionalmente fini di ricerca fondamentale. Pertanto, pur svolgendo la importantissima funzione dell'innalzamento del livello della ricerca biologica nel loro intorno, non possono da soli rappresentare una interfaccia diretta con la problematica sanitaria del meridione, e quindi influire direttamente su di essa.

Tra lo spazio operativo di tali organi e la realtà sanitaria del meridione devono porsi nuove iniziative di ricerca, volte a tradurre in strumenti di miglioramento sanitario e sociale i progressi della ricerca fondamentale e di quella tecnologica.

Il primo tentativo di intervento diretto in tal senso è rappresentato dall'avvio del Programma speciale di Medicina Preventiva, attivato nel 1973, e volto soprattutto all'indagine delle cause ed alla prevenzione della mortalità perinatale e post-natale. Tale programma nasce per l'iniziativa di un gruppo di pediatri dell'Italia settentrionale e centrale. Tuttavia, rappresenta indubbiamente un primo tentativo di affrontare sistematicamente e con una pianificazione epidemiologica accurata un rilevante problema del mezzogiorno, coinvolgendo nel programma stesso, sia pure in modo limitato, centri di ricerca meridionali.

Questo programma rappresenta a nostro avviso un modello

positivo di meccanismo d'intervento, e su di esso torneremo nel prossimo paragrafo.

5.2. Linee direttive e meccanismi per l'intervento

I tratti salienti emersi da questa analisi, sulla base dei quali pare opportuno indirizzare futuri interventi della ricerca biomedica per il mezzogiorno, sono:

1. la persistente elevata mortalità perinatale ed infantile;
2. le differenze nella morbilità e mortalità dell'anziano;
3. la indaguatezza funzionale ed economica dell'organizzazione sanitaria;
4. il livello mediamente inferiore al resto del paese dell'assistenza medica.

Il meccanismo dei progetti finalizzati sembra costituire la modalità ottimale di intervento per i primi due ordini di problema. Si tratta caratteristicamente di promuovere un programma decisamente orientato ad obiettivi di rilevante interesse sociale ed economico per il paese, utilizzando al meglio le competenze e le strutture disponibili.

E' noto che adeguandosi anche alla sollecitazione del CIPE, il C.N.R. ha avviato lo studio di una serie di progetti finalizzati. E' noto anche che tali progetti non sono ancora operativi, soprattutto per la mai abbastanza deprecata battuta d'arresto nei finanziamenti C.N.R. che si è verificata nel 1973, e le cui conseguenze si risentono tuttora, a livello di un bilancio già di per sé modesto, particolarmente nel settore biome-

dico, e reso più modesto dall'inflazione.

Tra i progetti finalizzati attualmente in fase di studio di fattibilità, sia il progetto "Medicina Preventiva" che quello "Ambiente di lavoro" appaiono di sicuro o potenziale interesse in relazione alla problematica di cui ai punti 1 e 2.

Il programma di medicina preventiva riprende ed amplifica il programma speciale di patologia perinatale, e simultaneamente affronta alcuni dei più significativi problemi di patologia dell'anziano, quali le malattie cardiovascolari, per i quali la importanza e la scarsità di informazioni disponibili sono state rilevate in questa relazione.

Il programma "Ambiente di lavoro" rappresenta una grossa occasione di confronto tra situazione socio-economica e patologia prevalente. Certamente, sarebbe di estremo interesse che nell'ambito di tale progetto venissero approfonditi alcuni spunti che sono stati sottolineati in questa relazione: ad esempio, il crescere delle malattie neoplastiche con il diminuire degli addetti all'agricoltura pone a nostro avviso il problema di separare gli effetti della urbanizzazione da quelli del mutato ambiente di lavoro. Problema rilevante ed urgente che non può essere ignorato da una società che tende a promuovere la trasformazione del Sud mediante una sua maggiore industrializzazione.

I progetti finalizzati, oltre al vantaggio intrinseco di permettere uno sforzo diretto sulla problematica in questione, rappresentano anche un meccanismo di promozione della ricerca biomedica meridionale vantaggiosamente alternativo a quelli esaminati in precedenza, in quanto, il loro carattere di sforzo

policentrico tende a rompere l'isolamento culturale e scientifico di cui si è detto.

Un discorso a parte merita il problema dell'organizzazione e dell'economia sanitaria. Più volte, nel corso di questa relazione, si è sottolineata la pericolosità che, sulla base del confronto interregionale del numero di posti letto, la politica sanitaria si riduca alla promozione della edilizia ospedaliera. Da questo punto di vista parrebbe invece logico mettere a frutto le persistenti insufficienze quantitative del Sud e le esperienze dei centri del Nord sui quali maggiormente la domanda di assistenza si concentra, al fine di evitare nelle regioni meridionali la pura e semplice ripetizione di modelli la cui inadeguatezza alla domanda di assistenza non è più da dimostrare.

Il diritto all'assistenza sanitaria gratuita, acquisito ormai dalla quasi totalità dei cittadini, ha mutato radicalmente la composizione della domanda della collettività sull'ospedale. Questo infatti, concepito, sorto e strutturato per accogliere gli ammalati sintomatici acuti, si trova oggi a dover far fronte ad una domanda composita, in cui individui non sintomatici bisognosi o desiderosi di accertamenti diagnostici, e malati cronici che non trovano altrove quella assistenza generica o riabilitativa di cui necessitano, competono per gli stessi posti letto con gli ammalati acuti.

Questo problema, è bene chiarirlo, è caratteristico di ogni società in cui l'accesso del cittadino all'ospedale non sia più regolato dal filtro economico, e pertanto caratterizza

ormai quasi tutti i paesi civili, che con meccanismo assicurativo o di sicurezza sociale hanno risolto tale problema. Negli Stati Uniti, in Inghilterra, in Olanda e nei Paesi Scandinavi il problema è affrontato razionalmente e scientificamente, in termini di economia e di sistemistica sanitaria, cercando di definire un modello ottimale di sistema sanitario con strumenti operativi differenziati per carattere e costo a secondo delle diverse funzioni che deve assolvere.

E' a nostro avviso estremamente urgente che anche in Italia questo tipo di problematica non sia più soprattutto materia per articoli scandalistici e sensazionali, o per manicheistiche contrapposizioni tra medicina preventiva, curativa e riabilitativa, per diventare oggetto di indagini orientate a ripensare le esperienze in corso in altri paesi nei termini propri della situazione sanitaria italiana. Il C.N.R. non ha tradizione nè precedenti nel settore della economia e sistemistica sanitaria, e del resto, con rare e pregevoli eccezioni, la disciplina è poco coltivata nel nostro Paese. Il Comitato per l'Economia del C.N.R. dovrebbe essere sensibile a tale problema, se è vero (BRENNNA, *Le Scienze*, 1974) che la spesa sanitaria italiana ha superato nel 1971 il 6% del reddito nazionale lordo, superiore al livello dell'Inghilterra, ed entrando nella fascia dei paesi più avanzati, purtroppo solo a livello dei costi e non dei benefici.

Si ravvisa, in questo settore, l'opportunità di una interazione collaborativa tra il C.N.R. e le iniziative di ricerca dell'IMI che come la SAGO, hanno nella sistemistica ospeda-

liera uno dei loro obiettivi principali.

Queste operazioni, inoltre, devono essere vivificate da un più stretto coordinamento tra C.N.R., Ministero ed Istituto Superiore di Sanità e Regioni, che assicuri la più ampia comunicazione ed interazione tra l'evoluzione della problematica e quella della ricerca.

Viene infine il quarto dei problemi identificati: quello di contribuire ad innalzare il livello dell'assistenza medica negli Ospedali meridionali.

Sarebbe irresponsabile attendersi che il problema trovi automaticamente soluzione da interventi nel settore della prevenzione primaria e secondaria e da uno sforzo di razionalizzazione dell'organizzazione sanitaria, se contemporaneamente non si perviene ad una migliore qualificazione della medicina clinica. Ciò equivarrebbe ad attendersi che gli incendi si spegnessero in rapporto ad una ben programmata distribuzione di cartelli ammonitori ed alla presenza di un numero di estintori ben calcolato e ben distribuito, senza un adeguato numero di pompieri adeguatamente addestrati.

La malattia rimane purtroppo una realtà insopprimibile, che interventi di prevenzione primaria e secondaria tendono a limitare alle cause non prevenibili.

Una società che voglia dirsi civile ha l'obbligo di ridurre lo spazio della patologia. Ma ha pure l'obbligo di assicurare al cittadino colpito dalla malattia un livello ed una localizzazione di assistenza che gli assicuri le migliori probabilità di guarire o sopravvivere nelle migliori condizioni,

e con il minimo di costi aggiuntivi.

Mantenere un adeguato livello di assistenza richiede di mantenere vivo il contatto con l'evoluzione delle conoscenze e delle metodologie, il che è difficile nel meridione, per le ragioni analizzate. D'altra parte, solo a lungo termine la creazione di nuove università potrà incidere su tale processo, e d'altra parte è improbabile che la struttura ospedaliera possa risolvere in proprio tale problema a tempi brevi.

Il CNR può contribuirvi certamente, cercando di promuovere ed attivare nel meridione iniziative di ricerca clinica in collegamento con strutture assistenziali, che vengano a costituire centri di riferimento e di qualità, possibilmente collegati con strutture analoghe di altre regioni per facilitare l'interscambio scientifico e culturale.

E' auspicabile, dato lo scarso numero di Facoltà Mediche nel Meridione, che in tale processo vengano coinvolte anche iniziative ospedaliere, ogni volta che la volontà degli Amministratori e la qualità degli uomini lo consentano. I pochi esempi del genere, tra cui mi piace ricordare il collegamento tra il Laboratorio di Fisiologia Clinica del CNR e l'Ospedale Regionale di Reggio Calabria, dimostrano che iniziative del genere possono produrre risultati eccellenti in tempi brevi.

o
o o

Come premesso, questa relazione non ha pretese di completezza. Inoltre il relatore non ha pretese di competenza

epidemiologica, sociologica, e tanto meno in materia di economia sanitaria. E' pertanto molto probabile che questa relazione presenti particolari carenze da tali punti di vista. E' mia speranza, tuttavia, che essa possa servire a stimolare l'ulteriore approfondimento della materia da parte di esperti più qualificati, e contribuire a richiamare politici, amministratori e medici alle loro responsabilità nei confronti di un problema che è innanzitutto di civiltà.