

l'industria

rivista di economia
e politica industriale

Nuova serie Anno XXVI n. 1 gennaio-marzo 2005

Presentazione, *di Patrizio Bianchi e Marco R. Di Tommaso* 3

Editoriale, *di Fabio Gobbo* 5

Regolamentazione dei servizi

La regolamentazione dei servizi: introduzione, *di Fabio Gobbo* 13

Riforme pro-competitive e sostenibilità nel Servizio Sanitario Italiano, *di Federico Spandonaro* 15

L'industria postale fra liberalizzazione dei mercati e finanziamento del servizio universale: l'esperienza regolatoria in Italia, *di Bruno Spadoni e Vincenzo Visco Comandini* 37

La regolazione della qualità della rete ferroviaria: l'impatto della riforma comunitaria in Italia, *di Andrea Nuzzi* 57

Regolazione e performance ambientale delle filiere degli imballaggi, *di Cesare Pozzi* 87

Saggi

- | | |
|--|-----|
| Dinamiche e determinanti del settore farmaceutico in Europa, <i>di Francesco S. Mennini, Fabrizio Gianfrate e Federico Spandonaro</i> | 103 |
| Produttività e capitale tecnologico nel settore manifatturiero italiano, <i>di Francesco Aiello, Paola Cardamone e Valeria Pupo</i> | 119 |
| Due modelli di industrializzazione: la specializzazione produttiva dell'industria italiana lungo l'arco del Novecento, <i>di Fabrizio Traù</i> | 147 |

Da segnalare

- | | |
|--|-----|
| Una recensione, <i>a cura di Sandrine Labory</i> | 185 |
|--|-----|
- Summaries 189
- I collaboratori di questo numero 193
- Errata corrige 195

Riforme pro-competitive e sostenibilità nel Servizio Sanitario Italiano

Federico Spandonaro

Università Tor Vergata di Roma

Classificazione JEL: I110, I180, H510, L500

PREMESSA

I mercati dell'assistenza sanitaria sono caratterizzati dalla coesistenza di varie ragioni di fallimento del mercato, le quali, secondo una opinione generalmente condivisa, giustificano la rilevante opera di regolazione pubblica che si riscontra nel settore.

L'osservazione dei sistemi sanitari effettivamente in essere nei paesi sviluppati (OCDE, 2003; 2004) conferma che l'intervento pubblico è pervasivo, e per lo più esteso oltre la quota strettamente definibile di sanità pubblica. Anche a fronte di beni e servizi per cui esiste rivalità e escludibilità (si pensi per tutti ai servizi di ricovero ospedaliero) la tendenza riscontrabile è quella ad un intervento regolatorio dello stato, giustificato dalla presenza di rilevanti asimmetrie informative e/o esternalità.

La natura meritoria del bene è poi la base di giustificazione di una ulteriore quota di interventi, anch'essi riscontrabili in modo diffuso: persino negli USA, che rappresentano il paradigma del sistema sanitario «privatistico», è rilevante la tutela dai rischi sanitari per i più deboli, siano essi indigenti (schema *Medicaid*) o anziani (schema *Medicare*).

La quota di spesa pubblica per la sanità è, quindi, ovunque rilevante (tab. 1), e lo rimane nel tempo, anche se la sua dimensione tende ad uniformarsi nei paesi sviluppati. Solo negli USA l'intervento pubblico è minoritario (44,9 per cento), in Svizzera e Grecia si pone fra il 50 e il 60 per cento; più comunemente la quota di spesa pubblica si pone però fra il 70 e l'80 per cento (l'Italia registra il 75,6 per cento) con valori oltre l'80 per cento nei paesi scandinavi, in UK e Giappone.

Si consideri che anche dove si riscontra una quota di impegno pubblico minore, come negli USA, esso è in valore assoluto rilevante, e anzi risulta più alta di molti paesi con Servizi Sanitari Nazionali di tipo universalistico: 2364 \$ *pro capite* contro 1.801 in UK e 1.639 \$ in Italia (confronti a parità potere di acquisto).

TAB. 1. *Spesa sanitaria pubblica in % del totale: vari anni*

	1970	1990	2002
Norvegia	91,6	82,8	85,3
Svezia	86,0	89,9	85,3
UK	87,0	83,6	83,4
Danimarca	-	82,7	83,1
Giappone	69,8	77,6	81,7
Germania	72,8	76,2	78,5
Nuova Zelanda	80,3	82,4	77,9
Francia	75,5	76,6	76,0
Finlandia	73,8	80,9	75,7
Italia	-	79,3	75,6
Irlanda	81,7	71,9	75,2
Spagna	65,4	78,7	71,4
Portogallo	59,0	65,5	70,5
Austria	63,0	73,5	69,9
Canada	69,9	74,5	69,9
Australia	-	62,5	68,2
Svizzera	-	52,4	57,9
Grecia	42,6	53,7	52,9
USA	36,4	39,6	44,9

Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition.

A ben vedere l'intervento pubblico si concretizza per un verso in una attività di tipo assicurativo (solidaristica o mutualistica), per l'altro in quella di regolazione dell'assetto produttivo.

Sul primo aspetto le differenze di approccio a livello paese (i cosiddetti Servizi Sanitari) si riconducono sostanzialmente alla determinazione dei livelli di paternalismo adottati nei vari sistemi, desumibile dalla maggiore o minore quota di rischio (economico) che viene lasciato in carico ai cittadini.

Sul secondo aspetto le differenze sono più marcate, malgrado siano comuni le logiche della regolazione. In tale ambito l'Italia risulta un caso «anomalo», per effetto di una peculiarità riscontrabile nella struttura industriale del settore di erogazione dell'assistenza sanitaria (ospedali, ambulatori, ecc.): se, infatti, ovunque nel mondo opera, anche per effetto di ragioni storiche¹, una rilevante quota di aziende *non profit*, per lo più sotto forma di *trust*, in Italia registriamo in aggiunta che si tratta prevalentemente di aziende pubbliche. Questo peculiare assetto proprietario delle imprese operanti in ambito sanitario, come si vedrà nel seguito, è alla base dell'estensione in Italia dei confini delle attività di fatto riservate, e rende difficile, se non impossibile, la separazione reale dei ruoli di acquisto e erogazione (*purchaser/provider*), che in una logica di liberalizzazione è assunta a livello internazionale come condizione ineliminabile di efficienza dei mercati.

¹ Si pensi alla storia secolare dell'ospitalità religiosa.

TAB. 2. Tassi di crescita reale del PIL e della Spesa Sanitaria totale pro-capite (1990-2001)

	PIL	Spesa Sanitaria pro-capite	Differenza
Portogallo	2,70	6,20	+ 3,50
Giappone	1,40	3,70	+ 2,30
Grecia	2,50	4,40	+ 1,90
UK	2,40	4,20	+ 1,80
Svizzera	1,10	2,90	+ 1,80
Belgio	2,00	3,50	+ 1,50
Germania	1,40	2,50	+ 1,10
Francia	1,90	2,40	+ 0,50
Spagna	2,70	3,20	+ 0,50
Irlanda	7,10	7,40	+ 0,30
Australia	3,60	3,90	+ 0,30
Austria	2,20	2,50	+ 0,30
Islanda	2,70	3,00	+ 0,30
Italia	1,60	1,80	+ 0,20
Svezia	1,90	2,00	+ 0,10
USA	3,00	3,10	+ 0,10
Nuova Zelanda	2,90	2,90	-
Olanda	2,80	2,70	- 0,10
Norvegia	3,60	3,40	- 0,20
Danimarca	2,30	2,00	- 0,30
Canada	2,80	2,10	- 0,70
Finlandia	1,80	0,40	- 1,40
Lussemburgo	5,10	3,40	- 1,70

Fonte: OECD Health Data 2004, 1st edition.

Un ulteriore elemento che accomuna i sistemi sanitari dei paesi sviluppati è una dinamica di crescita più sostenuta di quella della ricchezza prodotta. Anche negli anni Novanta, caratterizzati da budget pubblici in contrazione e dalla realizzazione in molti paesi di riforme sanitarie tese a contenere il crescente onere della spesa sanitaria pubblica, il trend della spesa sanitaria è generalmente risultato più elevato di quello del PIL (tab. 2).

Per quanto sopra premesso, nel settore sanitario non sembra in generale porsi la questione della liberalizzazione dei mercati (per l'Italia il tema sarà approfondito nel seguito, viste le peculiarità sopra accennate), quanto quella di una regolazione capace di aumentarne l'efficienza². Sin dai primi pionieristici studi che hanno portato alla costituzione di una branca apposita per l'economia sanitaria³, si è peraltro riconosciuta la difficoltà di regolare i mercati dell'assistenza sanitaria, a causa della complessità dei fattori che li caratterizzano.

² Recenti contributi che si rifanno all'approccio proprio dell'economia della regolazione sono rinvenibili ad esempio in Dranove, White (1998) e in Foreman, Keeler (1995).

³ Più o meno convenzionalmente si fa riferimento ad Arrow (1963).

Non casualmente le riforme realizzate negli anni Novanta a livello internazionale sembrano avere come tratto comune quello di ricercare l'immissione di elementi di mercato nei sistemi sanitari. Fanno riferimento a questa ipotesi le logiche della *managed competition* e degli *internal market* ⁴.

I più recenti interventi in campo sanitario a livello internazionale sembrano peraltro sancire se non il fallimento, quanto meno una inadeguatezza degli strumenti sin qui proposti, quanto meno ai fini del controllo della spesa sanitaria ⁵.

La tendenza che oggi si osserva è per un verso quella di spostare l'attenzione verso alcuni strumenti che risultano propedeutici alla creazione di meccanismi virtuosi di competizione, quali l'*empowerment* dei cittadini e la conoscenza delle buone pratiche cliniche, dall'altra quella di aumentare gli incentivi alla cooperazione fra strutture e professionisti, al fine di ottenere una maggiore integrazione dei servizi ⁶.

Il primo approccio è ovviamente connesso alla esigenza di limitare le asimmetrie informative che caratterizzano il settore, mentre il secondo è di rilevante urgenza a causa della crescente specializzazione nel settore, che comporta sempre più rischi di frammentazione del servizio.

A questi aspetti riscontrabili in modo diffuso si aggiungono alcune peculiarità locali, derivanti da assetti specifici dei mercati nei singoli paesi. In particolare il presente contributo cerca di esaminare quanto nel nostro paese la regolazione sia stata resa inefficace dal persistere di rilevanti scarti fra risorse pubbliche assegnate al settore e crescita tendenziale del sistema: in altri termini si argomenta come il permanere di una forte pressione sul versante finanziario abbia in molti casi inibito lo svilupparsi di meccanismi genuinamente competitivi, suggerendo alle istituzioni che governano il sistema atteggiamenti dirigistici tesi a creare un limite alla crescita dei costi.

Si vuole subito chiarire che non è fra gli scopi del presente contributo affrontare la questione della adeguatezza delle risorse pubbliche rispetto alle esigenze del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): ci limiteremo ad analizzare nel primo paragrafo l'evoluzione della normativa sanitaria tesa a creare forme di *managed competition* nel servizio sanitario italiano, a descrivere brevemente la risposta del sistema ai nuovi incentivi creatisi (par. 2), per passare quindi nel paragrafo successivo alle risposte regolatorie delle istituzioni (ormai regionali dopo la modifica costituzionale del 2001). Chiuderanno delle brevi riflessioni critiche.

⁴ Si veda ad es. Einthoven (1985), (1989), (1993); Day, Klein (1991); Shackley, Healey (1993); Le Grand *et al.* (1998).

⁵ In questo ambito è interessante la riflessione in corso sulla cosiddetta *managed care*; cfr. ad es. Lesser *et al.* (2003).

⁶ Vedi in particolare per la Germania Janus (2004) e per gli USA Feldstein (2004).

1. EVOLUZIONE DELLA REGOLAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO IN ITALIA: LA RIFORMA DEL 1992-93

L'Italia non si è sottratta al processo di introduzione di elementi di mercato nel servizio sanitario che ha caratterizzato a livello internazionale le riforme sanitarie degli anni Novanta: la riforma della L. n. 833 del 1978, realizzata con i d.lgs. n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993 ha promosso la trasformazione giuridica delle Unità Sanitarie Locali in Aziende pubbliche, estrapolando da esse gli ospedali a più alto livello di complessità, anch'essi trasformati in Aziende Ospedaliere.

La trasformazione giuridica è stata peraltro accompagnata sia dall'imposizione di strumenti gestionali tipici dell'impresa privata (contabilità economico-patrimoniale, contabilità analitica), sia da dispositivi normativi tesi a garantire che il «processo di aziendalizzazione» non avvenisse a scapito della qualità delle prestazioni rese.

Ciò che maggiormente rileva ai nostri fini è però la contestuale modificazione dei rapporti fra attori pubblici e privati del mercato sanitario, oltre all'introduzione di nuove regole per la remunerazione degli erogatori di servizi sanitari.

Sul primo aspetto dobbiamo ricordare come la riforma di inizio anni Novanta abbia sancito il superamento dell'istituto del convenzionamento, in base al quale il servizio sanitario pubblico aveva facoltà di servirsi di erogatori (ospedali, ambulatori, ecc.) privati per integrare la propria offerta, delineando così una riserva al settore pubblico di gran parte della attività assistenziale.

Tale istituto configurava evidenti barriere all'entrata, aggravate per un verso dall'abitudine ad un rinnovo sostanzialmente automatico delle convenzioni, slegato da considerazioni sul merito e la qualità dell'erogatore, e spesso anche dalla reale carenza di offerta pubblica; per un altro dalla necessità per il paziente di ottenere dalla propria Unità Sanitaria Locale l'autorizzazione a recarsi in una struttura privata⁷.

Il nuovo istituto normativo regolante il rapporto fra strutture private e SSN, battezzato «accreditamento», configurava di fatto un diritto delle strutture sanitarie private, che avessero avuto determinati requisiti⁸, a poter ero-

⁷ Tale normativa fu poi rilassata riconoscendo il diritto al paziente di ricorrere alla struttura privata convenzionata quando quella pubblica non fosse stata in grado di erogare la prestazione entro tre giorni.

⁸ Il legislatore rimandava a successive norme attuative che non sono mai state emanate; attualmente le regioni stanno colmando il vuoto legislativo, ma con criteri difforni e in un contesto regolatorio significativamente modificato (cfr. par. 5).

gare prestazioni a carico del SSN; se unita alla contestuale libertà riconosciuta al cittadino/paziente di rivolgersi liberamente alla struttura accreditata, pubblica o privata, di sua preferenza, la norma assume un ruolo rivoluzionario per il sistema sanitario italiano, ponendo le basi per una competizione fra erogatori, fondata sulla capacità di soddisfare il «cliente».

Per i *new comers* si configurava quindi un processo a due stadi: il primo di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie, il secondo di accreditamento presso il SSN pubblico, che gli permetteva di operare per esso.

L'altro aspetto della riforma che deve essere ricordato è quello relativo all'introduzione di un nuovo meccanismo di remunerazione degli ospedali pubblici e privati: si passava dalla cosiddetta diaria per giornata di degenza, all'utilizzo di un sistema introdotto negli anni Settanta in USA, nell'ambito del programma *Medicare*. In pratica, gli ospedali vengono remunerati per ogni ricovero effettuato, indipendentemente dalla durata della degenza e dalle prestazioni diagnostiche o terapeutiche erogate; i ricoveri vengono classificati in base ad un sistema, detto DRG (Diagnosis Related Groups), che li raggruppa in base alle diagnosi e agli interventi intervenuti, in modo da creare raggruppamenti omogenei di essi, tanto per caratteristiche cliniche, quanto per assorbimento di risorse. Ad ogni gruppo di ricoveri, infine, viene assegnata una tariffa che remunera un profilo di cura efficiente⁹.

L'adozione di questo sistema configura quindi un incentivo alla maggiore efficienza tecnica delle strutture: l'aver fissato un *price cap* implica che gli ospedali siano spinti, in via teorica, ad agire sul versante della produttività, ottimizzando i processi assistenziali.

Avendo scorporato gli ospedali a maggiore complessità dalle Aziende Sanitarie Locali, si è quindi realizzato un primo tentativo di creare un «mercato interno» per l'assistenza ospedaliera, amministrato sul versante dei ricavi per mezzo della fissazione delle tariffe.

Per comprendere la successiva evoluzione del sistema, è opportuno aggiungere qualche nota di contorno.

In primo luogo lo scorporo degli ospedali dalle aziende sanitarie è avvenuto in modo difforme nelle regioni: la sola Lombardia ha estrapolato tutti i presidi ospedalieri dalle ASL, ove altre regioni, come l'Abruzzo, non hanno all'opposto costituito aziende ospedaliere autonome; inoltre notiamo che le ASL, oltre alla funzione di acquisto di servizi sanitari per conto della popolazione afferente, rimangono titolari di rilevanti funzioni di erogazione diretta; infine, e ci sembra l'aspetto maggiormente rilevante, le aspettative di maggiore efficienza derivanti da una maggiore separazione dei ruoli (di acquisto e

⁹ Le tariffe sono stabilite dalle regioni, nei limiti di una tariffa massima nazionale; le regioni hanno facoltà di usare tariffe diverse per tipologia di struttura.

TAB. 3. Quota % di spesa in convenzione/accreditamento sul totale della spesa sanitaria pubblica: vari anni

	1990	1995	2000	2002
Totale	41,1	35,3	37,1	40,4
Al netto di Farmaceutica e Medicina di base	18,6	19,0	17,6	19,6

Fonte: elaborazioni su dati Istat.

erogazione) sono in qualche modo vanificate dal fatto che non è variato l'assetto proprietario: la totalità degli acquirenti e la gran parte degli erogatori, rimangono aziende pubbliche regionali, e quindi la loro eventuale uscita dal mercato potrà derivare al più da scelta politica, ma non dalle performance di mercato. Nel sistema sanitario italiano la separazione *purchaser/provider* è quindi in larga misura rimasta sulla carta.

Analogamente, sul versante dell'accreditamento, la sola regione Lombardia ha tentato un «accreditamento esteso», intendendo con ciò che venivano autorizzate a operare nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale (SSR) tutte le strutture pubbliche o private autorizzate all'esercizio sanitario; negli altri casi i pre-esistenti convenzionamenti si sono sostanzialmente tramutati in accreditamenti, come si può intuire dalla tabella 3, ove si apprezza la sostanziale costanza nel tempo della quota di assistenza erogata in convenzione/accreditamento.

Nei fatti non si sono create le condizioni per l'entrata di nuove imprese, mantenendo una struttura di sostanziale monopsonio pubblico.

2. LA RISPOSTA DEL SISTEMA: EVOLUZIONE DELLA SPESA 1992-99

La riforma delineata dai d.lgs. n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993 ha esplicato i suoi effetti con un certo ritardo, vuoi perché per alcuni istituti, quali il pagamento a DRG degli ospedali, furono concessi tre anni di transizione, vuoi perché il principale ostacolo di una legge orientata a introdurre strumenti manageriali in un contesto di amministrazione pubblica è sicuramente quello culturale, e richiede quindi tempi lunghi per un suo superamento.

Ciò premesso, va detto che il principale effetto osservabile nei mercati è stato quello registratosi sull'attività ospedaliera: in pochi anni la degenza media, che era rimasta per anni su livelli decisamente superiori ai livelli internazionali si è ridotta drasticamente, peraltro secondo le aspettative (cfr. tab. 4), anche se ancora non ha raggiunto il livello osservabile in altri paesi come gli USA.

La concentrazione dell'impatto sul settore ospedaliero risulta certamente coerente con la constatazione che la quota prevalente dei costi sanitari è

TAB. 4. Numero di ricoveri e degenza media – Italia vari anni

	1990	1995	2000	2001
Ricoveri (tutti gli ospedali)	8.868.231	9.072.953	9.303.118	9.275.972
Degenza media (tutti gli ospedali)	10,0	10,1	7,7	7,6
Ricoveri (ospedali per acuti)			9.027.560	8.979.165
Degenza media (ospedali per acuti)			7,0	6,9

Fonte: Istat.

quella derivante dai ricoveri (circa il 50 per cento); nello stesso tempo è il frutto del potere evocativo dimostrato dallo strumento tariffario nei confronti degli operatori del servizio sanitario: si consideri, infatti, che seguendo lo schema principale-agente, la classe medica ha un ruolo predominante nella determinazione dei consumi sanitari, mediando il rapporto fra bisogno di assistenza del paziente e offerta terapeutica, e che alla classe medica italiana la volontà di riforma del legislatore è stata fatta percepire sostanzialmente attraverso l'obbligo a codificare le dimissioni secondo le regole dettate dalla classificazione per DRG, avendo poi il management delle aziende sanitarie stressato, forse oltre il legittimo, la natura di ricavo della tariffa corrispondente.

Non di meno, le aspettative derivanti dall'analisi delle esperienze internazionali in tema di pagamento delle strutture in base ai casi trattati, erano certamente quelle di una riduzione delle degenza media, altresì accompagnata da una contestuale deospedalizzazione dei casi di minore complessità.

In via teorica sarebbe stato lecito attendersi anche un impatto sulla qualità delle prestazioni, ma le analisi a livello internazionale, pur riconoscendo le difficoltà insite nelle misure di performance ospedaliera, propendono per una sostanziale neutralità del sistema sulla qualità delle cure.

Sul primo aspetto si è detto, mentre in relazione alla deospedalizzazione, nel SSN italiano osserviamo una sostanziale inefficacia degli incentivi (tab. 4).

Le ragioni possono farsi risalire al meccanismo, noto in economia sanitaria come *supply induced demand*¹⁰, ovvero alla capacità della offerta sanitaria (sostanzialmente dei medici) di creare una domanda di cure, seppure inappropriata, per massimizzare la propria utilità, possibile grazie alle asimmetrie informative che rendono imperfetto il rapporto fra il paziente (principale) e il medico (agente).

Gli ospedali pubblici, avendo una funzione di produzione con fattori sostanzialmente rigidi¹¹ e rilevanti costi fissi, hanno reagito al nuovo sistema di

¹⁰ La letteratura sull'argomento è molto ampia; interessanti contributi recenti si trovano in Sørensen, Grytten (1999); Richardson (2002); Delattre, Dormont (2003).

¹¹ Almeno il 70 per cento dei costi ospedalieri è rappresentato dal personale dipendente,

TAB. 5. Quota di spesa sanitaria per assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro – Anno 2001

	(%)
Basilicata	6,5
Sardegna	6,5
Valle D'Aosta	6,0
Umbria	5,1
Toscana	4,7
Calabria	4,5
Veneto	4,4
Abruzzo	4,3
Piemonte	4,2
Marche	4,1
Emilia Romagna	4,1
Lombardia	4,0
Campania	3,7
PA Trento	3,4
Puglia	3,3
Liguria	3,2
Lazio	3,0
Friuli Venezia Giulia	2,8

Fonte: ASSR – Monitoraggio dei LEA.

pagamento massimizzando le entrate con l'obiettivo di mantenere i livelli di finanziamento pre-riforma; in pratica hanno privilegiato l'aumento della produzione, effettuando un numero maggiore di ricoveri, che non la riduzione dei costi.

Si noti che il processo non implica né da un punto di vista teorico, né tanto meno da quello pratico, aumenti di efficienza: l'aumento dei ricoveri può non aumentare il benessere sociale, trattandosi per lo più di ricoveri impropri e qualora, come probabile, i costi per ricovero superassero il *price cap*, aumenterebbero altresì i disavanzi di gestione.

Si delinea quindi un fallimento della regolazione, dovuto alla inefficacia della sanzione economica nei confronti degli ospedali inefficienti: in altri termini, affinché il sistema di pagamento per caso trattato dagli ospedali potesse esplicitare compiutamente i propri effetti, sarebbe stato necessario che le strutture incapaci di produrre con costi medi per ricovero inferiori alla tariffa media, fossero costrette ad uscire dal mercato. Evidentemente i costi politici delle chiusure sono risultati più alti dei costi finanziari di ripiano dei disavanzi, riconducendo il meccanismo di pagamento delle strutture ad un pagamento sostanzialmente a piè di lista ¹².

fortemente garantito sia per l'esistenza di contratti pubblici, sia per le garanzie speciali derivanti dalla tutela della autonomia professionale in campo sanitario.

¹² Ad analoghe conclusioni arriva Del Vecchio (2004).

Il fatto che il processo abbia interessato anche le strutture private aggiunge alla analisi la considerazione che evidentemente esse, al contrario della maggioranza delle strutture pubbliche, sono in grado di produrre utili con le tariffe vigenti. Assumere per ciò stesso una rilevante inefficienza delle strutture pubbliche appare peraltro imprudente, in quanto è possibile che l'attuale sistema tariffario premi le strutture capaci di «scremare» il mercato in modo opportunistico¹³.

Un ulteriore effetto distorsivo si evidenzia a livello di macro livelli assistenziali: ci riferiamo al fatto che mentre l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale specialistica vengono pagate agli erogatori in base a tariffe predeterminate (o «prospettiche» secondo la terminologia in uso nel settore), nulla è previsto per le altre voci: prevenzione e salute mentale tanto per citarne due che, anche dimensionalmente, sono molto rilevanti.

In presenza di risorse contingentate, è evidente il rischio che il finanziamento di questi ultimi settori avvenga in modo residuale. Non è un caso che solo poche regioni sono capaci di destinare alla Assistenza Collettiva (prevenzione, ecc.) la quota di risorse prevista per legge, pari al 5 per cento della spesa corrente totale (tab. 5).

3. LA SECONDA RIFORMA (1999) E IL FEDERALISMO

Alla fine del decennio, e ancora in piena transizione, il sistema sanitario italiano è stato oggetto di una nuova riforma, delineata nel d.lgs. n. 299 del 1999, noto come decreto Bindi, dall'allora ministro della Sanità.

In via di principio viene confermata, e anzi rafforzata, l'autonomia imprenditoriale delle aziende sanitarie pubbliche, come anche il meccanismo di pagamento tariffario degli ospedali.

Per correggere lo squilibrio fra il settore deputato all'assistenza ospedaliera e quello dell'assistenza territoriale, viene anche esteso il principio del pagamento degli erogatori in base alle prestazioni rese.

Per quelle attività, richiamate nella norma citata come «funzioni», per cui non è fissata (o non è possibile fissare) una tariffa desumibile da esperienze internazionali, la norma indica come criterio quello dei costi standard di produzione, avendo cura di provvedere prioritariamente ad una analisi organizzativa sulla base dei livelli di servizio da erogare. La standardizzazione dei costi si riferisce, presumibilmente, all'utilizzo dei costi medi, ad esempio, per qualifica del personale dipendente.

¹³ Sulla interazione fra (in)efficienza e distorsioni nel sistema tariffario vedi Maruotti *et al.* (2004).

L'elemento critico dell'approccio è in realtà contenuto nella definizione del corretto livello di servizio, che implicherebbe valutazioni sui bisogni reali della popolazione, sulle migliori pratiche cliniche e, non ultimo, sulle scelte politiche in tema di livelli di comfort offerto.

A cinque anni dall'approvazione della norma, evidenze sullo sviluppo del processo di valutazione stentano ancora a emergere.

Una analisi esaustiva del d.lgs. n. 299 del 1999 esula dagli scopi del presente contributo: ci limiteremo qui a citare due aspetti che cambiano, a nostro parere, radicalmente la struttura competitiva interna al SSN, così come impostata dai precedenti decreti di riforma degli anni 1992/93.

In primo luogo si introduce l'istituto dell'accordo contrattuale, ovvero di un contratto, presumibilmente¹⁴ da stipularsi fra Azienda Sanitaria Territoriale e Aziende Ospedaliere pubbliche e private, nonché con gli altri erogatori di assistenza sanitaria, teso a definire i volumi di prestazioni «acquistabili» dal SSN.

Il contratto negozia quindi i volumi sulla base di scelte di programmazione sanitaria e li valorizza per mezzo delle tariffe e/o dei costi standard di produzione (vedi sopra).

La *ratio* della norma è evidente, anche alla luce di quanto descritto nel paragrafo precedente: creare un freno all'espansione incontrollata dei volumi di prestazioni sanitarie erogate, riconducendo sotto controllo la spesa pubblica.

Il secondo aspetto degno di nota riguarda l'accreditamento, che viene anch'esso subordinato alla stipula di un accordo contrattuale.

Il combinato disposto dei due dispositivi contiene elementi capaci di modificare significativamente il funzionamento dei mercati interni: il tetto ai volumi di prestazioni implica un finanziamento massimo erogabile¹⁵, e sebbene teoricamente sia anche possibile una sua riduzione (infatti, in caso non venga raggiunto il volume di prestazioni concordato, il finanziamento si contrae proporzionalmente¹⁶), tale opportunità è da considerarsi remota in presenza di *supply induced demand*; in definitiva si delinea un meccanismo di finanziamento a priori, ben diverso dall'originario modello a pagamento *ex post* dell'attività effettuata.

L'impatto del nuovo assetto sulle strutture pubbliche e private appare asimmetrico: le seconde, caratterizzate da una maggiore flessibilità produttiva

¹⁴ Su questo punto la norma non è chiara.

¹⁵ Come sarà evidente nel seguito, nella pratica vengono per lo più fissati direttamente tetti finanziari.

¹⁶ La proporzione dipende in verità dal cosiddetto *case-mix*, ovvero dai livelli di complessità dei casi trattati.

va, potranno adattarsi ottimizzando i risultati economici in funzione di una domanda di fatto garantita; le prime, caratterizzate da rilevanti costi fissi, in particolare di personale, qualora non riescano a farsi riconoscere volumi di prestazioni adeguati, saranno costrette ad accumulare disavanzi di gestione o a ridurre la qualità dei servizi.

Si noti che il principio di *empowerment* dei cittadini, implicito nella libertà di scelta dell'erogatore voluta dalla riforma di inizio decennio, viene anch'esso quanto meno indebolito: le strutture tenderanno, infatti, a rifiutare pazienti, una volta raggiunto il loro volume massimo di prestazioni finanziate¹⁷.

Nel nuovo disegno del SSN dovrebbero essere le regioni (o le Aziende Sanitarie Territoriali) a farsi carico (agenti) per conto dei cittadini (principali) di valutare la qualità dei servizi resi, ma ciò crea un evidente conflitto di interessi: nella funzione di utilità delle regioni compare infatti la quota di finanziamento garantito alle proprie strutture di erogazione.

Va detto, in aggiunta, che sembra piuttosto paradossale che si sia voluto «scommettere» sull'*empowerment* dei cittadini proprio nel campo di maggiore complessità clinica, quello ospedaliero, ove le barriere informative sono certamente maggiori, come anche le barriere all'entrata; se escludiamo i grandi centri urbani, gli ospedali si configurano come casi di monopolio naturale.

Ai fini dell'entrata sul mercato degli *incumbent*, si configurano elementi critici, e in particolare una subordinazione del settore privato rispetto a quello pubblico: una struttura privata che dovesse avere requisiti strutturali e qualitativi atti a ottenere l'accreditamento, non potrebbe comunque operare per il SSN, qualora l'Azienda Sanitaria non ritenga di avere bisogni di acquistare all'esterno prestazioni sanitarie.

In una visione storica, la norma si inquadra come il recepimento di pratiche che già si erano endogeneamente sviluppate all'interno delle regioni, sempre più responsabilizzate sul versante della sostenibilità finanziaria del servizio pubblico e quindi preoccupate di contenere i costi dello stesso.

Non si può, peraltro, tacere che, proprio nell'esperienza regionale, erano rinvenibili «strumentazioni» maggiormente orientate alla competizione nei mercati: ad esempio, la pratica delle tariffe regressive, ovvero decrescenti all'aumentare del volume di produzione¹⁸. Tale impostazione non annulla, infatti, il processo di attrazione della domanda da parte delle strutture migliori, mitigando però gli effetti negativi derivanti da una eccessiva concentrazione,

¹⁷ Questo non è possibile (in via di principio) per le prestazioni di emergenza/urgenza.

¹⁸ Tipicamente decrescenti dopo una soglia di volume fissata a livelli vicini ai livelli storici di produzione della struttura interessata.

oltre ad essere teoricamente giustificabile sul piano di una struttura di costi marginali decrescenti.

Per fornire un quadro complessivo della regolazione del sistema, utile a comprendere l'analisi delle politiche sviluppata nel paragrafo seguente, è doveroso citare da ultimo il processo di definizione dei cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), e le riforme in senso federalista degli anni 2000 e 2001.

I LEA rappresentano per un verso il tentativo di definire un diritto soggettivo dei cittadini ad un *set* ben definito di prestazioni, per un altro quello di far finalmente quadrare i conti del servizio sanitario pubblico, delimitando gli ambiti di tutela.

Le difficoltà insite in ogni tentativo di razionamento (in presenza di risorse scarse) in sanità sono note: l'unico criterio che sembrerebbe accettabile è quello del costo-efficacia degli interventi, il quale soffre di limiti di applicabilità a causa della mancanza di misure generalizzate di efficacia: ad oggi la più autorevole fonte di studi indipendente a livello internazionale in tale settore, il Cochrane Institute, stima che non più del 30 per cento delle pratiche cliniche è corredato di una evidenza di efficacia. Questo spiega perché praticamente tutti i tentativi di razionamento in sanità sono rimasti mere affermazioni di principio, non avendo incontrato una vasta accettazione sociale.

Dimostrando coscienza di ciò, il nostro legislatore ha usato tutti gli strumenti disponibili, liste positive (prestazioni incluse), liste negative (esclusioni), raccomandazioni alla appropriatezza, ecc., ma senza entrare finora nel dettaglio quali-quantitativo dei servizi. Ne risulta una conferma delle aree di intervento clinico storicamente tutelate, sostanzialmente omnicomprensiva, che se certamente significa un miglioramento sul piano dei diritti soggettivi, è ancora del tutto insufficiente sul versante della sostenibilità del sistema.

L'altro, e parallelo, approccio utilizzato per ricondurre sotto controllo la spesa agisce sul versante dell'efficienza: si è già detto degli sforzi fatti per inaugurare una gestione manageriale, dobbiamo ora aggiungere che si è anche perseguita la responsabilizzazione delle regioni sul piano finanziario che, in una logica di sussidiarietà, dovrebbero essere le istituzioni di governo più vicine sia ai centri di spesa che ai bisogni della popolazione (si configura quindi una applicazione del principio di beneficio).

In tale contesto si situa il d.lgs. n. 56 del 2000 che, in anticipo sulla riforma costituzionale, ha delineato un meccanismo di federalismo fiscale di tipo solidaristico, ovvero con assegnazione diretta (sebbene virtuale) delle entrate alle regioni e successiva perequazione orizzontale.

Esula dagli scopi del presente contributo analizzare nel dettaglio le ragioni per cui il decreto è di fatto ancora inapplicato: ci limitiamo ad osservare che la responsabilizzazione delle regioni sul piano finanziario, implicita nel meccanismo che le vede finanziate da tributi propri e partecipazioni, trova un forte limite nell'osservazione di come l'autonomia fiscale effettiva delle

regioni rimanga ancora molto limitata; tali limiti sono rafforzati dall'osservazione che le quote più rilevanti di spesa (in particolare personale sanitario e spesa farmaceutica) rimangono regolate centralmente e anche che minimi scostamenti (attualmente intorno al 5 per cento) dal meccanismo di totale perequazione delle entrate, persistendo la nota sperequazione fra regioni settentrionali e meridionali, mette in crisi finanziaria le regioni più povere, al punto che sarebbero impossibilitate a far fronte alla domanda sanitaria.

Le ragioni del federalismo, riconducibili ad una logica di sussidiarietà che vede le regioni più vicine ai centri di spesa e anche ai bisogni della popolazione, si scontrano quindi sia con il persistere delle citate sperequazioni nella società italiana (socio-economiche, ma anche demografiche e geografiche se pensiamo alle differenze esistenti fra regioni grandi e piccole), sia con aspetti specifici del settore sanitario che pure rappresenta quasi l'80 per cento del budget regionale: in particolare con la gestione efficiente dei rischi¹⁹.

L'ultimo atto è stato quello (Legge Costituzionale n. 3 del 2001), che ha visto inserire la materia sanitaria fra quelle a legislazione concorrente stato/regioni, rafforzando viepiù il ruolo di queste ultime; il processo è peraltro in ulteriore evoluzione verso una *devolution* definitiva del governo del settore alle regioni, abbandonando il principio, effettivamente controverso, della legislazione concorrente²⁰. In questo quadro al governo centrale rimane in buona sostanza la fissazione dei «diritti civili e sociali garantiti uniformemente», che in sanità si traduce nell'esigenza di una continua «manutenzione» dei LEA e di monitoraggio del loro rispetto da parte delle regioni.

Per quanto sopra argomentato, l'analisi della regolazione del sistema deve quindi oggi necessariamente spostarsi sul livello regionale, che non solo interpreta liberamente le norme nazionali di riferimento, ma è ormai in grado di legiferare con grande autonomia, delineando Servizi Sanitari Regionali (SSR) sufficientemente difforni da avere dignità di autonoma analisi.

4. LE POLITICHE REGIONALI E LO SVILUPPO DEI MECCANISMI COMPETITIVI NEL SISTEMA SANITARIO

Dopo oltre un decennio di riforme è lecito chiedersi se sia stato possibile o meno attivare un efficace meccanismo competitivo all'interno dei mercati

¹⁹ Nel settore sanitario i rischi sono notoriamente molto concentrati, nel senso che esistono relativamente pochi grandi consumatori, e la domanda è concentrata in un periodo limitato della propria vita: ciò implica una maggiore efficienza in caso di platee assicurate ampie (principio del *risk pooling*).

²⁰ Sul tema si veda Monitor (2004), n. 8 con contributi di Collicelli, Pellegrini e Toniolo, Quaranta, Spandonaro.

dell'assistenza sanitaria, secondo lo schema che vuole gli organismi di governo (ormai definitivamente le regioni) assegnare le risorse alle aziende sanitarie in base ai bisogni stimati delle popolazioni; queste ultime in ruolo di programmazione delle attività, acquisto dagli erogatori, pubblici e privati, e controllo degli stessi; gli erogatori, infine, incentivati a erogare prestazioni di elevata qualità al minimo costo.

Si configurava quindi una riserva al settore pubblico per l'attività assicurativa, ovvero alla gestione del processo di trasferimento solidaristico dei rischi, e per quella di controllo della qualità dei servizi resi, con liberalizzazione (fortemente regolata) della fase di erogazione dell'assistenza.

Esiste una sufficiente concordanza di pareri in letteratura, sul fatto che si assista in realtà ad un nuovo «centralismo» regionale (cfr. ad es. Jommi, 2000; 2004; Cuccurullo, Meneguzzo 2003), seppure con sfumature e impostazioni diverse; passare da una descrizione del fenomeno ad una sua interpretazione basata su evidenze quantitative non è peraltro facile: Fioravanti e Spandonaro (2004) hanno tentato di fornire una evidenza in tal senso, ricostruendo i comportamenti finanziari effettivi delle regioni, mediante l'analisi delle deliberazioni di Giunta Regionale adottate per l'assegnazione delle risorse finanziarie alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere ²¹.

Nel lavoro citato si documenta come, nelle regioni osservate, la sola provincia autonoma di Trento destini tutte le risorse disponibili per la Sanità alla unica Azienda Sanitaria Territoriale, con quest'ultima che negozia poi con l'Azienda Ospedaliera in base alla spesa storica e ad un meccanismo di regressione tariffaria.

La Regione Umbria assegna anch'essa elevate risorse finanziarie direttamente alle Aziende Sanitarie (96,9 per cento del finanziamento totale per la sanità), prevedendo contemporaneamente un trasferimento di risorse alle Aziende Ospedaliere regolato mediante accordi contrattuali e fissazione di tetti di spesa.

La Campania prevede invece la più alta quota di risorse non ripartite a priori (6,7 per cento), sebbene poco più della metà di esse siano vincolate ad una distribuzione (secondo criteri non indicati, ma riconducibili alla spesa storica) fra le Aziende Sanitarie.

Anche la Puglia ha una alta quota di risorse non ripartite, fra quote accentrata e la costituzione di un fondo di garanzia. Conseguentemente le risorse

²¹ Il lavoro si sostanzia nell'analisi dei criteri di riparto delle risorse finanziarie, delle forme di utilizzo di alcuni strumenti tesi a garantire l'equilibrio di bilancio (accordi contrattuali e tetti di spesa), nonché dei livelli di disavanzo che condizionano tale processo. L'analisi è estesa a Campania, Liguria, Lombardia, Puglia, Sicilia, Umbria, Veneto e la Provincia Autonoma di Trento.

se direttamente assegnate alle Aziende Sanitarie Territoriali si fermano al 77,5 per cento. La negoziazione con le Aziende Ospedaliere prevede tariffe regressive e accordi contrattuali con le strutture accreditate.

Tutte le altre regioni osservate «trattengono» un ammontare di risorse, variabile a seconda delle specificità regionali, ma che oscilla tra il 2,2 e il 3,5 per cento: si osservano però profonde differenze nei meccanismi negoziali adottati.

Iniziando dalla Regione Emilia Romagna, essa ha un fondo del 3,5 per cento, ma contemporaneamente distribuisce il 92,5 per cento delle risorse alle Aziende Territoriali, che negoziano sulla base di un sistema tariffario regressivo con le Aziende Ospedaliere.

La Regione Sicilia ha una quota accentrata di poco inferiore (3,0 per cento) ma si riserva un ruolo di «stanza di compensazione», che in un certo modo svuota di significato il meccanismo negoziale fra Aziende Territoriali acquirenti e Aziende Ospedaliere erogatrici.

La Liguria giunge a destinare direttamente le risorse alle Aziende Ospedaliere, lasciando alle Aziende Territoriali solo il 65,7 per cento delle risorse.

La Regione Veneto rappresenta un caso in qualche modo peculiare: sebbene gestisca direttamente solo il 2,7 per cento delle risorse, mantiene formalmente il controllo di tutte le risorse finanziarie, poiché fissa vincoli di destinazione per Aziende Sanitarie ed Ospedaliere. Possiamo affermare che si trasferisce nell'attuale sistema di distribuzione delle risorse la forte tradizione di programmazione sanitaria che ha storicamente caratterizzato tale regione.

In definitiva i modelli di distribuzione delle risorse, seppure solo parzialmente sovrapponibili, dimostrano un generale distacco dal modello di riparto così come delineato ad inizio paragrafo. L'ipotesi è che le ragioni di questo distacco possano essere ricondotte alla esigenza di garantire il rispetto dei vincoli di bilancio, che sembra perseguita più con strumenti cogenti (vincoli alle destinazioni, tetti di spesa, ecc.), che non aspettando la razionalizzazione derivante dalla competizione fra erogatori.

Possiamo infatti notare che l'adozione di tetti (tipicamente) di spesa rappresenta una opzione necessaria in quasi tutti i casi dove la regione responsabilizza le Aziende Territoriali attribuendogli direttamente la gestione delle risorse finanziarie, lasciando alla negoziazione con gli erogatori il compito di allocare (apparentemente) la spesa fra territorio ed ospedale.

Le uniche eccezioni, su versanti opposti, sembrano essere rappresentate dall'Emilia Romagna e dalla Campania: la prima non pone limiti se non quelli impliciti nella regressione tariffaria, la seconda, all'opposto, gestisce comunque una quota consistente delle risorse per esigenze di riequilibrio interno.

Coerentemente con la nostra ipotesi, la prima espone il valore più basso di disavanzo in percentuale del Fondo Sanitario Regionale (0,7), mentre la seconda mostra il più alto: 6,4 (anno 2003) delle risorse finanziarie della regione.

TAB. 6. *Ranking delle regioni per quota di risorse gestite centralmente e disavanzi accumulati*

Regione	FA	DA
PA Trento	1	1
Sicilia	2	2
Umbria	3	3
Veneto	4	5
Puglia	5	4
Emilia Romagna	6	8
Campania	7	6
Liguria	8	7

Fonte: elaborazione su dati di Fioravanti, Spandonaro (2004).

Non sembra del tutto casuale che le regioni considerate gestiscano centralmente fondi pari mediamente al 3-3,5 per cento dei fondi riservati alla sanità, e che tale valore sia approssimativamente in linea con i disavanzi annui registratisi; a riprova di ciò il valore del fondo per il riequilibrio in Campania (6,7 per cento) corrisponde al suo disavanzo (6,4 per cento).

La Regione Veneto e la Regione Sicilia che hanno una quota accentrata di poco inferiore al 3,0 per cento, ma che di fatto esercitano un controllo attivo di tutte le risorse finanziarie destinate ad Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, hanno un disavanzo pari rispettivamente al 2,6 e al 2,8 per cento delle loro disponibilità finanziarie.

La Liguria rende ancor più evidente il meccanismo assegnando direttamente alle Aziende Ospedaliere le risorse, ponendo loro un limite invalicabile di produzione: anche in questo caso non sembra casuale che la Liguria sia la regione con popolazione più anziana e con incrementi tendenziali di spesa maggiori.

Una conferma quantitativa in forma sintetica del ragionamento precedentemente sviluppato è fornita dalla tabella 6: nella prima colonna (FA) troviamo l'ordinamento delle regioni facenti parte del campione considerato nelle analisi di Fioravanti e Spandonaro (2004), secondo livelli decrescenti di finanziamento assegnato senza vincoli alle aziende sanitarie territoriali, mentre nella colonna DA troviamo le posizioni delle stesse regioni ordinate secondo livelli crescenti di disavanzo accumulato (1999-2002). Si può notare una chiara correlazione fra i due ordinamenti, ad indicare come la risposta a una forte pressione finanziaria (disavanzi), sia generalmente rappresentata da una minore quota di risorse assegnate «al mercato», e quindi da una maggiore quota di risorse gestite centralmente o trasferite con vincoli di destinazione.

Il neo-centralismo può quindi interpretarsi come una risposta delle regioni alla crescente pressione finanziaria: esse hanno in definitiva cercato di far «quadrare i conti» riappropriandosi di una quota di potere connesso alla leva finanziaria e imponendo una programmazione «di fatto», mediante vincoli di

destinazione e tetti di spesa. Ma questa impostazione, in presenza di una struttura produttiva prevalentemente pubblica, non può non tener conto della struttura dell'offerta esistente e dei livelli storici di costo a livello locale.

Analogamente gli scostamenti che si riscontrano a livello regionale rispetto alle indicazioni nazionali, in tema di riparto delle risorse sui LEA, possono essere letti tanto in una logica di maggiore efficienza allocativa, derivante da adattamenti ai contesti socio-demografici locali, quanto in quella di adattamento (magari parziale) alla spesa storica.

In conclusione, non è possibile individuare (né era lo scopo del presente contributo) un modello ottimale di gestione, ma sulla base della analisi congiunta delle politiche messe in atto *ex-ante*, e dei risultati (*ex-post*) in termini di efficienza finanziaria di ciascuna regione, emerge come le regioni siano fortemente condizionate nelle loro scelte istituzionali dall'esigenza di ottenere a breve termine risparmi sul versante finanziario. Solo le regioni a bassi livelli storici di disavanzo sembrano «potersi permettere» di lasciare al mercato l'onere della razionalizzazione del mercato stesso. Data la generalità del fenomeno, se ne deve desumere che non sembra attualmente possibile governare il sistema sanitario regionale con meccanismi di mercato, se non si provvede prima ad una revisione complessiva delle cause interne di inefficienza.

I meccanismi di mercato possono avere un ruolo importante nel medio-lungo periodo, ma condizione necessaria affinché possano esplicare la loro funzione è sia quella di un'effettiva separazione dei ruoli e dell'assetto proprietario fra acquirenti e erogatori, sia quella di un riequilibrio finanziario²².

Al di là delle analisi descrittive sui diversi modelli di governo regionale e del tentativo qui effettuato di quantificare i livelli di effettivo decentramento delle responsabilità a livello regionale, come anche di misurare il grado di dipartita dal modello competitivo delineato dalle norme di riferimento nazionali, emerge una razionalità di fondo delle politiche regionali, adottate sulla base dei ritardi di programmazione e riqualificazione dell'offerta accumulatisi negli anni.

Le indicazioni in positivo che si possono formulare riguardano, in primo luogo, la necessità di valutare se non sia utile o addirittura necessario pensare ad uno sforzo di investimenti tesi a riavvicinare le regioni in maggiore ritardo a quella soglia di (dis)equilibrio all'interno della quale risultano effettivamente efficaci i meccanismi di razionalizzazione competitiva, in secondo luogo come garantire che nel meccanismo di riparto delle risorse si tenga conto, oltre che della misura del bisogno, della necessità di incentivare comportamenti tesi ad una maggiore efficienza ed appropriatezza, al cui raggiungimento vincolare le disponibilità di risorse aggiuntive per il riequilibrio finanziario.

²² In effetti le due condizioni sono strettamente correlate.

una competizione fra erogatori in un contesto di risorse scarse. Dalle analisi dei flussi di distribuzione alle aziende sanitarie delle risorse regionali, si evince infatti che il fenomeno è generalizzato, anche se si è realizzato in misura fortemente diversa nei vari contesti regionali.

Le regioni ove si osservano bassi livelli storici di disavanzo sembrano infatti «potersi permettere» di lasciare al mercato l'onere della razionalizzazione, mentre le altre sono «costrette» a rivolgersi maggiormente a meccanismi regolatori «coercitivi», i quali inibiscono fortemente la competizione. È quindi opportuno guardare al medio-lungo periodo, nel quale i meccanismi di mercato possono e devono avere un ruolo importante, sempre che si realizzino le condizioni sopra riportate e in particolare quella di un'effettiva separazione dei ruoli e dell'assetto proprietario fra le ASL, nel ruolo di acquirenti di servizi per conto dei cittadini, e gli erogatori pubblici e privati di prestazioni; sarà peraltro altresì necessario che si creino le condizioni per un riequilibrio finanziario nelle regioni in maggiore difficoltà, tale da permettere che anche in quei contesti si inneschi un processo competitivo virtuoso.

Questa ultima condizione risulta però difficilmente perseguibile senza investimenti rilevanti: per aprire i mercati ad una *fair competition* sarebbe necessario disporre di un adeguato fondo in conto capitale (ovvero ricorrere a strumenti di finanza di progetto) per rendere possibili gli investimenti necessari per garantire una maggiore efficienza e adeguatezza delle strutture pubbliche di offerta.

Una eccessiva pressione finanziaria, incapace di distinguere i disavanzi correnti derivanti da sprechi di risorse, da quelli derivati da investimenti, di fatto è un ostacolo rilevante alla razionalizzazione del settore.

Non si può, infine, tacere che in un contesto federalista, da parte delle regioni più efficienti, certamente si porrà la condizione che l'erogazione dei fondi sia effettivamente destinata agli scopi previsti e non utilizzata per sanare disavanzi pregressi: su questo il dibattito non sembra però ancora neppure iniziato.

Riferimenti bibliografici

- Arrow K.J. (1963), *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*, in «The American Economic Review», vol. LIII, n. 5, pp. 941-73.
- Collicelli C. (2004), *Focus on Federalismo e Sanità: cosa ne pensano i cittadini*, in «Monitor», n. 8.
- Cuccurullo C., Meneguzzo M. (2003), *Ricentralizzazione delle Regioni e autonomia delle aziende sanitarie: le tendenze in atto nell'era del federalismo sanitario*, in Atella V. et al. (a cura di), *Rapporto CEIS Sanità 2003*, Roma, Italpromo ESIS Publishing.
- Day P., Klein R. (1991), *Britain's Health Care Experiment*, in «Health Affairs», pp. 39-59.
- Delattre E., Dormont B. (2003), *Fixed Fees and Physician-induced Demand: A Panel Data Study on French Physicians*, in «Health Economics», vol. XII, pp. 741-54.

- Del Vecchio M. (2004), *Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche: un'interpretazione*, in Jommi C., cit.
- Dranove D., White W.D. (1998), *Emerging Issues in the Antitrust Definition of Healthcare Markets*, in «Health Economics», vol. VII, pp. 167-70.
- Enthoven C. (1985), *Reflections on the Management of the National Health Service: An American Look at Incentives to Efficiency in Health Services Management in the UK*, London, Nuffield Provincial Hospital Trusts.
- Enthoven C. (1989), *Theory and Practice of Managed Competition*, in *Health Care Finance*, Amsterdam, North-Holland.
- Enthoven C. (1993), *The History and Principles of Managed Competition*, in «Health Affairs» (supplement), pp. 24-48.
- Feldstein P.J. (2004), *Recent Developments in the United States Health Care System*, in Atella V. et al. (a cura di), cit.
- Fioravanti L., Spandonaro F. (2004), *La ricerca dell'efficienza nel sistema regionale di assegnazione delle risorse per la Sanità*, in Atella V. et al. (a cura di), cit.
- Foreman S.E., Keeler T.E. (1995), *Regulation, Competition and Cross-subsidization in Hospital Care: Lessons from the Economics of Regulation*, Berkeley, University of California, Economics Working Papers n. 95-236.
- Janus K. (2004), *Health Care Modernization Act: Short-term Effects and Long-term Challenges for Health Care*, in Atella V. et al. (a cura di), cit.
- Jommi C. (2000), *I meccanismi regionali di finanziamento delle aziende sanitarie*, in Annessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Jommi C. (2004), *Il sistema di finanziamento delle Aziende Sanitarie Pubbliche*, Milano, Egea.
- Le Grand J., Mays N., Mulligan J.-A. (1998), *Learning from the NHS Internal Market*, London, King's Fund.
- Lesser C.S., Ginsburg P.B., Devers K.J. (2003), *The End of an Era: What Became of the Managed Care Revolution in 2001?*, in «Health Services Research», vol. XXXVIII, n. 1.
- Maruotti A., Pieroni E., Spandonaro F. (2004), *Tre domande in cerca di risposta*, in «Il Bisturi», Roma, Italtpromo ESIS Publishing.
- OCDE (2003), *OECD Health Data 2003*, Paris.
- OCDE (2004), *Towards High-performing Health Systems*, Paris.
- Pellegrini L., Toniolo F. (2004), *Federalismo: percorso ancora in salita*, in «Monitor», n. 8.
- Quaranta A. (2004), *Focus on Federalismo e Sanità: che cosa cambia nei rapporti fra Stato e Regioni*, in «Monitor», n. 8.
- Richardson J. (2002), *Supply and Demand for Medical Care: Or, Is the Health Care Market Perverse?*, in «The Australian Economic Review», vol. XXXIV, n. 3, pp. 336-52.
- Shackley P., Healey A. (1993), *Creating a Market: An Economic Analysis of the Purchaser Provider Model*, in «Health Policy», vol. XXV, pp. 153-68.
- Sørensen R.J., Grytten J. (1999), *Competition and Supplier-induced Demand in a Health Care System with Fixed Fees*, in «Health Economics», vol. VIII, pp. 497-508.
- Spandonaro F. (2004), *Focus on Federalismo e Sanità: il vero nodo è nel sistema fiscale*, in «Monitor», n. 8.