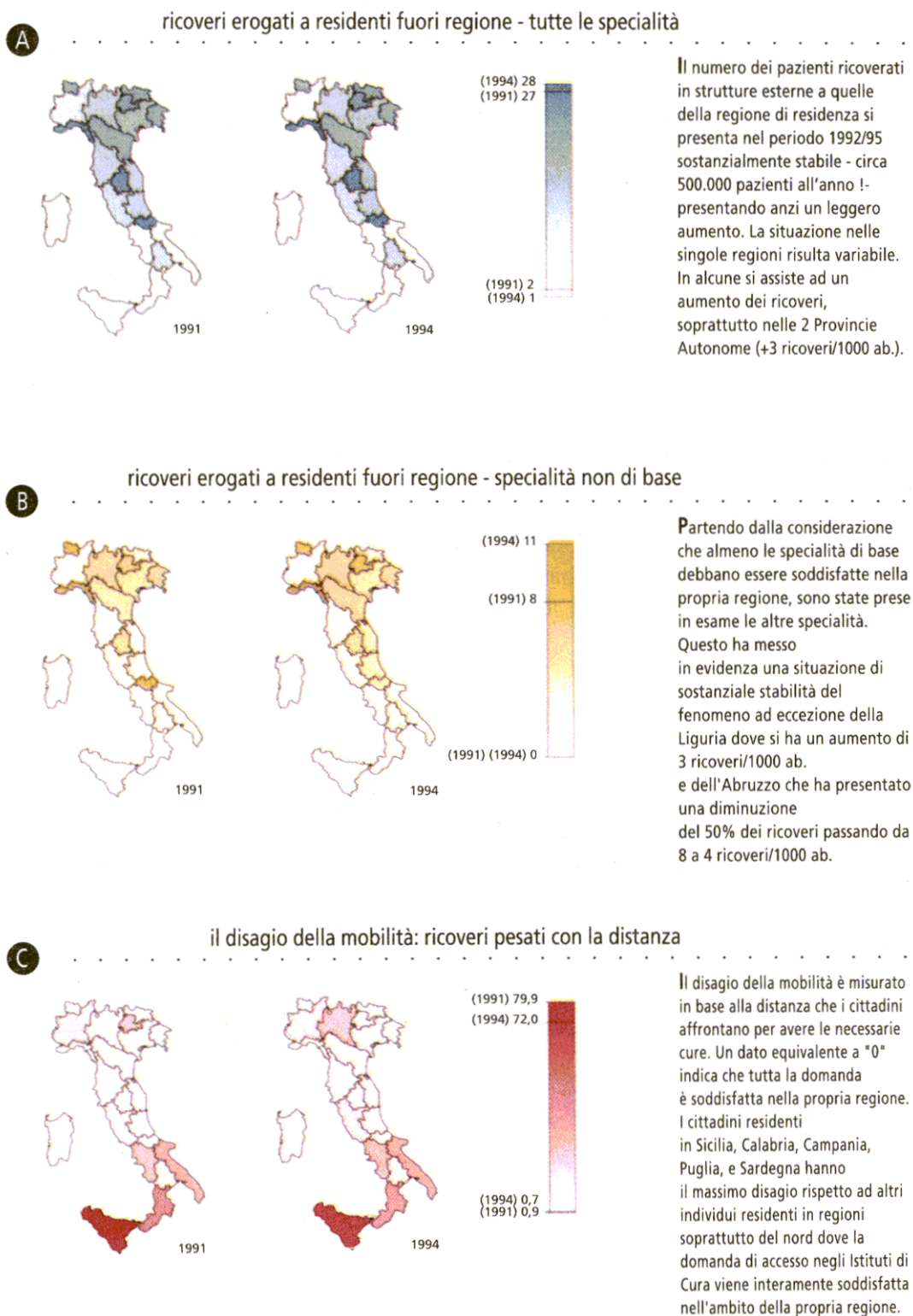


Fig. 13

indice di attrazione



(0,32 medici per posto letto il valore medio); la regione che presenta il valore più alto è la Campania, seguita dal Lazio e la Valle d'Aosta; mentre la P.A. di Trento presenta l'indice più basso. Il valore nazionale degli infermieri per posto letto è di 0,82; in particolare si evidenzia la situazione della regione Campania che presenta un infermiere per posto letto.

Nel 1995 il trend relativo al personale ospedaliero pubblico è in leggero aumento in particolar modo per quanto riguarda il numero dei medici. Il personale delle Aziende ospedaliere ammonta a circa 128.000 unità di cui 16,5% medici e 42,1% infermieri. Il personale operante presso gli istituti psichiatrici residuali ammonta a circa 10.000 unità che a seguito della chiusura di tali strutture dovrà essere, nel corso del 1997, ridistribuito nell'ambito delle strutture del S.S.N.

3.7 ASSISTENZA SANITARIA RESIDENZIALE A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI E LUNGODEGENTI STABILIZZATI

L'Assistenza sanitaria residenziale a persone non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati si propone di promuovere il recupero e soprattutto il reinserimento dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope, degli anziani, dei soggetti non autosufficienti, ma anche la prevenzione dell'invalidità correlata alla presenza di patologie croniche. La rilevazione del Nucleo di Valutazione e Monitoraggio dei Livelli Uniformi di Assistenza ha fornito alcune informazioni relativamente alle strutture residenziali per anziani e le comunità terapeutiche per tossicodipendenti.

Presidi per l'assistenza agli anziani

Si pongono l'obiettivo di realizzare l'assistenza residenziale ad anziano, attraverso l'assistenza sanitaria di base e riabilitativa dei soggetti degenti in strutture residenziali. Passando a considerare la situazione a livello regionale, alcune non presentano presidi, nonostante la presenza di un numero elevato di soggetti anziani; la P.A. di Trento, la Lombardia e il Veneto sono le regioni che dispongono del maggior numero di posti letto in strutture residenziali per anziani.

Dalle cifre si rileva, inoltre, una grande variabilità tra regioni che offrono questo tipo di assistenza per quel che riguarda la spesa procapite che passa da un valore minimo di 29.000 lire del Molise ad un valore massimo di 593.000 lire della P.A. di Trento.

Comunità terapeutiche per tossicodipendenti

Si pongono l'obiettivo di realizzare l'assistenza residenziale ai tossicodipendenti in comunità terapeutiche, attraverso l'assistenza sanitaria di base e riabilitativa.

Analizzando le informazioni provenienti dalle 14 regioni rispondenti, risulta che l'Emilia Romagna e la Lombardia, con una disponibilità rispettivamente di 1,91 e 1,79 posti letto per 1000 abitanti di età compresa tra 14 e 44 anni, sono le regioni con la maggior offerta assistenziale in comunità terapeutiche per tossicodipendenti.

Anche in questo caso, la spesa procapite presenta una forte variabilità a livello regionale con un picco registrato nella regione Liguria con 90.000 lire per abitante nella fascia d'età di riferimento.

3.8 LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è stata istituita con il decreto del Ministro della Sanità 28 dicembre 1991, quale parte integrante della cartella clinica e strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale. Le informazioni rilevate attraverso la S.D.O. sono finalizzate a descrivere i seguenti aspetti essenziali del ricovero ospedaliero:

i motivi che hanno determinato il ricovero, rappresentati dalla diagnosi principale di dimissione – ovvero, dal problema clinico principale trattato nel corso del ricovero – e dalle eventuali diagnosi concomitanti e/o complicanti;

le tipologie di trattamento adottate nel corso del ricovero, descritte sinteticamente dagli eventuali interventi chirurgici e dalle principali procedure diagnostiche e terapeutiche effettuate;

l'esito complessivo del trattamento, descritto attraverso lo stato del paziente al momento della sua dimissione e la sua destinazione dopo la dimissione.

Le caratteristiche informative della S.D.O., che la differenziano dagli strumenti informativi precedentemente in vigore, sono le seguenti:

il contenuto informativo ampio e standardizzato;

la esaustività della rilevazione;

la rilevanza medico-legale della S.D.O., che, in quanto parte integrante della cartella clinica, «...è un atto pubblico, dotato di rilevanza giuridica, la cui corretta compilazione obbliga la responsabilità del medico...».

Il decreto del Ministro della Sanità 26 luglio 1993 ha attivato il flusso informativo relativo alle schede di dimissione ospedaliera, prevedendo la trasmissione, con periodicità trimestrale, delle informazioni in esse raccolte dai singoli istituti di cura pubblici e privati alla regione o alla provincia autonoma di appartenenza e da queste al Ministero della Sanità. Le informazioni rilevate attraverso la scheda di dimissione ospedaliera costituiscono, ai diversi livelli di governo del S.S.N., il supporto per i processi di programmazione, gestione, valutazione e controllo dell'attività ospedaliera. Esse forniscono inoltre una preziosa fonte di

conoscenza del profilo epidemiologico della popolazione. Il significato e la finalità della scheda di dimissione ospedaliera risultano ulteriormente enfatizzate in seguito alla attivazione delle nuove modalità di remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera. Infatti, il decreto del Ministro della Sanità 15 aprile 1994 ha definito come prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti i singoli episodi di ricovero, conferendo pertanto alla scheda di dimissione ospedaliera il significato di fonte informativa necessaria anche per l'individuazione e la classificazione delle singole prestazioni di assistenza ospedaliera.

Il Ministero della Sanità pubblica annualmente un'ampia sintesi dei dati rilevati attraverso le schede di dimissione, sia allo scopo di fornire agli istituti di cura ed alle aziende sanitarie i valori di riferimento necessari per realizzare le attività di controllo interno ed esterno, sia allo scopo di monitorare il complessivo andamento del sistema ospedaliero nel nostro Paese. Nel triennio 1993-1995 il flusso di tali informazioni è progressivamente incrementato passando dai circa 4 milioni di schede inviate da 9 Regioni nel 1993 ai quasi 9 milioni di schede trasmesse nel 1995 da tutte le Regioni con la sola esclusione della Puglia. Dall'esame dei dati disponibili si rileva che:

le attività di assistenza ospedaliera per acuti in regime ordinario sono state erogate nel corso del 1995 per l'89,6 % dalle strutture pubbliche e «non profit», per il 10,4% dalle case di cura private, con ampi margini di variazione fra le diverse regioni;

la degenza media complessiva della casistica trattata in regime ordinario dagli istituti di cura pubblici e «non profit» risulta pari a giorni 8,0; per le case di cura private la corrispondente degenza media risulta pari a 9,7;

le attività di riabilitazione risultano erogate per il 59,2% dalle strutture di ricovero pubbliche e «non profit», con una degenza media complessiva pari a giorni 22,7, per il 40,8% dalle case di cura private, con una degenza media complessiva pari a 33,2;

i ricoveri di lungodegenza sono erogati per il 67,3 % dagli istituti pubblici - con una degenza media complessiva pari a giorni 25,4, per il 32,7 % dalle case di cura private - con una degenza media complessiva pari a giorni 43,4;

l'87,7% dei casi dimessi dai reparti per acuti sono stati trattati in regime ordinario; il 12,3% dei casi sono stati trattati in ricovero diurno.

Per quanto riguarda, in particolare, la «chirurgia di un giorno», la somma dei casi trattati in regime di ricovero diurno e dei casi trattati con durata di degenza inferiore a 48 ore risulta attualmente pari al 16,2% del complesso della casistica chirurgica.

I ricoveri di riabilitazione sono erogati in regime di ricovero diurno nel 7% dei casi, a cui corrisponde il 2,8% delle giornate complessivamente erogate.

La classificazione della casistica ospedaliera secondo il sistema D.R.G. (Diagnosis Related Groups) consente di rappresentare l'attività degli istituti di cura secondo modalità che associano alla sostanziale

coerenza dal punto di vista clinico una rilevante capacità sintetica: infatti, tutta la casistica ospedaliera è raggruppata in 489 classi di pazienti, definite essenzialmente sulla base della diagnosi principale di dimissione e degli interventi chirurgici eventualmente effettuati nel corso del ricovero.

L'utilizzo del sistema di classificazione dei D.R.G. consente, pertanto, sia di rappresentare esaustivamente la casistica mediante modalità di rappresentazione sufficientemente sintetiche, sia valutare la performance degli istituti di cura, attraverso la comparazione della degenza media specifica per D.R.G., in quanto il sistema D.R.G., per logica costitutiva, è fortemente connotato dalla omogeneità nel consumo delle risorse richiesto per il trattamento dei pazienti raggruppati in una stessa classe.

La maggior quota di dimissioni dai reparti di assistenza per acuti nell'anno 1995 sono state attribuite, in ordine decrescente di frequenza, ai seguenti grandi raggruppamenti diagnostici:

- malattie dell'apparato cardiocircolatorio (12,5%);
- malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (12,3%);
- malattie dell'apparato digerente (10,9%);
- gravidanza, parto e puerperio (7,5 %);
- malattie del sistema nervoso (7,2%).

Complessivamente considerate queste cinque grandi categorie descrivono la metà dei ricoveri per acuti trattati negli istituti di cura nel corso del 1995.

I singoli gruppi diagnostici maggiormente frequenti nella casistica trattata nel 1995 negli istituti di cura per acuti in regime di ricovero ordinario sono i seguenti: parto vaginale (3,2% del totale dei ricoveri); miscellanea di malattia dell'apparato digerente (2,2%); interventi chirurgici sul cristallino (2,0%); affezioni mediche del dorso (1,8%); interventi per ernia inguinale e femorale (1,3%); malattia polmonare cronica ostruttiva (1,3%).

Nella specifica tabella dell'allegato statistico sono riportate le diagnosi che risultano determinare con maggiore frequenza il ricorso al ricovero ospedaliero.

PAGINA BIANCA

4. La spesa

PAGINA BIANCA

4.1 PREMESSA

Questo capitolo analizza la spesa sanitaria pubblica relativa al periodo 1992-1995, ovvero al periodo immediatamente precedente l'attuazione del riordino del S.S.N. previsto dai decreti legislativi 502/92 e 517/93.

La conoscenza e la comprensione dei fenomeni principali che caratterizzano la spesa sanitaria in quel periodo costituisce un prerequisito importante per l'impostazione e lo svolgimento di un governo efficace del nuovo assetto organizzativo-finanziario del S.S.N. In particolare, dato il forte decentramento decisionale che contraddistingue il nuovo disegno del S.S.N., è importante riconoscere le variazioni interregionali riscontrabili nell'andamento e nella composizione della spesa sanitaria e cercare di individuarne i principali fattori sottostanti. Il capitolo rappresenta un tentativo di costruire un «ponte» fra la situazione del passato e quella del futuro del S.S.N. e si basa principalmente su di una ricostruzione retrospettiva della spesa sanitaria pubblica associata alle diverse categorie di prestazioni di assistenza considerate nella programmazione sanitaria nazionale e regionale. Tale ricostruzione viene effettuata tramite la combinazione di dati sulle spese, sull'utilizzo delle risorse fisiche ed umane e sulle attività da parte dei servizi sanitari regionali, con riferimento alla logica dei livelli di assistenza impiegati per il calcolo della quota capitaria su cui si basa la ripartizione del Fondo sanitario nazionale.

Il capitolo comincia con un breve esame della spesa sanitaria pubblica nel suo complesso e procede, dapprima, con una valutazione della spesa ricostruita relativamente ai tre livelli di assistenza per i quali si sono potute ricostruire retrospettivamente le spese e, quindi, con un'analisi più tradizionale della spesa per le restanti principali aree di assistenza, ossia l'assistenza specialistica ambulatoriale e l'altra assistenza.

4.2 LA SPESA SANITARIA PUBBLICA COMPLESSIVA

Nel 1992, la spesa corrente complessiva del S.S.N. ammonta a 92.668 miliardi. Nel 1995, la stessa ammonta a 92.668 miliardi; in questi quattro anni, pertanto, si è registrata una riduzione del 3% in valori correnti (che diventa di ben il 17,5% in termini costanti). La spesa sanitaria pubblica assorbe, nel 1995, il 5,4% del PIL; secondo gli ultimi dati disponibili dell'O.C.S.E., nel 1994, la quota di PIL assorbita dalla spesa sanitaria pubblica è pari al 5,9%, rispetto a: il 5,7% in Spagna, il 5,8% nel Regno Unito, il 7% in Germania, il 7,6% in Francia. Rispetto alla spesa corrente totale per la Pubblica amministrazione, la spesa sanitaria pubblica spiega il 10,6% (il 13,8% della stessa al netto degli interessi); la spesa per la pubblica istruzione spiega il 5,3% (6,9%), la spesa per la giustizia lo 0,7% (1%),

la spesa per la difesa il 2,2% (2,8%), la spesa per la previdenza sostenuta dagli enti previdenziali il 32,4% (42%).

La spesa sanitaria pubblica procapite, pari a 1.636.000 lire a livello nazionale nel 1995 ed a 1.667.000 lire nel 1992, fa riscontrare notevoli scostamenti a livello regionale in entrambi gli anni (cfr. Tab. 4-1, Fig. 1). Nel 1992, la spesa procapite più bassa si registra in Calabria, con 1.406.000 lire, e quella più elevata in Emilia Romagna, con 2.048.000 lire. Notevolmente sopra la media si trovano anche la Liguria, con 1.963.000 lire, le Marche, con 1.844.000, il Friuli Venezia Giulia, con 1.805.000 lire, e la Toscana, con 1.794.000 lire; sotto la media, viceversa, si trovano anche la Basilicata, con 1.414.000 lire, la Sicilia, con 1.451.000 lire, e la Campania, con 1.498.000 lire. Nel 1995, il valore più elevato si registra nella P.A. di Bolzano, con 1.953.300 lire procapite, e quello più basso in Calabria, con 1.436.100 lire. Notevolmente sopra la media nazionale, pari a 1.635.900 lire, si trovano ancora l'Emilia Romagna, con 1.927.200 lire, e la Liguria, con 1.912.400 lire; notevolmente sotto la media, invece, si trovano di nuovo la Sicilia, con 1.440.200 lire, e la Campania, con 1.442.900 lire, insieme alla Puglia, con 1.449.500 lire.

Oltre alle spese correnti indicate, nel 1992 e nel 1995 sono anche stati impegnati, in conto capitale, rispettivamente 2.016 e 3.313 miliardi di lire. Rispetto alla spesa sanitaria pubblica complessiva, quindi, la quota in conto capitale è pari al 2,1% nel 1992 ed al 3,5% nel 1995.

La tabella 4-2 illustra la composizione percentuale delle spese correnti del S.S.N. relative al 1995, in termini di aggregati di spesa riportati nei rendiconti delle U.S.L. ed evidenzia già la notevole variabilità interregionale, che verrà più analiticamente esaminata nei paragrafi successivi. Per avere un quadro completo della dimensione e dell'andamento della spesa sanitaria pubblica è opportuno tenere conto anche dei disavanzi delle U.S.L. che, per il periodo 1992-94, complessivamente ammontano a 23.723 miliardi di lire; al 31 dicembre 1994, per effetto dei vari provvedimenti di ripiano succedutisi nel corso degli anni (1), il volume dei disavanzi ancora da ripianare è stimato pari ad un valore compreso tra 10.973 e 13.743 miliardi. Tuttavia, solo una quota di tale valore è aggiuntiva rispetto alle spese indicate nei rendiconti delle U.S.L. e non è possibile calcolare valori di spesa totali sommando a questi ultimi i valori dei disavanzi.

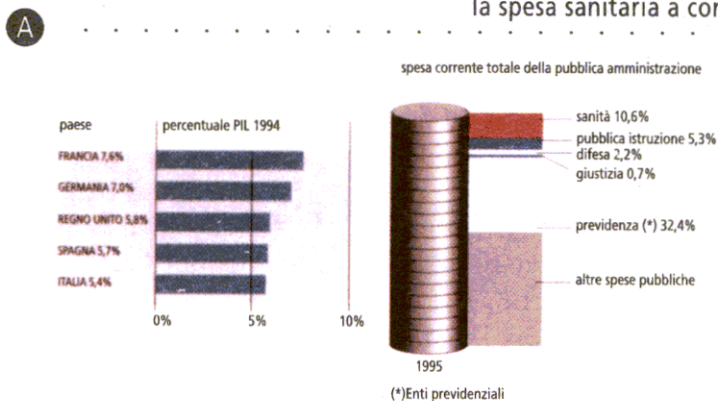
Difatti, fino al 1995, i rendiconti trimestrali delle USL inviati al Ministero della sanità, in alcune regioni, erano redatti sulla base del criterio di contabilizzazione delle spese in termini di fabbisogno effettivo

(1) Per un'analisi dettagliata dei disavanzi delle USL negli ultimi anni vedi:

- Ministro del Silancio e della programmazione economica e Ministero del tesoro, «Rapporto sanità» in *Relazione generale sulla situazione economica del paese* (1995), volume secondo, Roma, 1996;

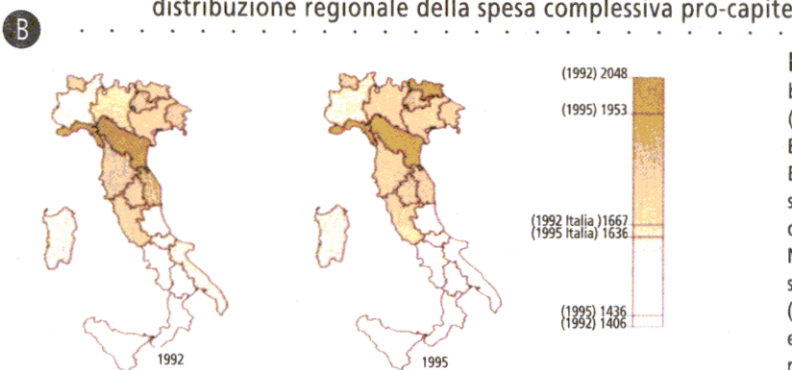
- Corte dei Conti, «Finanziamento e gestione dell'assistenza sanitaria», in *Finanza regionale, Assistenza sanitaria, Politiche regionali, Relazione annuale al Parlamento e ai consigli regionali*, volume 1, Roma 1996.

la spesa sanitaria a confronto



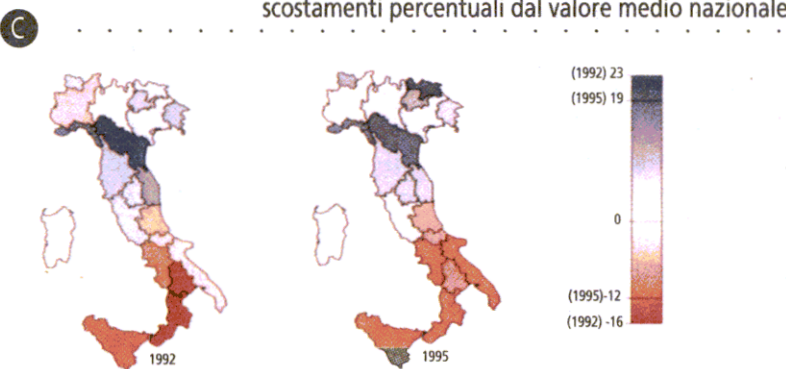
Nel 1995, la spesa corrente complessiva del SSN ammonta a 92.668 miliardi; pertanto, la spesa sanitaria pubblica (pari al 10,6% della spesa corrente totale della P.A.) assorbe il 5,4% del PIL. Nel 1995 la spesa sanitaria pubblica corrente si è ridotta del 3% rispetto al 1992 (il 17,5% in termini costanti).

distribuzione regionale della spesa complessiva pro-capite



Nel 1992 la spesa pro capite più bassa si registra in Calabria (1.406.000), seguita da Sicilia e Basilicata, quella più elevata in Emilia Romagna (2.048.000), seguita da Liguria e Marche.

Nel 1995, il valore più basso si è avuto ancora in Calabria (1.436.000), poi in Sicilia e Campania, quello più elevato nella P.A. di Bolzano (1.953.000) in Emilia Romagna e Liguria.

distribuzione regionale della spesa complessiva pro-capite:
scostamenti percentuali dal valore medio nazionale

Nel 1992 e nel 1995 le regioni del nord in generale (e in particolare Liguria e Emilia Romagna) presentano valori significativamente sopra la media.

Le principali regioni del sud (Sicilia, Campania e Calabria) si attestano invece sotto la media.

e, quindi, riportavano una spesa sufficientemente vicina a quella reale di competenza, inclusiva di tutto o parte dell'eventuale disavanzo; in altre regioni, invece, si applicava il principio del rispetto degli stanziamenti di bilancio e, dunque, le obbligazioni non contabilizzate in eccedenza a questi ultimi determinavano l'insorgenza di un debito sommerso emergente soltanto in sede di predisposizione dei provvedimenti di ripiano dei disavanzi.

4.3 LA SPESA PER TRE LIVELLI DI ASSISTENZA

Introduzione

Dal 1992, la quota capitaria viene impiegata per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale. Com'è noto, i sei livelli di assistenza sanitaria definiti, da ultimo, nel capitolo tre del Piano sanitario nazionale 1994-1996, sono i seguenti: assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; assistenza sanitaria di base; assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale; assistenza ospedaliera; assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati; attività di supporto all'organizzazione assistenziale.

Tuttavia, i rendiconti delle U.S.L. per il periodo qui in esame si basano ancora sulla contabilità funzionale e non su quella economica. Ne consegue che non è possibile desumere direttamente da tali rendiconti le spese a carico del S.S.N. in termini dei suddetti livelli di assistenza. Sarebbe invece utile, per un più efficace governo della spesa sanitaria pubblica nel futuro, a livello sia nazionale sia regionale, poter interpretare i comportamenti di spesa delle U.S.L. per il periodo 1992-1995 proprio in termini dei livelli di assistenza. La base-dati attualmente disponibile consente di ricostruire solo la spesa relativa ai livelli dell'assistenza ospedaliera, dell'assistenza sanitaria di base e delle attività di supporto, i quali, tuttavia, complessivamente rappresentano oltre tre quarti della quota capitaria totale (2). Le stime si effettuano per il 1992 e per il 1994, piuttosto che per il 1995, dal momento che sono attualmente disponibili per quest'ultimo anno i dati finanziari ma non quelli sul personale e sulle attività delle U.S.L.

La ricostruzione della spesa per i tre livelli di assistenza considerati è stata eseguita coerentemente con i criteri adottati in sede istituzionale per l'individuazione della quota di finanziamento destinata ai vari livelli di assistenza che compongono la quota capitaria. Tuttavia, si utilizzano valori relativi alle risorse effettivamente utilizzate a livello regiona-

(2) Va osservato che, considerate le metodologie utilizzate per il calcolo delle spese per i tre livelli (illustrate successivamente), queste spese non possono essere sommate, con lo scopo di ottenere l'ammontare complessivo delle spese sanitarie correnti, nè tra loro, nè con gli aggregati di spesa desumibili dai rendiconti delle USL illustrati nel paragrafo 4.

le (3), piuttosto che valori standard (uguali per tutte le realtà regionali), al fine di evidenziare gli specifici comportamenti di spesa regionali.

L'assistenza ospedaliera

L'assistenza ospedaliera costituisce tradizionalmente, anche nell'ambito del S.S.N., la funzione assistenziale più importante, in termini di risorse umane, fisiche e finanziarie complessivamente assorbite. L'obiettivo di questo livello è definito dal Piano sanitario nazionale 1994-1996 in termini di «garantire a tutti i soggetti assistiti dal S.S.N. l'accesso ai ricoveri ospedalieri necessari per trattare condizioni patologiche indifferibili che necessitino di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, nonché condizioni patologiche di lunga durata che richiedano un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extra-ospedaliera». Conseguentemente, continua ad essere estremamente elevata la parte della quota capitaria destinata a questo livello di assistenza, che nel 1994 ne rappresentava il 55,9%.

I dati riportati nei rendiconti delle U.S.L. non consentono, com'è noto, di evidenziare la spesa sostenuta per questo livello di assistenza; in particolare, mentre distinguono le spese relative all'assistenza erogata dal complesso degli ospedali e delle case di cura convenzionati con il S.S.N., non evidenziano quelle relative all'assistenza erogata dagli ospedali direttamente gestiti dalle U.S.L.. Pertanto, al fine di ricostruire le spese effettive complessive per il livello «assistenza ospedaliera» delle singole regioni, è stato necessario effettuare delle stime sulla base dei dati disponibili. In particolare, sono state considerate le seguenti componenti di spesa: per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera erogata in regime di assistenza diretta, le spese per il personale e per l'acquisto di beni e servizi relative all'assistenza ospedaliera erogata negli ospedali gestiti dalle U.S.L. e le spese relative all'assistenza erogata negli ospedali e nelle case di cura convenzionati con il S.S.N.; per quanto riguarda, inoltre, l'assistenza ospedaliera erogata in regime di assistenza indiretta, le spese relative ai rimborsi riconosciuti per i ricoveri in Italia e all'estero (4).

Mentre i dati relativi alle ultime due componenti sono stati tratti direttamente dai rendiconti delle U.S.L., quelli di cui alla prima componente sono frutto di stime. L'importo relativo al personale è stato calcolato sulla base dei dati sul personale dipendente degli ospedali pubblici,

(3) I dati utilizzati per i calcoli delle spese per livelli di assistenza sono desunti dai flussi del Sistema informativo sanitario, dai rendiconti delle USL e da fonti ISTAT.

(4) Si deve osservare che i dati relativi a questa componente di spesa ne costituiscono una notevole sottostima, poichè non includono le spese sostenute direttamente dal Ministero della sanità per i rimborsi dei ricoveri effettuati all'estero. Per un esame dettagliato di queste ultime spese, vedi: Ministero della sanità, Ufficio attuazione del SSN, Assistenza sanitaria all'estero: rapporti economici nei confronti dei paesi CEE, Roma 1995.

distinto per ruolo, e del costo medio per operatore e per ruolo, specifico per regione; l'importo relativo all'acquisto di beni e servizi, sulla base di una quota del totale delle spese regionali complessive per beni e servizi, pari al 75% (5) corretto in funzione della disponibilità, in ciascuna regione, di posti-letto utilizzati per 1.000 abitanti.

Le spese complessive effettive per il livello in questione, ricostruite seguendo questa metodologia, ammontano, nel 1992, a 51.490 miliardi di lire e, nel 1994, a 53.282 miliardi di lire (cfr. Tab. 4-3, Fig. 2-A), con un incremento del 3,5% (6).

A livello nazionale, in ambedue gli anni, le spese ospedaliere complessive sono quasi completamente associate all'assistenza ospedaliera «diretta» e, più in particolare, all'assistenza erogata negli ospedali gestiti direttamente dalle U.S.L., che ne assorbe circa l'80%. A livello delle singole regioni, tuttavia, il peso relativo di questa componente della spesa per l'assistenza ospedaliera varia notevolmente (cfr. Tabb. 4-4 e 4-5, Fig. 2-B), passando da un minimo di circa il 51% del Lazio ad un massimo di oltre 97% della Basilicata. Nel 1992, la spesa procapite media per l'assistenza ospedaliera, a livello nazionale, ammonta a 899.000 lire (cfr. Tab. 4-3, Fig. 3). L'esame dei valori regionali evidenzia una variabilità estremamente elevata; infatti, posto pari a 100 il valore medio nazionale, si va dal 68 della Campania al 168 della P.A. di Trento. Nel 1994, la spesa procapite media nazionale passa a 932.000 lire; la variabilità interregionale, sebbene si riduca molto rispetto al 1992, rimane importante: il valore minimo si registra ancora in Campania (con un numero indice pari a 72), mentre il valore massimo si registra nella P.A. di Bolzano (con 138). Tendenzialmente, in entrambi gli anni si registrano spese consistentemente inferiori alla media nazionale nelle regioni meridionali e superiori, invece, nelle regioni settentrionali. Tuttavia, va sottolineato che questi dati risentono, necessariamente, della mobilità ospedaliera interregionale e della diversa dimensione e composizione dell'offerta complessiva di posti letto che caratterizza le singole regioni. Come illustrato più avanti, entrambi questi fattori risultano molto importanti per spiegare la variabilità interregionale della spesa ospedaliera. Nel 1994, la parte della quota capitaria destinata all'assistenza ospedaliera, o spesa teorica, è pari a 836.147 lire (corrispondente, a livello nazionale, ad una spesa di 47.776 miliardi di lire, cifra inferiore del 11,5% alla spesa effettiva ricostruita; cfr. Fig. 4-A). A livello di singole regioni, il divario tra la spesa procapite ricostruita e quella teorica è molto variabile. Come risulta dalla Fig. 4-B, se in alcune regioni meridionali la spesa teorica risulta addirittura superiore a quella effettiva, in quelle del centro e del nord, il saldo negativo tra spesa effettiva e teorica è sempre uguale o superiore al 10% e, in alcuni casi, è uguale o superiore al 30% (Liguria, Friuli Venezia Giulia, P.A. di Bolzano e di Trento). Il

(5) La quota del 75% delle spese per beni e servizi è quella abitualmente utilizzata nelle stime ufficiali della spesa ospedaliera pubblica.

(6) Va osservato che tali valori rappresentano una sovrastima della spesa per l'assistenza ospedaliera in quanto includono, relativamente agli ospedali gestiti dalle U.S.L., le spese associate all'assistenza ambulatoriale erogata da questi ultimi.

Fig. 2 assistenza ospedaliera,
spesa complessiva ed incidenza della convenzionata

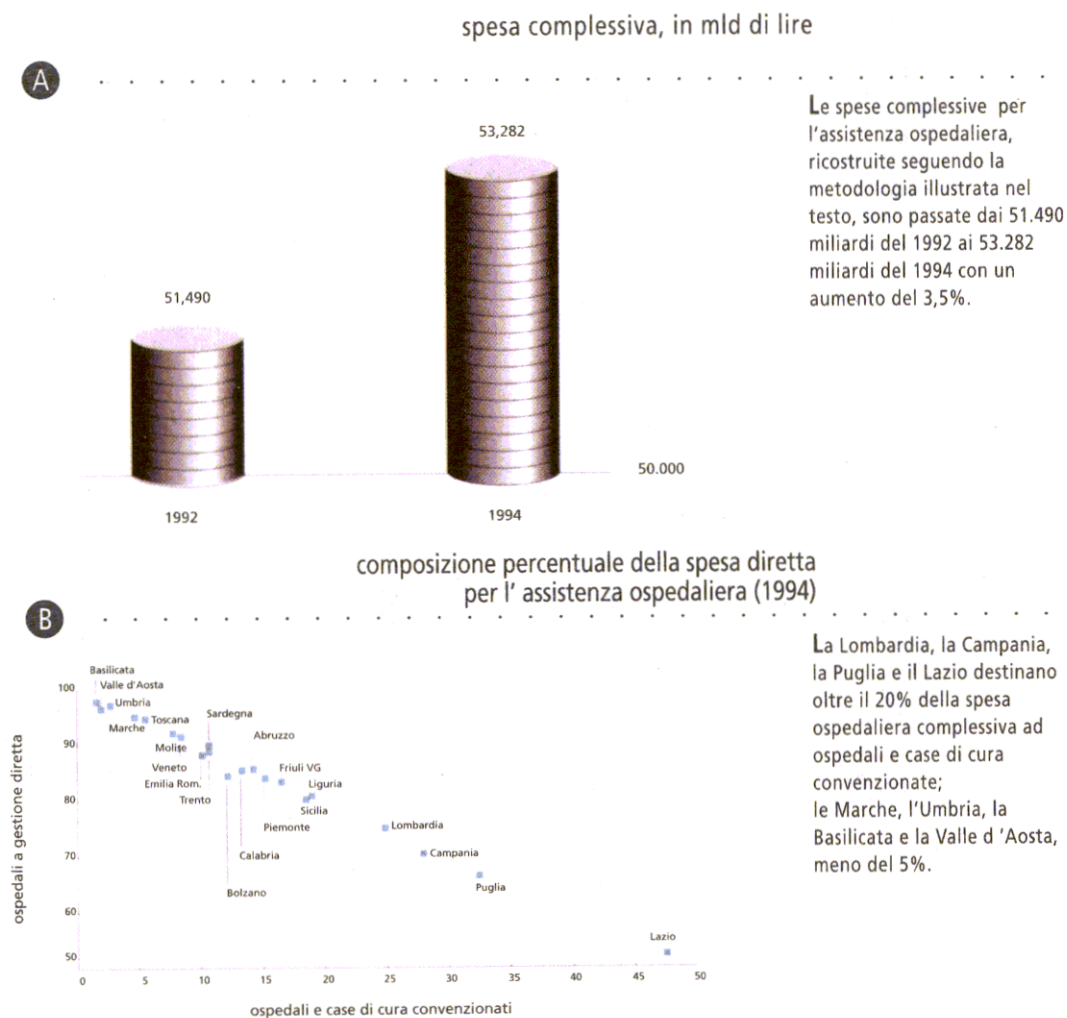


Fig. 3

spesa per assistenza ospedaliera

