

STANDARD DI ORGANIZZAZIONE E DI ATTIVITA' DEFINITI AI SENSI  
DELL'ART. 51, 2° COMMA, DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N.833

Per il personale dipendente, riferito all'intero servizio regionale, o a grandi aree territoriali, viene definito lo standard aggregato di 10-12 dipendenti ogni 1000 abitanti come obiettivo finale del triennio, con campi di variazione governati dalle seguenti regole:

- a) Regioni con numero di dipendenti inferiori a  
 $9,5\% = \text{max } 10\%;$
- b) Regioni con numero di dipendenti nella fascia  
 $9,5-10,5\% = 10-10,5\%;$
- c) Regioni con numero di dipendenti nella fascia  
 $10,5-11\% = 10,5-11\%;$
- d) Regioni con numero di dipendenti nella fascia  
 $11-11,5\% = \text{max } 11\%;$
- e) Regioni con numero di dipendenti nella fascia  
 $11,5-12\% = 11-11,5\%;$
- f) Regioni con numero di dipendenti superiore a  
 $12\% = 11,5-12\%.$

Nelle situazioni in cui il ricorso al convenzionamento con case di cura private e con strutture specialistiche è ampio, o sono presenti in misura considerevole istituzioni ospedaliere obbligatoriamente convenzionate o si è fatto ricorso, specie in ambito ospedaliero, a servizi in appalto, gli standards di personale e di attrezzature debbono essere ridimensionati in proporzione all'apporto esterno, salvo a riferirsi nuovamente ad esso per la decisione di provvedimenti di riequilibrio a favore della componente pubblica.

Le Regioni con saldo attivo di mobilità sanitaria interregionale possono concordare con l'amministrazione centrale, sentito il Consiglio sanitario nazionale, maggiorazioni di organico rispetto all'organico massimo della fascia di appartenenza.

Le Regioni con saldo passivo di mobilità debbono commisurare l'entità dello standard al proprio tasso di utilizzazione delle strutture ospedaliere, con stimolo ad aumentarlo in correlazione ad iniziative volte ad accrescere l'efficienza e l'attrattività dei servizi regionali.

\*\*\*

Con riferimento alle principali figure sanitarie, all'interno degli indicatori aggregati come sopra definiti, viene orientativamente fissata la seguente disaggregazione-obiettivo:

- medici 10-11% del totale del personale dipendente;
- infermieri 38-40% del totale del personale dipendente;
- altro personale 49-52% del totale del personale dipendente.

Con riferimento alle grandi aree funzionali, all'interno degli indicatori aggregati come sopra definiti, viene orientativamente fissata la seguente disaggregazione-obiettivo:

- area dell'igiene pubblica, prevenzione e relativi servizi multizonali minimo dal 7,5 al 10%
- direzione e servizi generali comprese le attività di formazione e di rilevazione dati 7,5 - 10%
- assistenza sanitaria massimo 80%

Nei limiti degli indicatori aggregati sopra definiti, per alcuni servizi vengono fissate in via orientativa le seguenti disaggregazioni, da sottoporre a verifica applicativa:

a) servizi di ricovero ospedaliero:

- rapporto medici/PL = 1 medico per 5-5,5 posti-letto
- rapporto infermieri, tecnici e altri di assistenza/PL = 1 unità per 1,1-1,3 posti-letto
- rapporto personale servizi generali/PL = 1 unità per 7-8 posti letto.

Per quanto riguarda il personale infermieristico all'interno degli indicatori aggregati e subaggregati sopra definiti viene fissata in via orientativa la seguente parametrizzazione, da sottoporre a verifica applicativa:

- settori di terapia intensiva:

unità di terapia cardiologica intensiva, di rianimazione (respiratoria, neurochirurgica, cardiochirurgica, etc.) per grandi ustionati: tempo di assistenza pro-die e per degente in relazione al tipo di cura intensiva

da 500' a 600';

- settori di terapia subintensiva, inseriti nelle divisioni di cardiochirurgia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, chirurgia pediatrica, neurochirurgia, patologia neonatale: tempo di assistenza pro-die e per degente in relazione alla dimensione del rapporto

da 200' a 240';

- altri settori di degenza non compresi nei precedenti punti: tempo di assistenza pro-die e per degente calcolato globalmente con assegnazione di personale in quantità anche diversificate tra le varie divisioni e sezioni a seconda delle patologie prevalenti e del loro maggiore o minore carico assistenziale:

da 70' a 90';

b) servizi di radiologia diagnostica:

- medici radiologi (in funzione del carico di lavoro/anno per ampiezza di presidio):
  - . fino a 40.000 esami/anno: 1 radiologo ogni 8.000 esami (+/- 20%);
  - . oltre 40.000 esami/anno, in ospedale: 1 radiologo ogni 10.000 esami (+/- 10%);
  - . oltre 40.000 esami/anno in presidio universitario: 1 radiologo ogni 6.000 esami (+/-10%);
- tecnici di radiologia:
  - . fino a 20.000 esami/anno: 1 tecnico ogni 3.000 esami (+/- 20%);
  - . tra 20.000 e 40.000 esami/anno: 1 tecnico ogni 4.000 esami (+/- 25%);
  - . oltre 40.000 esami/anno in ospedale: 1 tecnico ogni 4.000 esami (+/- 30%);
  - . oltre 40.000 esami/anno in presidio universitario: 1 tecnico ogni 3.500 esami (+/- 20%);
- personale ausiliario non tecnico:
  - . 1 unità ogni 15.000 esami (+/- 30%);
- personale amministrativo:
  - . 1 unità ogni 15.000 esami (+/- 30%);

c) servizi veterinari

c.1. sanità animale:

- n.1 veterinario ogni 5.000 grossi capi/equivalenti, a tempo pieno;
- n.1 veterinario ogni 10.000 grossi capi/equivalenti, a part-time;
- n.1 tecnico amministrativo ogni 10.000 grossi capi/ equivalenti a tempo pieno;

c.2. controllo igienico-sanitario sulla produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale:

n.1 veterinario dipendente ogni 3.000 tonn./anno di alimenti di origine animale, a tempo pieno;

n.1 veterinario anche convenzionato ogni 10.000 tonn.-/anno alimenti di origine animale a part-time;

n.1 tecnico non veterinario ogni 5.000 tonn./anno alimenti di origine animale a tempo pieno;

n.1 tecnico amministrativo ogni 10.000 tonn./anno alimenti di origine animale, a tempo pieno;

c.3. igiene delle produzioni animali anche in relazione alla protezione dell'ambiente; assistenza zoiatrica:

n.1 veterinario dipendente ogni 5.000 grossi capi/equivalenti, a tempo pieno;

n.1 veterinario anche convenzionato ogni 10.000 grossi capi/ equivalenti, a part-time;

n.1 tecnico non veterinario ogni 10.000 grossi capi/ equivalenti, a tempo pieno o a part-time;

n.1 tecnico amministrativo ogni 10.000 grossi capi/ equivalenti, a tempo pieno.

. Per quanto riguarda il "distretto sanitario di base", vanno tenuti presenti i seguenti indirizzi generali:

a) per distretto sanitario di base deve intendersi un'area organizzativa flessibile di livello territoriale, preferibilmente dotata di strutture minime con personale funzionalmente addetto. Il distretto ha compiti di primo intervento per la prevenzione, la diagnosi e la cura, la riabilita-

zione e l'educazione sanitaria della popolazione residente e per attività di prevenzione collettiva da svolgere ad iniziativa dell'Unità sanitaria locale o dei servizi multizionali di prevenzione. Caratteristiche salienti del distretto sanitario di base sono il coordinamento funzionale dell'attività di tutto il personale sanitario e tecnico operante nel suo interno e la modalità del lavoro di gruppo;

b) nell'individuazione dei distretti si devono tenere presenti le caratteristiche demografiche, geomorfologiche e sociali del territorio in modo da servire comunità omogenee di cittadini e da garantire la massima accessibilità, mirando a far coincidere preferibilmente l'area del distretto con altre ripartizioni amministrative (Comuni, circoscrizioni, quartieri e simili).

Il bacino di utenza deve servire 10.000 abitanti circa, con un minimo non inferiore a 5.000 abitanti. Nelle aree urbane il riferimento demografico è di circa 20.000 abitanti e può essere aumentato nei grandi centri e nelle aree metropolitane;

c) nel triennio 1985-1987 deve essere attivato almeno il 65% dei distretti sanitari di base;

d) laddove le Regioni, le Province autonome o gli enti locali, avvalendosi della facoltà prevista dall'art.30 della legge 27 dicembre 1983, n.730, delegano in tutto o in parte all'Unità sanitaria locale lo svolgimento delle attività socio-assistenziali connesse con l'attività sanitaria, il gruppo distrettuale di base è integrato, anche ad

accesso pluri-distrettuale, da uno o più operatori sociali in relazione all'ampiezza della domanda da soddisfare. L'Ente locale può a tal fine distaccare personale idoneo. Gli operatori sociali collaborano con il personale sanitario, anche ad iniziativa di quest'ultimo, adottando il metodo del lavoro di gruppo. Gli oneri del personale socio-assistenziale sono a carico dell'Ente delegante ai sensi dell'articolo di legge sopra citato;

- e) il distretto sanitario di base svolge il compito di comporre orizzontalmente le diverse attività dell'Unità sanitaria ~~locale~~ e di realizzare, attraverso la continuità, unitarietà e globalità d'intervento, una integrazione funzionale di tutte le prestazioni socio-sanitarie, preventive, curative e riabilitative proprie dei servizi territoriali, nonchè il coordinamento degli interventi relativi alle seguenti aree di attività:
  - vigilanza dell'ambiente naturale, di vita, di lavoro e vigilanza sugli alimenti, non più intesa come compito specifico di un settore della sanità, ma come contributo di tutti gli operatori sanitari del territorio;
  - estensione, a livello di base, della consulenza specialistica e diagnostica strumentale;
  - integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari.
- f) per quanto attiene al personale, si indicano i seguenti parametri tendenziali di riferimento da conseguire a regime anche attraverso l'utilizzazione interdistrettuale del personale medesimo:
  - 1 medico di medicina generale ogni 1.000 persone o frazione di 1.000 superiore a 500, detratte le persone

- in età pediatrica (0-12 anni), secondo quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale;
- 1 specialista pediatra di libera scelta ogni 700 persone in età inferiore a 12 anni, o frazione di 500 superiore a 350, secondo quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta;
  - 1 medico di sanità pubblica;
  - 1 punto di guardia medica urgente, notturna e festiva, extraospedaliera dotato di un telefono per le chiamate, ogni 70.000 abitanti in zone con oltre 3.000 abitanti per Kmq., ogni 35.000 abitanti in zone con popolazione tra 250 e 3.000 abitanti per Kmq., ogni 20.000 abitanti in zone fino a 250 abitanti per Kmq., ai sensi dell'accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale, da assicurarsi attraverso medici convenzionati ad hoc o, in caso di impossibilità, attraverso accordi con i medici di famiglia a turno o ciascuno per i propri pazienti. Nelle località turistiche dove l'escursione della popolazione presente rispetto a quella residente supera il rapporto 5/1: posti suppletivi di guardia turistica stagionale, temporalmente delimitati, per l'arco di tempo quotidiano non ricoperto dalla guardia medica, con gratuità delle sole prestazioni di pronto soccorso;
  - da 1 a 5 tra infermieri professionali e assistenti

- sanitari visitatori, in relazione alle dimensioni demografiche del distretto, con compiti di collaborazione con i medici di famiglia e con i pediatri di libera scelta in particolare per l'assistenza domiciliare, per le attività di profilassi individuale e collettiva e di educazione sanitaria;
- da 1 a 2 ostetriche, in relazione alla popolazione femminile in età fertile, con compiti di collaborazione con i medici di famiglia, con lo specialista ostetrico del distretto, con il consultorio familiare e con i servizi di prevenzione per l'assistenza anche domiciliare alle gestanti, alle puerpere e ai neonati, e per le connesse attività di educazione sanitaria;
- da 1 a 2 tecnici dell'igiene dell'ambiente di vita, di lavoro e dell'alimentazione, in relazione alle dimensioni demografiche e alla presenza di attività industriali e commerciali, con compiti di collaborazione tecnica con i competenti settori dell'Unità sanitaria locale, con i servizi multizionali di prevenzione, con i laboratori di sanità pubblica e per lo svolgimento di attività di vigilanza igienica nel distretto, secondo le indicazioni del medico di sanità pubblica;
- da 1 a 2 impiegati amministrativi, in relazione all'ampiezza dei componenti del gruppo distrettuale, per le attività amministrative, il raccordo tra i componenti del gruppo, la tunuta della documentazione statistico-sanitaria, la raccolta e la trasmissione dei dati informativi relativi al distretto;
- da un servizio specialistico distrettuale multidisciplinare, in relazione all'ampiezza demografica del distretto

e alle richieste del gruppo di base, anche con accessi programmati pluridistrettuali:

va favorita l'integrazione nel gruppo distrettuale di base delle attività di volontariato sulla base delle indicazioni delle normative regionali e nel rispetto dei principi generali contenuti nel piano sanitario nazionale;

- Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica vengono fissati i seguenti standard di riferimento:
  - N° ricette per assistito: scarto +/-10% rispetto al valore medio nazionale;
  - Costo medio per ricetta: scarto +/-10% rispetto al valore medio nazionale;
  - Standard medio assistenziale (costo medio per assistito): secondo le indicazioni della Commissione professionale regionale di cui all'art.24 della legge 28 dicembre 1983 n.730 e successivi accordi convenzionali, con scarto +/- (da giustificare motivatamente) non superiore al 15% dello standard medio nazionale derivante dai due precedenti standard;
  - Ricette esenti da ticket:

<u>% ricette esenti su totale ricette</u> =	da 2 a 1 decrescente
<u>% assistiti esenti su tot. assistiti</u>	come da tabella

VALORE DEL DENOMINATORE  
( % esenti su assistiti)

fino a 5%

VALORE MASSIMO ACCETTABILE  
( %ricette esenti ricette)  
( % esenti su assistiti)

valore max. 2

5 : 10%

1,8

10 : 15%

1,6

15 : 20%

1,4

20 : 30%

1,3 \*

30 : 40%

1,2 \*

40 : 50%

1,1 \*

oltre 50%

accertamenti ispettivi

\* situazioni da controllare attentamente

- L'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica è affidata, sulla base delle scelte organizzative della Regione e della USL, a tre diverse strutture tipologiche:
  - a) il poliambulatorio ospedaliero;
  - b) il poliambulatorio extraospedaliero;
  - c) l'ambulatorio specialistico convenzionato esterno.

Al fine di ridurre i tempi di attesa dei cittadini e consentire una più efficiente programmazione dell'attività del poliambulatorio, deve essere realizzato, nel triennio, il sistema unificato di prenotazione.

Per l'attività specialistica delle strutture poliambulatoriali pubbliche vengono fissati i seguenti standard:

- Rapporto con la popolazione: 1/30.000-60.000 abitanti
  - nei grandi centri urbani: fino a 1/150.000 abitanti
- Tempo massimo di accesso con mezzi pubblici: 45'
- Soglia minima per l'attivazione di una branca: 4h/settim.
- Apertura al pubblico: 6 giorni/settimana, possibilmente con 2 turni giornalieri.

La produttività nelle principali branche specialistiche è definita nella tabella che segue:

<u>BRANCA SPECIALISTICA</u>	Prestazioni/ora	Prestazioni annue per 1000 abitanti
MEDICINA INTERNA	3,33	25
CHIRURGIA	5,33	100
GINECOL.e OSTETRICIA	4	150
PEDIATRIA (in zone carenti di ped. base)	4	50
ORTOPEDIA	5	100
CARDIOLOGIA	4	100
PNEUMOLOGIA	4,5	60
OCULISTICA	5,5	110
OTORINOLARINGIATRIA	6	120
DERMATOLOGIA	6,66	75
UROLOGIA	5	25
NEUROLOGIA	3,66	45
ODONTOIATRIA	6	220
RIABILITAZIONE (medico)	2	40
RIABILITAZIONE (fisioterapista)		250
RADIOLOGIA (aggregato)	4	200
ANALISI DI LABORAT. (aggregato)	=	4.000

Nel quadro dei parametri sopra indicati la distribuzione delle ore per branca va effettuata secondo i bisogni sanitari da soddisfare, con verifiche trimestrali del tasso di fruizione e con conseguenti riadeguamenti annuali della ripartizione.

Il numero di ore lavorative complessivo del personale infermieristico (tendenzialmente infermieri professionali, anche ad utilizzazione parziale dove consentito dalla legislazione vigente) deve essere, a regime, pari al totale delle ore di attività degli specialisti con una maggiorazione del 10% per le attività di preparazione e di riordino della strumentazione e per le attività di rilevazione statistica.

Il numero di ore lavorative complessivo del personale tecnico di radiologia, di laboratorio e di fisiochinesiterapia deve essere riferito al totale delle ore di attività degli specialisti delle rispettive branche, al numero e al tipo delle attrezzature e, per quanto concerne la fisiochinesiterapia, anche al numero dei casi clinici.

La dotazione di personale amministrativo ed ausiliario deve essere stabilita in relazione all'entità del lavoro complessivo e all'ampiezza dei locali del poliambulatorio.

Per quanto riguarda le strutture di ricovero vengono stabiliti i seguenti standard:

• fabbisogno di P.L. (indicatore aggregato):	6%
• (comprendendo tutti i posti letto pubblici e il 50% dei posti letto convenzionati)	
• tasso di spedalizzazione:	160%
• tasso di utilizzazione (1° triennio):	75%
• degenza media:	10 gg.

All'interno degli standard aggregati sopra specificati, vengono precisati, con valore indicativo, gli obiettivi di distribuzione dei posti letto per tipo di attività:

- Dipartimento discipline mediche: 35-40% P.L.
- Dipartimento discipline chirurgiche: 35-40% P.L.
- Dipartimento discipline tutela materno-infantile: 10-15% P.L.
- Dipartimenti discipline psichiatriche: 1-2% P.L.
- Dipartimento discipline di riabilitazione: 2-10% P.L.
- Dipartimento di emergenza e di accettazione: 0,5-1% P.L.

.. Per quanto riguarda le dotazioni strumentali, vengono definiti i seguenti standard di riferimento:

- a) Tomografia assiale computerizzata (TAC)
  - bacino di utenza: 250.000 - 350.000 abitanti
  - Carico minimo di lavoro: 2.500 esami/anno
  - Ore di attività: 12 ore/giorno x 5 giorni/settimana x x 44 settimane/anno
  - Tempi ammissibili di fermo tecnico:
    - per manutenzione ordinaria: 20-25 giorni/anno
    - per riparazioni: 15-20 giorni/anno
- b) Radioterapia
  - Roentgenterapia: non vanno previsti nuovi acquisti

- Betatron: non vanno previsti nuovi acquisti
- Apparecchi per telecobaltoterapia: (a regime)
  - 25 applicazioni a malato
  - 45 applicazioni/die
  - 450 malati/anno
  - Ore di attività: 8/die per 5 gg./sett. x 50 settim./anno
  - Prestazioni complessive/anno: 11.250
- Acceleratori lineari:
  - 25 applicazioni a malato
  - 60 applicazioni/giorno
  - 600 malati/anno
  - Ore di attività: 8/die x 5 gg./sett. x 50 settim./anno
  - Prestazioni complessive/anno: 15.000
- Remote-after-Loading a bassa intensità (RAL b.i.)
  - 100 malati/anno (2 malati/settim. x 50 settim.)
- Remote-after-Loading ad alta intensità (RAL a.i.)
  - 4 applicazioni a malato
  - 625 malati/anno
  - Ore di attività: 5/die x 5 gg./sett. x 50 settim.

c) Radiologia diagnostica

- Tempi standard per i calcoli di dimensionamento
  - 8 ore di attività/giorno
  - 5 giorni lavorativi/settimana
  - 50 settimane lavorative/anno
- 250 giorni lavorativi/anno

- Densità radiologica (n. esami per 1.000 abitanti)
  - . 600 esami/anno
- Unità radiologiche a impiego specifico:
  - . soglia minima: 10 esami specifici/die
- Unità radiologiche polivalenti (obbligatorie in caso di esami/giorno complessivi inferiori a 100)
- Carichi di lavoro:
  - . Esami/anno per sala radiologica: 6.000
  - . Esami/anno per radiologo (media ponderata): 8.500-9.000
  - . Esami/anno per tecnico: 4.000

d) Radioimmunologia (RIA)

- . Soglia minima: 40.000 analisi/anno
- . Incidenza % analisi RIA su complesso analisi: 8-10%
- . Analisi complessive/anno x 1.000 abitanti: 4.000 (di cui 400 RIA)
- . Bacino minimo di utenza per laboratorio RIA: 100.000 abitanti ( $40.000:400=100$  x 1.000 abitanti = 100.000)
- . Personale: il laboratorio RIA deve essere gestito da medico specialista della materia

e) Risonanza magnetica nucleare (RMN)

- . Tipo superconduttivo: riservato esclusivamente a compiti di ricerca in ambiente universitario o a carattere scientifico
- . Tipo resistivo: ammissibile alla pratica clinica in via sperimentale, nei limiti che saranno indicati in apposito atto di indirizzo e coordinamento in corso di emanazione da parte del Governo, ai sensi dell'art.5 della legge 23 dicembre 1978 n.833. Sino alla definitiva disciplina della materia sono vietate le convenzioni con istituzioni private per accertamenti mediante RMN.

TABELLA 1)

RIPARTIZIONE FONDO SANITARIO NAZIONALE 1985 - PARTE CORRENTE  
 Attività assistenziali finanziarie a parametro capitario

(in milioni di lire)

REGIONI	Assist. di base	Farmac.	Special.	Altra Assist.	Igiene e Prev.	TOTALE
Piemonte	189.935	468.730	162.141	60.804	135.043	1.016.653
Valle d'Aosta	4.853	11.781	4.088	1.543	3.457	25.722
Lombardia	380.681	923.193	319.835	120.335	270.976	2.015.020
Prov. Aut. Bolzano	18.556	45.211	15.619	5.841	13.173	98.400
Prov. Aut. Trento	19.023	46.889	16.199	6.058	13.518	101.687
Veneto	187.093	462.400	159.428	59.357	132.924	1.001.202
Friuli V. Giulia	52.718	131.529	45.459	17.015	37.434	284.155
Liguria	76.742	191.612	66.335	24.919	54.529	414.137
Emilia Romagna	169.499	420.007	145.436	54.659	120.452	910.053
Toscana	153.733	384.574	132.800	49.611	109.145	829.863
Umbria	34.916	87.508	30.159	11.219	24.793	188.595
Marche	61.018	152.622	52.604	19.572	43.302	329.116
Lazio	216.884	532.813	183.818	68.531	154.093	1.156.139
Abruzzo	53.155	133.641	45.897	16.940	37.671	287.304
Molise	14.288	36.202	12.419	4.573	10.108	77.590
Campania	239.584	592.778	203.127	74.598	169.548	1.279.635
Puglia	170.068	421.776	144.605	53.169	120.287	909.905
Basilicata	26.450	66.105	22.664	8.332	18.728	142.279
Calabria	90.425	226.268	77.475	28.404	63.944	486.516
Sicilia	215.757	541.562	185.626	68.211	152.586	1.163.742
Sardegna	69.622	172.799	59.266	21.809	49.289	372.785
TOTALE ITALIA	2.445.000	6.050.000	2.085.000	775.500	1.735.000	13.090.500

TABELLA 2)

RIPARTIZIONE FONDO SANITARIO NAZIONALE 1985 - PARTE CORRENTE  
 Assistenza ospedaliera e attività a finanziamento differenziato  
 (in milioni di lire)

REGIONI	OSPEDALIERA	GUARDIA MEDICA	VETERINARIA	Importo di cui per spese profilassi obblig.vaccinale
Piemonte	1.710.214	17.763	20.140	1.838
Valle d'Aosta	39.597	1.815	1.363	66
Lombardia	3.353.182	19.593	28.585	6.082
Prov.Aut.Bolzano	156.571	3.726	1.589	287
Prov.Aut.Trento	188.609	3.710	1.610	150
Veneto	1.828.530	13.596	12.674	2.692
Friuli V.Giulia	597.343	6.258	3.576	518
Liguria	843.615	4.085	2.705	89
Emilia Romagna	1.795.883	15.672	20.529	3.392
Toscana	1.527.037	18.138	7.433	642
Umbria	329.589	6.177	3.522	871
Marche	590.750	7.255	6.852	680
Lazio	2.401.426	12.974	9.727	1.007
Abruzzo	469.866	6.700	8.210	437
Molise	124.605	2.631	2.131	112
Campania	2.107.858	11.505	10.175	499
Puglia	1.427.949	14.887	7.035	458
Basilicata	197.094	5.277	2.727	327
Calabria	703.530	10.703	6.507	594
Sicilia	1.792.465	19.037	10.994	983
Sardegna	579.287	13.498	6.916	2.143
<b>TOTALE</b>	<b>22.765.000</b>	<b>215.000</b>	<b>175.000</b>	<b>23.867</b>

TABELLA 3)

RIPARTIZIONE FONDO SANITARIO NAZIONALE 1985 - PARTE CORRENTE  
 Spese generali e totale quote ripartite  
 (in milioni di lire)

REGIONI	SPESE GENERALI	QUOTE FSN RIPARTITE
Piemonte	142.686	2.907.456
Valle d'Aosta	3.531	72.028
Lombardia	279.552	5.695.932
Prov.Aut.Bolzano	13.381	273.667
Prov.Aut.Trento	13.867	309.483
Veneto	142.730	2.998.732
Friuli Venezia Giulia	42.220	933.552
Liguria	62.178	1.326.720
Emilia Romagna	135.557	2.877.694
Toscana	117.360	2.499.831
Umbria	26.912	554.795
Marche	46.158	980.133
Lazio	163.685	3.743.951
Abruzzo	39.883	811.963
Molise	10.665	217.622
Campania	168.473	3.577.646
Puglia	121.816	2.481.592
Basilicata	17.890	365.267
Calabria	62.355	1.269.611
Sicilia	153.973	3.140.211
Sardegna	50.128	1.022.614
 TOTALE	 1.815.000	 38.060.500

TABELLA 4)

RIPARTIZIONE FONDO SANITARIO NAZIONALE 1985  
- PARTE IN CONTO CAPITALE -

REGIONI	Manutenzione (in milioni di lire)
Piemonte	28.015
Valle d'Aosta	553
Lombardia	52.750
Prov.Aut.Bolzano	2.591
Prov.Aut.Trento	3.283
Veneto	34.019
Friuli Venezia Giulia	10.127
Liguria	13.052
Emilia Romagna	25.884
Toscana	24.427
Umbria	5.111
Marche	11.176
Lazio	28.550
Abruzzo	8.189
Molise	1.531
Campania	26.832
Puglia	24.428
Basilicata	3.078
Calabria	9.824
Sicilia	27.545
Sardegna	9.035
<hr/> TOTALE	350.000