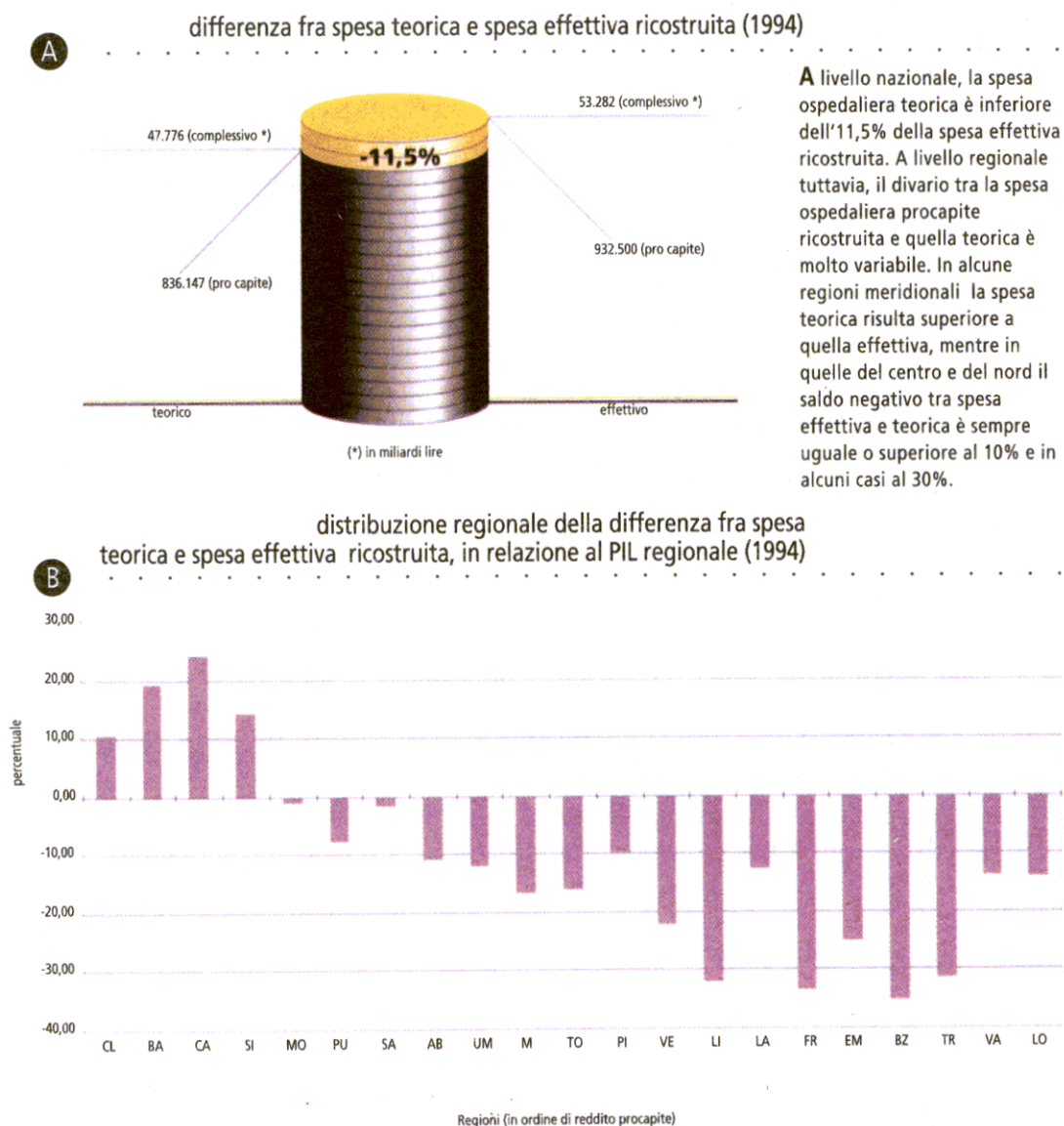


assistenza ospedaliera: confronti

Fig. 4



fatto che a livello di singole regioni gli scarti tra spesa effettiva e teorica siano diversi riflette la variabilità, già osservata, delle spese procapite effettive per il livello dell'assistenza ospedaliera. Si pone allora il problema di individuare le possibili variabili capaci di influire sul livello di spesa procapite.

Un primo elemento interessante, da questo punto di vista, è rappresentato dal reddito procapite di ogni regione (7). Tra le due grandezze sembra, infatti, esistere una notevole correlazione; come dimostra la Fig. 5-A, nelle regioni relativamente più ricche la spesa ospedaliera procapite appare, in genere, più elevata (8).

Per verificare se la spiegazione della correlazione esistente tra spesa ospedaliera ricostruita procapite e reddito procapite ha un qualche fondamento, è necessario studiare se, e in quale misura, esista una correlazione anche tra la spesa procapite e singole variabili strutturali e comportamentali collegabili con il livello di reddito.

Tra queste si è presa per prima in considerazione la dotazione di posti-letto (pubblici e convenzionati) per 1.000 abitanti, che per coerenza è stata messa in rapporto, non con la spesa ospedaliera complessiva, ma solo con la componente «diretta». La variabile in questione non appare molto esplicativa del livello di spesa procapite.

L'influenza sulla spesa ospedaliera procapite della seconda variabile considerata, ossia il personale ospedaliero per 1.000 abitanti, appare, invece, molto significativa. Premesso che in questo caso si è fatto riferimento solo alla spesa relativa agli ospedali gestiti direttamente dalle U.S.L., la Fig. 5-B indica che le regioni collocate significativamente al di fuori della retta di interpolazione sono in numero relativamente contenuto e che appartengono tutte all'area centro-nord (9). Tra queste, in Valle d'Aosta, Toscana, Friuli Venezia Giulia e nella P.A. di Trento, si registra una spesa inferiore a quella prevedibile, data la dotazione di operatori ospedalieri; mentre nelle Marche, in Emilia Romagna e nella P.A. di Bolzano si manifesta il fenomeno opposto. Questo fatto sembra suggerire che altre variabili abbiano un'influenza sul livello della spesa ospedaliera effettiva procapite, sia pur, forse, in modo meno evidente di

(7) I dati sul PIL regionale sono stati tratti da ISTAT, Conti economici regionali 1980-1992, Roma, 1995.

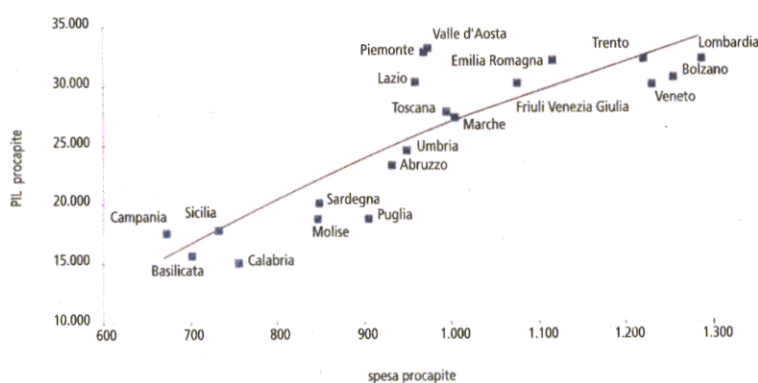
(8) In questo e nei successivi grafici dello stesso tipo, oltre ai punti che individuano per ogni regione l'incrocio tra variabile dipendente (riportata in ascissa) e variabile indipendente (in ordinata) è rappresentata anche la curva (cosiddetta di interpolazione) che indica l'andamento atteso della variabile dipendente, dati i valori di quella indipendente. Tanto maggiore è il numero di regioni che si trova ad essere vicino alla curva di interpolazione, tanto più la correlazione ipotizzata è significativa. È stata così effettuata la stima dei coefficienti di regressione che, nel caso in esame, fornisce i seguenti valori: spesa attesa procapite per il livello assistenza ospedaliera = $374,6208 + 0,023152$ PIL procapite il valore del coefficiente di determinazione (r^2) è pari a 0,67 e il t di Student (6,3) indica che la variabile «PIL» è una variabile importante per la stima della spesa ospedaliera attesa.

(9) La stima dei coefficienti di regressione fornisce i seguenti valori: spesa attesa procapite per ospedali a gestione diretta = $-203257 + 114366$ il numero di addetti per 1000 abitanti il valore di r^2 è pari a 0,87 e il t di Student (t 1,2) indica che la variabile «n di addetti» è importante per la stima della spesa attesa.

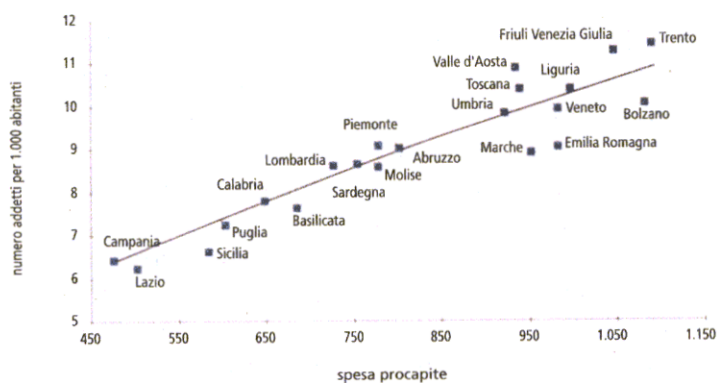
alcuni fattori influenti sulla spesa ospedaliera (1994)

Fig. 5

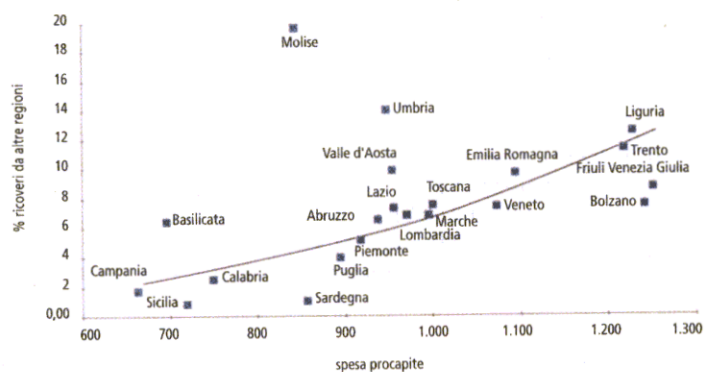
A rapporto fra PIL e spesa ospedaliera pro-capite (migliaia di lire)



B rapporto fra numero addetti e spesa ospedaliera a gestione diretta



C rapporto fra la mobilità ospedaliera e spesa per assistenza ospedaliera diretta



quanto non avvenga per il numero addetti ospedalieri per 1.000 abitanti. Come già osservato in precedenza, un aspetto normalmente ritenuto influente sulla spesa per l'assistenza ospedaliera «diretta» è rappresentato dal fenomeno della immigrazione di pazienti da altre regioni, il cui ricovero nella regione ospitante farebbe aumentare i costi ospedalieri di quest'ultima. Per verificare se esista effettivamente un rapporto tra mobilità ospedaliera interregionale e spesa per l'assistenza ospedaliera «diretta», quest'ultima, sempre calcolata in termini procapite, è stata messa in relazione con l'incidenza, in ogni regione, del numero di ricoveri di cittadini non residenti sul totale dei ricoveri effettuati. Tra le due grandezze sembrerebbe esistere una relazione diretta e la posizione della maggior parte delle regioni si colloca nei pressi della curva di interpolazione (cfr. Fig. 5-C). In termini statistici, tuttavia, la correlazione diventa fortemente significativa solo se si escludono alcune piccole regioni (in particolare, il Molise, la Basilicata, l'Umbria e la Valle d'Aosta), nelle quali si registra un livello di spese procapite notevolmente inferiore a quello teorico, data l'incidenza particolarmente elevata del numero di ricoveri di non residenti sul numero totale di ricoveri. Tenendo conto che in queste regioni non c'è un sovradimensionamento dell'offerta di posti-letto, è ipotizzabile che l'«effetto immigrazione» sul livello di spesa ospedaliera «diretta» procapite sia legato non solo al numero di ricoveri di non residenti, ma anche al grado di complessità delle patologie.

In altre parole, si può supporre che i ricoveri di non residenti nelle quattro regioni sopra menzionate riguardino patologie di non particolare complessità e comportino, quindi, costi non elevati (10).

Da questo punto di vista, l'introduzione nel 1995 del nuovo sistema di finanziamento dell'attività ospedaliera, basato sulle tariffe per caso trattato specificato secondo il sistema dei Raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD o DRG – Diagnosis related groups), dovrebbe contribuire notevolmente a riequilibrare la definizione e l'attribuzione dell'onere dell'assistenza ospedaliera. Difatti, la remunerazione degli ospedali sulla base del volume e della tipologia di prestazioni effettivamente erogate dovrebbe comportare, da un lato, una più equa distribuzione delle risorse destinate all'assistenza ospedaliera tra i singoli erogatori; dall'altro lato, dovrebbe consentire di imputare in maniera più precisa le spese per l'assistenza alle U.S.L. di provenienza dei pazienti ricoverati.

L'assistenza sanitaria di base

Il P.S.N. 1994-1996, nel definire i livelli di assistenza sanitaria uniforme, attribuisce un ruolo chiave all'assistenza sanitaria di base. Infatti,

(10) La stima dei coefficienti di regressione – escludendo Molise, Umbria, Basilicata e Valle d'Aosta – fornisce i seguenti valori: spesa attesa procapite per ospedali a gestione diretta = $683,567 + 4783,97$ la percentuale dei ricoveri di non residenti sul numero totale di ricoveri 11 valore di r^2 è pari a 0,80 e il t di Student (7,7) indica che la variabile «percentuale di ricoveri di non residenti» è importante per la stima della spesa attesa procapite.

il P.S.N. definisce quale «obiettivo dell'assistenza sanitaria di base: promuovere la salute, mediante attività di educazione sanitaria, medicina preventiva individuale, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento». Conseguentemente, anche la quota di risorse destinate a questo livello, in termini di peso relativo sulla quota capitolaria complessiva, è consistente; nel 1994 ne rappresenta, infatti, il 19,1%.

Operativamente, il P.S.N. articola l'assistenza sanitaria di base nei tre livelli analitici seguenti: medicina generale, assistenza farmaceutica e assistenza territoriale domiciliare.

L'attribuzione retrospettiva delle spese delle U.S.L. a questo livello conduce inevitabilmente ad una sua parziale sottostima, poichè i dati di spesa attualmente disponibili non consentono di evidenziare, ed includere nei calcoli, le spese sostenute dalle U.S.L. per l'assistenza domiciliare» (11).

Tuttavia, consente di analizzarne le due componenti principali: la spesa sostenuta per l'assistenza medico generica, sia per i medici di medicina generale, sia per i pediatri di libera scelta, e la spesa sostenuta per l'assistenza farmaceutica convenzionata.

La spesa per il livello di assistenza sanitaria di base, in questa sede, è stata calcolata come somma di queste due componenti. A livello nazionale, si ottiene una spesa complessiva, nel 1994, di 16.576 miliardi di lire che, relativamente alle spese correnti totali delle U.S.L., rappresenta il 17,5%. Relativamente a questo indicatore si rileva una variabilità interregionale notevole: dal valore massimo del 23,5% in Sicilia, si arriva al minimo del 10,6% nella P.A. di Bolzano (cfr. Tab. 4-7).

Rispetto al 1992, questo livello ha fatto riscontrare una riduzione notevole, tanto in valori assoluti (era pari a 19.642 miliardi), quanto in termini relativi (rappresentava il 20,6% delle spese correnti totali) (cfr. Tab. 4-6). Come prevedibile, è la componente di spesa relativa all'assistenza farmaceutica che si è ridotta sensibilmente tra il 1992 ed il 1994, passando da 14.209 a 11.028 miliardi di lire (mentre la spesa per l'assistenza medica è rimasta sostanzialmente costante: da 5.433 a 5.549 miliardi). La riduzione è notevole anche in termini relativi: a livello nazionale, nel 1992, la spesa per l'assistenza farmaceutica rappresenta il 72,3% della spesa totale per l'assistenza sanitaria di base, mentre nel 1994 ne rappresenta il 66,5%. A livello regionale, nel 1992, è in Liguria che si registra il peso relativo massimo di questa componente di spesa, con il 78,1%, e nella P.A. di Bolzano il peso relativo minimo, con il 60,6%; nel 1994, il peso relativo massimo si registra ancora in Liguria, con il 71,2%, e quello minimo nella P.A. di Trento, con il 58%.

Nel 1994, la parte della quota capitolaria destinata all'assistenza sanitaria di base è pari a 263.100 lire (corrispondente, a livello nazionale, ad una spesa di 15.027 miliardi di lire, cifra inferiore del 10,3% alla spesa

(11) Per avere un ordine di grandezza della sottostima, si può fare riferimento alla metodologia per la determinazione della quota capitolaria, dalla quale emerge che questa componente assorbe meno dell'8% delle risorse complessivamente destinate all'assistenza sanitaria di base.

effettiva rilevata; cfr. Fig. 7-A). A livello di singole regioni, il divario tra spesa procapite effettiva e spesa teorica è piuttosto variabile, come emerge dalla Fig. 7-B.

Relativamente alla spesa procapite per l'assistenza sanitaria di base, pari a 290.000 lire a livello nazionale nel 1994, la variabilità interregionale appare relativamente contenuta, se si escludono alcuni casi di spesa molto elevata (375.400 lire in Sicilia e 316.600 lire in Liguria) o molto contenuta (198.300 nella P.A. di Bolzano e 207.200 lire in Valle d'Aosta). Tendenzialmente, la spesa procapite è più bassa nelle regioni settentrionali; posto pari a 100 il valore medio nazionale, la Sicilia, la Liguria, la Calabria, la Puglia e l'Umbria fanno rilevare valori notevolmente superiori, con, rispettivamente, 129, 109, 106 e 105 (cfr. Tab. 4-7, Fig. 6-A). Nel 1992, la variabilità interregionale è relativamente maggiore. Posto pari a 100 il valore della spesa procapite media nazionale (346.000 lire), in Sicilia già si registra il numero indice massimo, pari a 124 (430.800 lire), in Liguria 118 (407.900 lire), in Toscana 113 (390.000 lire), nelle Marche 112 (386.800 lire) (cfr. Tab. 4-6, Fig. 6-A).

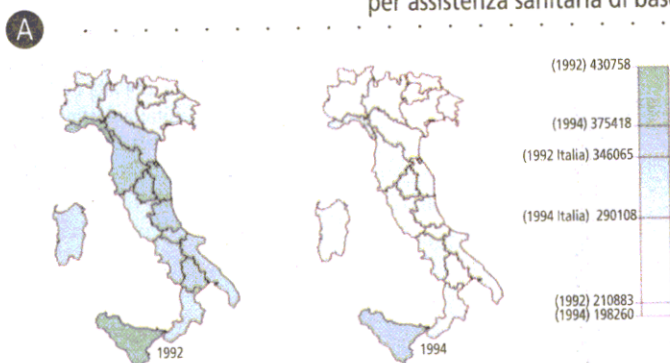
In entrambi gli anni, è rispetto alla componente della spesa per l'assistenza farmaceutica che si rilevano i maggiori scostamenti tra regioni (Fig. 6-B). Nel 1994, la spesa procapite media nazionale per questa componente è di 193.000 lire. Ponendo tale valore pari a 100, a livello regionale si individuano le regioni con valori notevolmente diversi dalla media. Tra le regioni con valori superiori si ritrovano: la Sicilia (138), la Liguria (117), la Puglia (110), la Campania e l'Umbria (107); tra quelle, viceversa, con valori inferiori, si ritrovano: la P.A. di Bolzano (60), la Valle d'Aosta (62), la P.A. di Trento (70), il Veneto (78) e il Friuli Venezia Giulia (83).

Considerata l'ampia variabilità interregionale riscontrabile nelle spese procapite per l'assistenza sanitaria di base, come è stato fatto per l'assistenza ospedaliera, è utile tentare di individuare le possibili variabili capaci di influire sul livello di spese procapite.

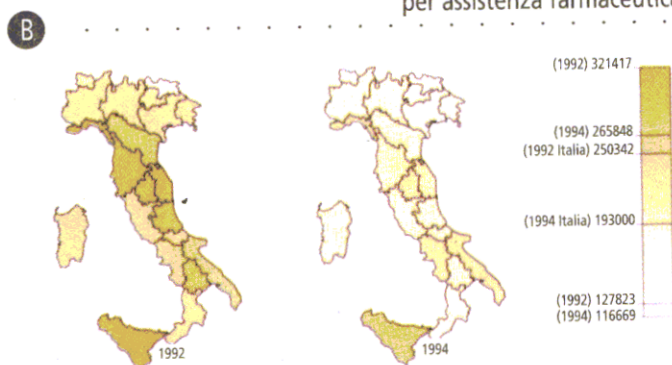
A questo riguardo, è plausibile ipotizzare che un fattore importante di variabilità interregionale sia legato alla quota di consumi di farmaci esente dal regime di compartecipazione alla spesa. Difatti, i valori di spesa per l'assistenza farmaceutica riflettono la quota di tale spesa che è a carico del S.S.N. ed escludono, quindi, la quota a carico degli assistiti (in termini di ticket, di quota fissa e di spesa per i farmaci prescrittibili ma non a carico del S.S.N.). Nel corso degli ultimi anni, le modalità di regolamentazione di questo regime sono state soggetto di numerose modifiche, tanto relativamente alla definizione delle categorie di assistiti cui si riconosce il diritto all'esenzione, quanto relativamente alle caratteristiche del sistema di compartecipazione (livello del ticket proporzionale al prezzo del farmaco, del massimale di spesa per prescrizione, etc.), quanto, infine, alla classificazione dei farmaci rimborsabili da parte del S.S.N. Ne deriva una oggettiva difficoltà di tentare una correlazione diretta tra livello di spesa per l'assistenza farmaceutica e regime della compartecipazione alla spesa. Tuttavia, dal confronto tra il PIL procapite (quale variabile proxy della quota di popolazione esente dalla com-

assistenza sanitaria di base, farmaceutica e medico-generica

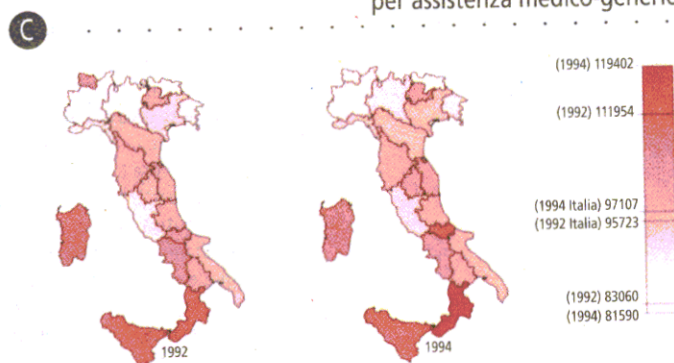
Fig. 6

distribuzione regionale della spesa
per assistenza sanitaria di base pro-capite

Nel periodo 1992-94 la spesa per l'assistenza sanitaria di base ha fatto riscontrare, nel suo complesso, una riduzione notevole, passando da 19.624 a 16.657 miliardi. Nel 1994, la variabilità interregionale della spesa pro capite è relativamente contenuta, se si escludono alcuni casi di spesa molto elevata (375.400) in Sicilia e 315.500 in Liguria), o molto contenute (198.300 nella P.A. di Bolzano e 207.200 in Valle d'Aosta).

distribuzione regionale della spesa
per assistenza farmaceutica pro-capite

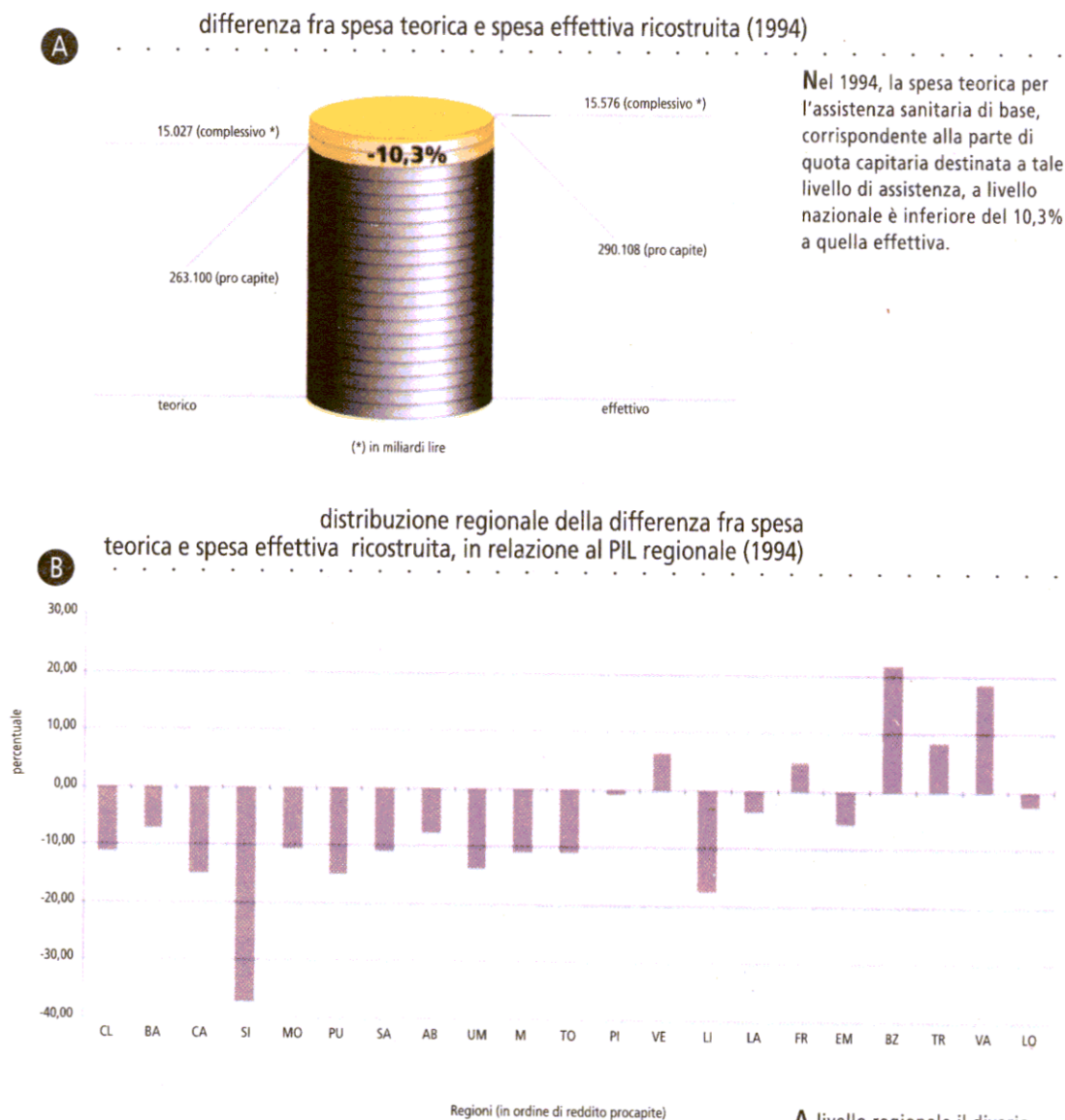
Nel 1994, la spesa procapite media nazionale per la farmaceutica è di 193.000 lire. È la componente della spesa per l'assistenza sanitaria di base rispetto alla quale si rileva la maggiore variabilità. Le regioni con valori notevolmente diversi dalla media sono la Sicilia (265.848) e la Liguria (225.609), che presentano il peso relativo massimo per questa componente di spesa.

distribuzione regionale della spesa
per assistenza medico-generica pro-capite

Nel 1994 il valore procapite nazionale della spesa per l'assistenza medico generica è di 97.100 lire. Le regioni con valori procapite più elevati della media sono la Calabria con 119.400 (nel 1992, rispetto alla spesa media nazionale di 95.700, il valore della Calabria era 111.900), il Molise con 111.200 (101.400 nel 1992) e la Sicilia con 109.600 (109.300).

Fig. 7

assistenza sanitaria di base: confronti



Nel 1994, la spesa teorica per l'assistenza sanitaria di base, corrispondente alla parte di quota capitaria destinata a tale livello di assistenza, a livello nazionale è inferiore del 10,3% a quella effettiva.

A livello regionale il divario tra la spesa procapite effettiva per assistenza sanitaria di base e quella teorica è piuttosto variabile. Sulla prima influisce notevolmente la componente di spesa destinata all'assistenza farmaceutica, che varia marcatamente da regione e regione e che fa riscontrare una relazione inversa, sebbene non costante, con il livello di PIL procapite.

partecipazione) e la spesa per assistenza farmaceutica procapite sembra emergere una relazione inversa: a livelli relativamente più bassi di reddito procapite sono associati livelli di spesa tendenzialmente più elevati; ma non è possibile rilevare una relazione costante. Un ulteriore possibile fattore di variabilità interregionale è legato al peso relativo della popolazione anziana e dei bambini, che costituiscono le due categorie di popolazione con propensioni al consumo di farmaci tendenzialmente più elevate, ma l'analisi statistica non convalida quest'ipotesi. Dal punto di vista, invece, dell'offerta di servizi sanitari, la variabilità interregionale può ricondursi a diversi comportamenti prescrittivi dei medici del S.S.N. Da questo punto di vista, si può ipotizzare che la composizione per anzianità di laurea dei medici di base abbia un'influenza sull'andamento della spesa farmaceutica. Ancora dal punto di vista dell'offerta, si può ipotizzare un legame inverso tra livelli di spesa farmaceutica e disponibilità di servizi sanitari alternativi; in questo senso, può essere interessante esaminare la relazione con i posti-letto ospedalieri per 1.000 abitanti. Tuttavia, l'analisi statistica non convalida nè l'una nè l'altra di queste ipotesi. La componente della spesa per il livello di assistenza sanitaria di base relativa all'assistenza medico-generica convenzionata mostra, come si è detto, una variabilità più contenuta, sia in termini temporali, sia tra regioni. Considerate le caratteristiche del sistema di remunerazione dei medici di base, basato com'è noto su una serie di 13 componenti direttamente associate al numero di assistiti, tale variabilità contenuta non sorprende.

Tuttavia, dal confronto dei valori procapite medi regionali della spesa per assistenza medica con il corrispondente valore medio nazionale emergono alcuni casi estremi (cfr. Tabb. 4-6 e 4-7, Fig. 6-C). Tra le regioni con valori procapite più elevati della media spicca, ad esempio, la Calabria, che nel 1994 fa registrare 119.400 lire rispetto alle 97.100 lire nazionali (anche nel 1992, rispetto alla spesa media nazionale di 95.700 lire, il valore della Calabria era 111.900 lire), il Molise con 111.200 lire (101.400 nel 1992) e la Sicilia con 109.600 lire (109.300 lire). Tra le regioni che, viceversa, hanno una spesa più contenuta, spicca la P.A. di Bolzano con 81.600 lire (83.100 lire nel 1992), la Valle d'Aosta con 86.700 lire (ma che nel 1992 aveva una spesa di 103.600 lire, superiore alla media nazionale) ed il Piemonte con 87.400 lire (85.500 lire) (12).

Possibili fattori di variabilità, in questo caso, sono legati da un lato alla composizione della categoria dei medici di base, sia in termini di anzianità di laurea, sia di numero medio di assistiti, poichè entrambe queste variabili rientrano tra i criteri di definizione delle varie componenti capitarie della remunerazione dei medici; dall'altro lato, possono ricondursi alla discrezionalità lasciata al livello regionale di decidere, sia

(12) La stima dei coefficienti di regressione fornisce i seguenti valori: spesa attesa procapite per assistenza sanitaria di base = $74,7449 + 1,1252$ spesa procapite per assistenza farmaceutica. Il valore di r^2 è pari a 0,96 e il t di Student (20,5) indica che la variabile «n. di addetti» è importante per la stima della spesa attesa.

in quali condizioni ai medici di base viene riconosciuta la componente della remunerazione detta «maggiorazione per zone disagiatissime», sia di quale entità è tale componente. Occorrerebbe, tuttavia, un'indagine ad hoc per valutare la bontà di quest'ipotesi. Un fenomeno, invece, che emerge con molta chiarezza anche dai risultati di elaborazioni statistiche, è l'importanza preponderante che la componente di spesa relativa all'assistenza farmaceutica riveste, in tutte le regioni, nello spiegare il livello e l'andamento della spesa per l'assistenza sanitaria di base. In questo senso, emerge l'importanza del comportamento prescrittivo dei medici, e in particolare dei medici di base, in considerazione del ruolo di «gate-keeper» che li contraddistingue e che diventa tanto più cruciale nel nuovo assetto organizzativo del S.S.N., nel quale l'accesso alle prestazioni sanitarie garantite dai livelli uniformi di assistenza è vincolato alla sola disponibilità della prescrizione del medico curante. Da questo punto di vista, appare estremamente importante l'introduzione di forme di responsabilizzazione nei confronti dei medici prescrittori rispetto alla dimensione della spesa farmaceutica, nonchè specialistica.

I servizi di supporto all'organizzazione assistenziale

I servizi di supporto costituiscono una parte essenziale di qualsiasi organizzazione, ivi compreso il S.S.N.. Il P.S.N. 1994-1996 definisce il livello delle attività di supporto all'organizzazione assistenziale in termini di «organizzazione di servizi generali e di management, compresi quelli relativi alla raccolta ed elaborazione dei dati per ogni livello assistenziale, che costituisce il presupposto per l'erogazione delle prestazioni ed attività contemplate dai livelli di assistenza».

D'altra parte, le risorse finanziarie destinate ai servizi amministrativi rappresentano inevitabilmente risorse «sottratte» alle attività direttamente produttive, ossia, nel caso del S.S.N., all'erogazione di prestazioni sanitarie. Ne deriva l'importanza e l'utilità di conoscere, e di poter valutare, tanto l'entità quanto la composizione delle «spese amministrative».

Pertanto, questa voce di spesa assume un'importanza tanto più rilevante in questa fase, se si considera che il processo di riordino del S.S.N. attualmente in corso comporterà inevitabilmente per le U.S.L. l'assunzione di nuove spese amministrative rispetto alla situazione attuale (associate, ad esempio, alla gestione del nuovo sistema di pagamento mediante tariffe per prestazione e alla regolamentazione dei nuovi rapporti tra i diversi soggetti del S.S.N.). Analogamente alle spese per i livelli dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza sanitaria di base, questo paragrafo analizza questa voce di spesa del S.S.N. per gli esercizi 1992 e 1994, confrontando i comportamenti regionali. Obiettivo dell'analisi in questa sede, pertanto, è quello di evidenziare le principali componenti di spesa e gli eventuali scostamenti interregionali, dai quali far emergere possibili aree problematiche, che solo una più approfondita analisi a livello sub-centrale può, quindi, consentire di risolvere. Le voci di spesa incluse nella definizione delle spese relative al livello dei servizi di sup-

porto sono associate alle attività di gestione, supervisione, coordinamento e controllo dell'organizzazione del S.S.N.. La parte della quota capitolaria destinata a questo livello, nel 1994, è pari a 67.900 lire, ossia al 4,5% del totale. In questa sede, si è operata una ricostruzione analitica di questa categoria di spese, includendo le spese per il personale e per i beni e servizi destinate all'acquisto delle risorse umane e fisiche necessarie per lo svolgimento delle suddette attività (13).

Va sottolineato che i valori di spesa così calcolati costituiscono una sottovalutazione delle spese complessivamente destinate alla amministrazione del S.S.N.. Infatti, non sono incluse nè le spese a carico del Ministero della sanità, nè quelle a carico delle amministrazioni regionali che si occupano di sanità. (14). Si tratta, dunque, della ricostruzione delle spese amministrative delle sole U.S.L.; in quanto tali, includono le spese relative ai servizi amministrativi degli ospedali a gestione diretta.

I valori illustrati nelle Tabb. 4-8 e 4-9 indicano la dimensione consistente delle spese amministrative, tanto in termini assoluti (oltre 6.230 miliardi di lire, per l'Italia nel suo complesso, per entrambi gli anni considerati, pari a circa 109.000 lire procapite), quanto in termini relativi, rispetto al totale delle spese correnti delle U.S.L. (il 6,5% e il 6,6%, rispettivamente, nel 1992 e nel 1994). Di questo valore totale, le spese per il personale nel 1992 e nel 1994 rappresentano, rispettivamente, il 68,9% e il 66,5% e quelle per l'acquisto di beni e servizi, il 31,1% e il 33,5%.

Il peso delle spese amministrative rispetto alle spese correnti totali è piuttosto variabile da regione a regione. Nel 1994, si va da un massimo del 9,2%, nella P.A. di Bolzano, ad un minimo del 5,4%, nel Veneto. Posta la media nazionale pari a 100, oltre a Bolzano, per cui si registra un valore di 140, altre regioni con valori elevati sono: la Calabria, con 138 (9,1%), la Valle d'Aosta, la Sardegna e la Puglia, con 123 (8,1%), e il Friuli Venezia Giulia, con 111 (7,3%). Regioni, invece, con valori relativamente bassi, oltre al Veneto, per cui si registra un valore di 81 (5,4%), sono: la Lombardia, con 86 (5,7%), e il Lazio, con 89 (5,9%). Anche dall'analisi dei valori di spesa procapite regionali emerge una notevole variabilità nelle spese amministrative (cfr. Fig.8). Ponendo pari a 100 le spese procapite medie per l'Italia, nel 1994, si va da un minimo di 83 per il Veneto ad un massimo di 158 per la P.A. di Bolzano. Si trovano ben sopra la media nazionale: la Valle d'Aosta (123), il Friuli Venezia Giulia (121), le Marche e la Calabria (116) e la Puglia

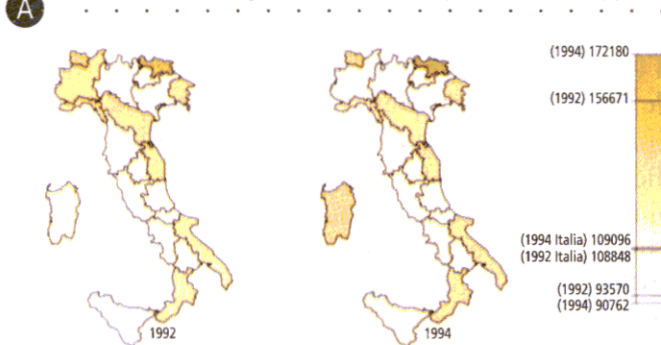
(13) I capitoli di spesa, estrani dai rendiconti delle USL degli esercizi 1992 e 1994, utilizzati per calcolare la spesa relativa al livello dei servizi supporti sono i seguenti: indennità e rimborsi di spese ai membri degli organi collegiali (codici di capitolo: 001, 002, 003,; spese di rappresentanza (004,; spese per altri beni economici (cancelleria, stampati, supporti meccanografici, etc., (132); spese per sistemi informativi (146,158); spese per altri servizi generali (spese postali, spese legali, etc., (167,; interessi moratori (253); spese per liti, arbitrati e risarcimenti (271); spese per servizi di tesoreria (277).

(14) Sono anche escluse dal calcolo le spese amministrative sostenute dal soggetti convenzionati, che risultano comunque finanziate dal SSN mediante le corrispondenti remunerazioni.

Fig. 8

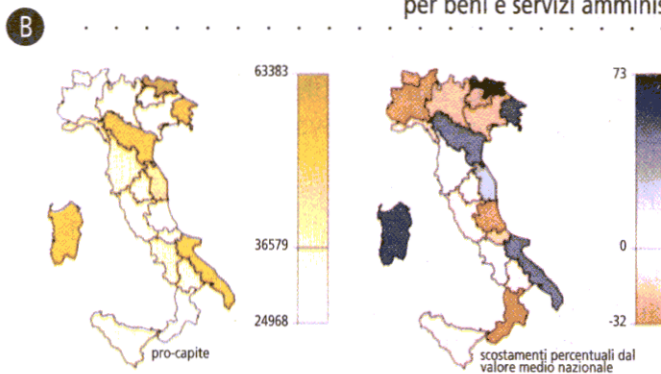
i servizi di supporto

A distribuzione regionale della spesa per servizi di supporto (pro-capite)



Tra il 1992 e il 1994 la spesa per i servizi amministrativi, a livello nazionale, è rimasta pressoché costante, sia in termini assoluti (circa 6.230 miliardi), sia in termini relativi (il 6,5% delle spese correnti totali). A livello regionale si riscontra una notevole variabilità, sia del peso della spesa per i servizi amministrativi sul totale delle spese correnti, sia del valore della spesa pro capite.

B distribuzione regionale della spesa per beni e servizi amministrativi (1994)



È soprattutto rispetto alla componente di spese per beni e servizi che si osservano i maggiori scostamenti da regione a regione; si va dalle 62.736 della Basilicata alle 105.797 della P.A. di Bolzano.

(115); si trovano, invece, considerevolmente sotto la media nazionale: la Lombardia (86) e il Molise e la Basilicata (88). Tra il 1992 ed il 1994, mentre a livello nazionale la variazione delle spese amministrative è pressochè nulla, a livello regionale si riscontrano importanti scostamenti, dovuti per lo più, prevedibilmente, alla componente dei beni e servizi. Ad esempio, posto pari a 100 il valore medio nazionale, la spesa procapite per l'acquisto di beni e servizi amministrativi in Piemonte è passata da 132, nel 1992, a 70 nel 1994; in Emilia Romagna, si passa da 168 a 145; in Toscana, da 78 a 102; nelle Marche e in Puglia, da 124 a 142; in Sicilia, da 78 a 94, e in Sardegna, da 107 a 155.

È interessante, allora, esaminare la composizione delle spese per l'acquisto di beni e servizi amministrativi (cfr. Tab. 4-10, Fig. 9).

Nel 1994, le spese per il funzionamento degli organi collegiali delle U.S.L., a livello nazionale, rappresentano il 3,1% delle spese amministrative complessive (e il 9,1% delle spese per l'acquisto di beni e servizi destinati ai servizi amministrativi). A livello regionale, si va dal valore massimo, riscontrato in Sicilia, del 5,6% (18%), al valore minimo, riscontrato in Emilia Romagna, dell'1,8% (4,2%).

Le spese per i sistemi informativi (elaborazioni dati, canoni per centri elettrocontabili) rappresentano, in Italia, il 6,8% delle spese amministrative complessive (e il 20,3% di quelle per l'acquisto di beni e servizi amministrativi). Il valore regionale più alto si riscontra per il Friuli Venezia Giulia, con il 24,2% (57,6%), mentre quello più basso si riscontra per la Basilicata, con lo 0,5% (1,5%).

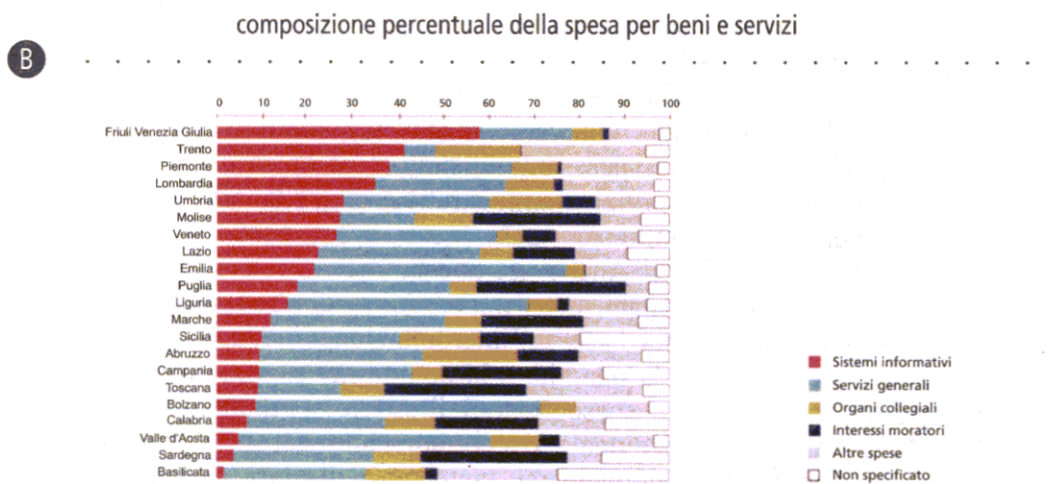
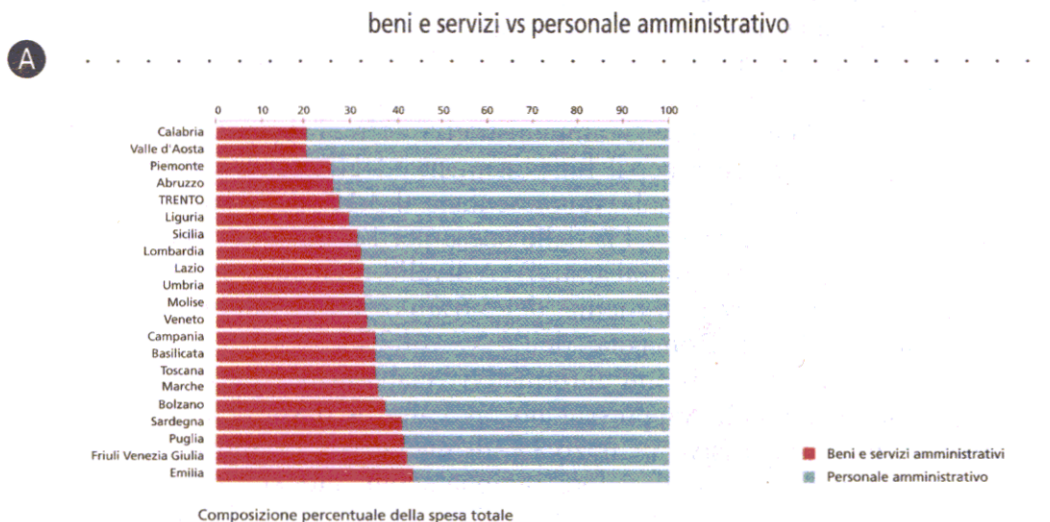
Le spese per interessi moratori, che a livello nazionale assorbono il 4,8% delle spese amministrative complessive (e il 14,2% di quelle per beni e servizi), in Puglia ne assorbono il 13,6% (32,9%), in Emilia Romagna e nella P.A. di Trento ne assorbono lo 0,2% (rispettivamente lo 0,4% e lo 0,7%) e nella P.A. di Bolzano lo 0%.

Infine, la componente relativamente più importante a livello nazionale (pari all'11,5% delle spese amministrative complessive e al 34,3% delle spese per beni e servizi amministrativi) è quella relativa ad altri servizi generali, che comprende spese legali, spese postali e spese per trasporti effettuati da terzi. Anche per questa voce si riscontra una notevole variabilità interregionale, ma l'impossibilità di conoscerne la composizione interna ne impedisce un'interpretazione inequivoca.

È difficile misurare la quantità e la qualità dei servizi amministrativi prodotti a fronte delle spese fin qui illustrate. Pertanto, considerata l'ampia variabilità interregionale riscontrata tanto nel 1992 quanto nel 1994 (15), appare lecito domandarsi, tanto più nella fase attuale di riordino del S.S.N., se, ed eventualmente in quale misura, le spese relativamente elevate siano eccessive e, viceversa, se siano insufficienti quelle relativamente basse, rispetto all'obiettivo di garantire un'efficiente ed efficace supporto al funzionamento dei servizi sanitari.

(15) L'analisi statistica mirata a spiegare la variabilità interregionale delle spese amministrative procapite in funzione di alcuni fattori ipotizzati come influenti (quali, ad esempio, la dimensione delle USL in termini di bacino d'utenza, la dotazione di personale amministrativo ed il peso del personale amministrativo sul personale totale delle USL) non ha fornito, finora, risultati significativi.

Fig. 9 composizione della spesa per attività di supporto all'organizzazione(1994)



4.4 LA SPESA PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA E PER L'ALTRA ASSISTENZA

Introduzione

Come si è detto, i tre livelli di assistenza appena esaminati assorbono oltre il 75% della spesa sanitaria pubblica complessiva; il restante 25% si distribuisce, pertanto, tra il livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, il livello di assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale ed il livello di assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati. I dati rilevati dal Sistema informativo sanitario non consentono, relativamente a questi ultimi tre livelli, una ricostruzione retrospettiva della spesa analoga a quella eseguita per i primi tre.

Tuttavia, informazioni utili possono desumersi dall'esame dei dati relativi a tre aggregati di spesa riportati nei rendiconti delle USL: la spesa per l'assistenza specialistica convenzionata interna e la spesa per l'assistenza specialistica convenzionata esterna, che possono utilmente sommarsi a fini analitici, e la spesa per le altre prestazioni di assistenza sanitaria. Nel loro insieme, nel 1995, queste tre funzioni di spesa assorbono circa il 9% della spesa sanitaria pubblica complessiva di parte corrente.

L'assistenza specialistica

Per quanto riguarda la spesa per l'assistenza specialistica, i dati dei rendiconti delle USL ne consentono una ricostruzione parziale. In primo luogo, non includono la spesa associata all'assistenza ambulatoriale erogata in ambito ospedaliero pubblico; inoltre, non includono nè le spese per il personale di supporto, sanitario e non, nè quelle per l'acquisto di beni e servizi associate all'assistenza ambulatoriale erogata in strutture extra-ospedaliere pubbliche. Nel 1995, la spesa per l'assistenza specialistica così calcolata ammonta a 2.299 miliardi di lire che, rispetto ai 3.187 del 1992, ha fatto registrare una riduzione del 27,9% (cfr. Tabb. 4-11 e 4-12). Il calo si spiega in misura prevalente con l'inasprimento del sistema di compartecipazione alla spesa a partire dal 1993, introdotto dapprima dalla legge 438/92, che ha posto a carico del paziente l'intera tariffa delle prestazioni, fino ad un massimo di 100.000 lire per prescrizione, più il 10% dell'importo eccedente tale limite (mentre in precedenza si pagava il 50% delle tariffe fino ad un massimo di 70.000 lire per prescrizione), e successivamente ridotto dalla legge 724/94 che ha portato a 70.000 lire il massimale di spesa per prescrizione. Questa spiegazione appare confermata dall'esame separato delle due componenti di spesa. Infatti, la spesa per l'assistenza specialistica convenzionata interna non è direttamente influenzata dalle caratteristiche del sistema di compartecipazione alla spesa: da un lato, non dovrebbe risultare decurta-

ta dall'onere del ticket sostenuto dai pazienti (e, dunque, a parità di volumi di prestazioni erogate, non dovrebbe modificarsi); dall'altro lato, non risente, almeno nel breve termine, delle eventuali riduzioni della domanda legate all'incremento della compartecipazione, poichè si tratta per lo più di spese fisse, associate al funzionamento delle strutture ed alle modalità di remunerazione oraria dei medici convenzionati. La spesa per l'assistenza specialistica convenzionata esterna, viceversa, risulta direttamente influenzata, sia dall'entità della compartecipazione alla spesa da parte del paziente, sia da variazioni della domanda. Mentre la prima componente di spesa, tra il 1992 e il 1995, si è ridotta soltanto di 98 miliardi, la seconda ha registrato un calo di ben 790 miliardi, che spiega quasi il 90% del calo della spesa per l'assistenza specialistica nel suo complesso.

La spesa procapite media nazionale, nel 1992, è pari a 55.600 lire, di cui 20.200 per la specialistica convenzionata interna e 35.400 per quella esterna. Anche in questa area di spesa si riscontra una elevata variabilità interregionale: si passa da un valore massimo di 97.800 lire, registrato in Campania, ad uno minimo di 19.300 lire, registrato nella P.A. di Bolzano. Valori molto superiori alla media nazionale si riscontrano anche nel Lazio (88.000 lire) e in Sicilia (78.000 lire); valori molto inferiori, invece, si riscontrano nel Friuli-Venezia Giulia (19.900 lire), in Basilicata (23.100 lire) e nella P.A. di Trento (27.600 lire).

Nel 1995, la spesa procapite media nazionale è scesa a 40.600 lire, di cui 18.700 per la specialistica convenzionata interna e 21.900 per quella esterna (cfr. Fig. 10-A). La variabilità interregionale è ancora molto elevata: dal valore massimo di 72.500 lire registrato nel Lazio, a quello minimo di 16.600 lire registrato nel Friuli-Venezia Giulia. Valori ben sopra la media nazionale si rilevano ancora in Sicilia (63.900 lire) e in Campania (55.000 lire); valori ben sotto la media, invece, si rilevano sempre nella P.A. di Bolzano (16.800 lire) e in Basilicata (17.200 lire). In entrambi gli anni si evidenziano, pertanto, valori tendenzialmente inferiori alla media nazionale nelle regioni centro-settentrionali ed emergono, quali casi eclatanti, le realtà siciliana e laziale, che continuano a registrare valori di spesa particolarmente elevati.

Nel 1995, l'assistenza specialistica interna spiega, a livello nazionale, il 46,1% della spesa complessiva per l'assistenza specialistica (cfr. Fig. 10-B). In diverse regioni il peso di questa componente è molto superiore; ad esempio, in Umbria rappresenta l'84% del totale, in Friuli-Venezia Giulia e nel Molise il 68,5% ed in Emilia Romagna il 65,8%.

A conferma di quanto già osservato in precedenza, è interessante evidenziare come il peso relativo della spesa per l'assistenza specialistica interna nel 1995 sia aumentato rispetto al 1992 (quando è pari al 36,3%) in tutto il paese, con la sola eccezione dell'Abruzzo (che passa dal 44,8% del 1992 al 23,6% del 1995). In alcune regioni l'incremento è consistente; ad esempio, in Campania si passa dal 22,5% del 1992 al 39,1% del 1995, in Puglia dal 28,5% al 57,1%, in Toscana dal 40,8% al 58,1%, in Umbria dal 62,5% all'84%.