

RIVISTA DI

POLITICA ECONOMICA

LA SALUTE DEI SISTEMI SANITARI
EVOLUZIONI E PROSPETTIVE FUTURE

INTRODUZIONE STEFANO MANZOCCHI, GILBERTO TURATI

Rossana Arcano

Sara Basso

Massimo Bordignon

Elenka Brenna

Marco Buso

Martina Celidoni

Marina Di Giacomo

Cinzia Di Novi

Francesco Ferroni

Maria Assunta Fugnitto

Marta Giachello

Francesco Iervolino

Rosella Levaggi

Ilaria Maroccia

Lucia Martina

Anna Menozzi

Emanuele Pallotti

Massimiliano Piacenza

Vincenzo Rebba

Luca Salmasi

Gilberto Turati

Cristina Ugolini

N. 1-2024

Rivista di
Politica Economica

Direttore: Stefano Manzocchi

Advisory Board

Cinzia Alcidi

Barbara Annicchiarico

Mario Baldassarri

Riccardo Barbieri

Leonardo Becchetti

Andrea Boitani

Massimo Bordignon

Marina Brogi

Elena Carletti

Alessandra Casarico

Stefano Caselli

Lorenzo Codogno

Luisa Corrado

Carlo Cottarelli

Sergio Fabbrini

Alessandro Fontana

Giampaolo Galli

Nicola Giammarioli

Gabriele Giudice

Luigi Guiso

Francesco Lippi

Marcello Messori

Salvatore Nisticò

Gianmarco Ottaviano

Ugo Panizza

Andrea Prencipe

Andrea Filippo Presbitero

Riccardo Puglisi

Pietro Reichlin

Francesco Saraceno

Fabiano Schivardi

Lucia Tajoli

Maurizio Tarquini

Maria Rita Testa

Fabrizio Traù

Gilberto Turati

RIVISTA DI

POLITICA ECONOMICA

LA SALUTE DEI SISTEMI SANITARI
EVOLUZIONI E PROSPETTIVE FUTURE

Introduzione pag. 5
Stefano Manzocchi, Gilberto Turati

PARTE PRIMA

L'EVOLUZIONE DEL SETTORE E LE GRANDI QUESTIONI ORGANIZZATIVE

La spesa sanitaria e le sue componenti » 17
Sara Basso, Maria Assunta Fugnitto, Lucia Martina, Emanuele Pallotti

**La *governance* dei sistemi sanitari tra bisogni locali
e sfide globali** » 43
Massimo Bordignon, Marco Buso, Gilberto Turati

**La medicina di famiglia nel riassetto dell'assistenza
territoriale** » 67
Marta Giachello, Cristina Ugolini

**L'assistenza ospedaliera: modelli regionali e performance
degli ospedali nel Servizio sanitario nazionale** » 91
Marina Di Giacomo, Rosella Levaggi, Massimiliano Piacenza, Luca Salmasi

PARTE SECONDA

PROSPETTIVE: DEMOGRAFIA, COMPETENZE, MERCATO

**Demografia e salute: il rebus della LTC, dei bisogni di
assistenza non soddisfatti e del benessere psicologico
degli anziani.** » 125
Cinzia Di Novi

**Alcune riflessioni sul mercato del lavoro dei servizi
socio-sanitari.** » 149
Rossana Arcano, Ilaria Maroccia, Gilberto Turati

**Il top management sanitario: profili dirigenziali e bisogni
di formazione tra norme nazionali e modelli regionali** » 183
Elenka Brenna, Anna Menozzi

Spesa sanitaria privata e assicurazioni integrative: alcune evidenze dall'indagine SHARE	» 203
Martina Celidoni, Vincenzo Rebba	
Il welfare aziendale e la salute	» 243
Francesco Ferroni, Francesco Iervolino	

L'assistenza ospedaliera: modelli regionali e performance degli ospedali nel Servizio sanitario nazionale

Marina Di Giacomo, Rosella Levaggi, Massimiliano Piacenza, Luca Salmasi*

- *L'organizzazione dell'offerta di prestazioni sanitarie, in particolare di quelle ospedaliere, ha subito un profondo cambiamento negli ultimi decenni, in Italia come in molti altri paesi. In particolare, il nostro Servizio sanitario nazionale (SSN), pur ribadendo il principio base di copertura universale, è stato interessato da varie riforme a livello "macro", orientate ad aumentare il grado di autonomia e responsabilità fiscale dei governi regionali, e a livello "micro", introducendo elementi tipici dei modelli organizzativi dei "quasi-mercato", tramite separazione dei finanziatori dai fornitori dei servizi ospedalieri (de-integrazione verticale) e conferimento di autonomia gestionale agli ospedali pubblici. Tale processo ha contribuito alla creazione di diversi sistemi sanitari regionali, ciascuno con caratteristiche proprie in termini di grado di de-integrazione verticale e ruolo attribuito agli ospedali privati.*
- *L'articolo esamina le principali riforme del SSN, focalizzando l'analisi sulla fornitura di prestazioni ospedaliere, che da sola rileva per quasi il 50% della spesa sanitaria pubblica totale. Il contributo mira a dare una chiave di lettura di tali riforme mediante un inquadramento teorico-istituzionale, volto a caratterizzarne i potenziali effetti sull'offerta ospedaliera. Si cerca inoltre di fornire una valutazione della performance attuale del SSN, presentando alcuni indicatori regionali relativi a esiti di salute, appropriatezza e qualità dei servizi ospedalieri erogati, che vengono poi utilizzati per discutere brevemente i possibili legami fra le modalità di attuazione delle riforme da parte delle diverse regioni e la performance dei rispettivi sistemi sanitari. Dall'analisi non sembra emergere una chiara correlazione tra l'adozione di un determinato modello organizzativo e i risultati osservati. Tale evidenza suggerisce che la qualità delle istituzioni, politiche e di mercato, responsabili della*

* marina.digiacomo@unito.it, Università di Torino, CIFREL (Centro Interuniversitario di Finanza Regionale e Locale - Università Cattolica del Sacro Cuore) e HEDG (Health Econometrics and Data Group - University of York); rosella.levaggi@unibs.it, Università di Brescia e CIFREL; massimiliano.piacenza@uniupo.it, Università del Piemonte Orientale (Alessandria), CEIMS (Centro d'Eccellenza Interdipartimentale per il Management Sanitario - UPO), CIFREL e HEDG; luca.salmasi@unicatt.it, Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma) e CIFREL.

governance dei sistemi sanitari regionali, assume un ruolo fondamentale nel determinare i miglioramenti conseguibili in termini di efficienza ed equità.

JEL Classification: H75, I11, I18, L33, R10.

Keywords: SSN, prestazioni ospedaliere, quasi-mercati, modelli regionali, indicatori di performance.

1. Introduzione

L'organizzazione dell'offerta di prestazioni ospedaliere si inserisce nella cornice istituzionale più generale che regola la politica sanitaria e la fornitura di servizi di cura della salute. In Italia, la politica sanitaria rappresenta un caso di studio di particolare interesse per molteplici ragioni. In primo luogo, il settore pubblico svolge tradizionalmente un ruolo importante nella fornitura di assistenza sanitaria¹. In secondo luogo, il Servizio sanitario nazionale (SSN) ha delle buone performance in termini di servizi erogati, esiti di salute e contenimento dei costi². In terzo luogo, nonostante l'Italia sia uno stato a identità unitaria, negli ultimi trent'anni le relazioni tra livelli di governo sono state profondamente trasformate da una serie di riforme che hanno indirizzato sempre di più il nostro SSN verso un modello di *governance* di tipo regionale³. In particolare, l'assistenza sanitaria pubblica è stata decentralizzata sia dal lato della spesa, sia (almeno in parte) dal lato del finanziamento, mentre il governo centrale mantiene un ruolo nella definizione dei servizi obbligatori, nell'attuazione della legislazione quadro e nell'integrazione delle risorse regionali per garantire mezzi finanziari sufficienti a tutte le regioni. Infine, il decentramento dell'organizzazione e della gestione dei servizi a livello regionale ha consentito lo sviluppo di modelli differenziati di fornitura di assistenza sanitaria pubblica, generando un buon esempio di federalismo di laboratorio⁴.

Il SSN, un servizio pubblico di assicurazione sanitaria nazionale che si ispira al modello Beveridge⁵, si basa su principi di copertura universale e fornitura di una gamma completa di servizi in gran parte gratuiti al momento dell'utilizzo, ed è finanziato attraverso la fiscalità

¹ Nonostante la crescita progressiva registrata nella spesa sanitaria privata (in particolare della componente *out-of-pocket*), nel 2021 la spesa sanitaria pubblica ammontava ancora a circa il 76% della spesa sanitaria totale. Si veda Borsoi L., Cinelli G., Furnari A., Notarnicola E., Rota S., "La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale", in Cergas - Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2023 - Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*, Milano, Egea, 2023, pp. 83-144.

² L'aspettativa di vita media alla nascita, un indicatore in costante miglioramento, ha raggiunto il valore 83,57 nel 2020. Per quanto riguarda i costi, la spesa sanitaria complessiva nel 2021 in Italia è stata pari al 9,4% del PIL, di cui la spesa sanitaria pubblica è stata pari al 7,1%. Entrambi i valori sono inferiori alla media dell'Europa occidentale e significativamente inferiori ai valori dei principali paesi europei, che ammontano rispettivamente al 12,9% e all'11% in Germania; 12,3% e 10,4% in Francia; 12,4% e 10,3% nel Regno Unito; 10,7% e 7,7% in Spagna (OECD, "OECD Health Data: Health care resources", *OECD Health Statistics*, 2023).

³ Turati G., "The Italian Servizio Sanitario Nazionale: A Renewing Tale of Lost Promises", in Costa-Font J., Greer S. (a cura di), *Federalism and Decentralization in European Health and Social Care*, London, Palgrave Macmillan, 2013, pp. 47-66; Ferrario C., Levaggi R., Piacenza M., "Efficiency and Equity Effects of Healthcare Decentralization: Evidence from Italy", in Costa-Font J., Batinti A., Turati G. (a cura di), *Handbook on the Political Economy of Health Systems*, Edward Elgar Publishing, 2023, pp. 85-111.

⁴ Oates W.E., "An Essay on Fiscal Federalism", in *Journal of Economic Literature*, 1999, 37(3), pp. 1120-1149.

⁵ Mapelli V., *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna, 2012.

generale. Per quanto riguarda la spesa, secondo l'articolo 117 della Costituzione, l'assistenza sanitaria spetta sia al governo centrale sia a quello regionale, con ruoli e competenze diverse. In generale, spetta al governo centrale definire i principi fondamentali della politica sanitaria nazionale, fissare il livello minimo di servizi da offrire a tutti i cittadini e decidere l'ammontare di risorse che ogni anno compongono il Fondo Sanitario Nazionale (FSN). I governi regionali, invece, organizzano e gestiscono in autonomia i servizi sanitari nella propria giurisdizione, definendo anche le regole per il coinvolgimento dei fornitori del settore privato. Dal lato del finanziamento, i governi regionali dispongono di entrate fiscali proprie per coprire il costo dei servizi sanitari, integrate dalla quota del FSN loro spettante. Possono essere inoltre richiesti ticket per le prestazioni ambulatoriali e per i prodotti farmaceutici.

Come si è detto sopra, l'attuale struttura del servizio sanitario pubblico è il risultato di varie riforme attuate negli ultimi decenni⁶, che si sono concentrate sui miglioramenti di efficienza o sulle questioni di equità nella fornitura dei servizi e hanno portato le regioni ad avere oggi responsabilità politica, amministrativa, fiscale e organizzativa per la fornitura dell'assistenza sanitaria, in particolare, di quella ospedaliera. Le riforme intervenute nel settore sanitario, descritte nelle sezioni che seguono, si inseriscono in una più ampia trasformazione delle relazioni fra livelli di governo in Italia, ispirata ai principi del federalismo fiscale e orientata verso una progressiva regionalizzazione delle spese e delle entrate.

In questo articolo, verranno esaminate innanzitutto le principali riforme che hanno interessato il nostro SSN (sezione 2). In particolare, l'analisi si focalizzerà sulla fornitura di prestazioni ospedaliere, che da sola conta per quasi il 50% della spesa sanitaria pubblica totale⁷. Il contributo cercherà di fornire una chiave di lettura di tali riforme mediante un inquadramento teorico-istituzionale, volto a caratterizzarne i potenziali effetti sull'offerta delle prestazioni (sezione 3). Al fine di fornire una valutazione complessiva della performance attuale del SSN, verranno quindi presentati alcuni indicatori regionali relativi a esiti di salute, appropriatezza e qualità dei servizi ospedalieri erogati (sezione 4), che saranno poi utilizzati per discutere brevemente i possibili legami fra le modalità di attuazione delle riforme da parte delle diverse regioni e la performance rilevata per i rispettivi sistemi sanitari.

⁶ Turati G., (2013); *op. cit.*; Ferrario C., Levaggi R., Piacenza M., (2023), *op. cit.*

⁷ Borsoi L., Cinelli G., Furnari A., Notarnicola E., Rota S., (2023), *op. cit.*

2. Assetto istituzionale e struttura dell'offerta ospedaliera in Italia

2.1 NASCITA E RIFORME DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Secondo l'articolo 32 della Costituzione "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". Nonostante questo dettame costituzionale, solo nel 1958, 11 anni dopo l'approvazione della Costituzione, venne istituito per la prima volta il Ministero della Sanità (Legge 296/1958).

In seguito, nel 1968, furono introdotti gli enti ospedalieri, istituzioni pubbliche autonome per la fornitura delle cure ospedaliere. Tuttavia, l'assistenza sanitaria si basava su un sistema frammentato di oltre 100 diversi fondi di assicurazione sanitaria, di natura corporativa, che non copriva l'intera popolazione né offriva servizi uniformi, generando allo stesso tempo cospicui disavanzi. Nel 1978 un'importante riforma trasformò radicalmente l'assistenza sanitaria, abolendo i fondi di assicurazione sanitaria e istituendo il Servizio sanitario nazionale (SSN) italiano (Legge 833/1978), un fondo pubblico universale e globale finanziato dai contributi di malattia, riscossi sulle retribuzioni o pensioni lorde, e dalle entrate generali del governo centrale. In base alla Legge 833/1978, il SSN "è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio" (art. 1, Legge 833/1978). L'equità è stata quindi una preoccupazione centrale in questa riforma e, con l'istituzione del SSN, sono entrate in vigore le disposizioni costituzionali che definiscono la salute un diritto fondamentale dell'individuo. Il SSN italiano è stato concepito per fornire una protezione sanitaria universale e completa e per garantire parità di accesso a servizi sanitari uniformi per tutti i cittadini, indipendentemente dal reddito o dal luogo di residenza. Per quanto riguarda la sua organizzazione, era stata definita una struttura a più livelli, che coinvolgeva tutti i livelli di governo, ciascuno con una propria funzione specifica. Il governo centrale svolgeva un ruolo di programmazione, in accordo con i governi regionali, attraverso la redazione di un Piano sanitario nazionale che definiva gli obiettivi del SSN e i livelli di assistenza sanitaria per l'intero Paese, l'entità del finanziamento del SSN e i criteri per la sua ripartizione tra le regioni; ai governi regionali era assegnata responsabilità di pianificazione, organizzazione e gestione dei servizi nella giurisdizione di competenza. La responsabilità amministrativa e la fornitura dei servizi era compito delle Unità sanitarie locali (USL), enti pubblici a cui facevano riferimento uno o più comuni, responsabili della fornitura di servizi in modo diretto o tramite appalti con produttori privati, a seconda del

quadro normativo regionale che regolamentava il coinvolgimento dei fornitori privati.

Dal 1978 ad oggi, due importanti riforme hanno trasformato in modo significativo la struttura e il funzionamento del SSN. Più precisamente, vi sono stati interventi a livello “macro” orientati a devolvere verso il basso i poteri decisionali in materia di politica sanitaria, in modo da aumentare il grado di autonomia e responsabilità fiscale dei governi regionali (processo di “regionalizzazione”). Inoltre, a livello “micro” – quello di maggiore interesse ai fini della presente analisi – sulla base di precedenti esperienze tentate in Olanda e nel Regno Unito tra fine anni '80 e inizio anni '90⁸, si è cercato di introdurre nel nostro SSN elementi tipici dei modelli organizzativi della sanità cosiddetti dei “quasi-mercati” o “mercati interni”, tramite il conferimento di autonomia gestionale alle USL e agli ospedali pubblici (processo di “aziendalizzazione”).

2.1.1 LA PRIMA ONDATA DI RIFORME

Nel 1992-1993, una prima ondata di riforme ha prodotto un significativo trasferimento di competenze in materia di gestione e di finanziamento, nonché di risorse finanziarie, dal governo centrale ai governi regionali. Le riforme furono attuate con l'obiettivo principale di migliorare l'efficienza e controllare la spesa, che era in costante aumento dal 1978, salvaguardando allo stesso tempo la copertura universale e l'equità di accesso ai servizi⁹. Per quanto riguarda l'efficienza, si è cercato di separare i produttori (ospedali) dagli acquirenti dei servizi (USL), guardando al modello del *National Health Service* (NHS) britannico dove, nel 1990, erano stati introdotti i “quasi-mercati”. A tal scopo, le USL furono trasformate in aziende di proprietà pubblica e rinominate Aziende sanitarie locali (ASL), con autonomia gestionale e bilanci propri. Successivamente la riforma prevedeva che gli ospedali venissero scorporati dalle ASL (de-integrazione verticale), diventando soggetti autonomi denominati Aziende ospedaliere (AO). Negli intenti del legislatore questo processo di “aziendalizzazione” avrebbe dovuto comportare due cambiamenti importanti: innanzitutto, l'introduzione di incentivi ad una gestione efficiente dei costi; in secondo luogo, la necessità di una nuova organizzazione per le neonate ASL e AO, improntata ai principi manageriali tipici delle imprese che operano sui mercati. Tuttavia, poiché le posizioni dirigenziali chiave (direttori generali, sanitari, amministrativi e sociosanitari) di ASL e AO sono di nomina da parte dei governi regionali, queste istituzioni sono rimaste fortemente esposte alle pressioni politiche (sebbene non più da parte dei Comuni come avveniva in precedenza). In un contesto di “quasi-mercato”, le ASL sono responsabili dell'acquisto

⁸ Bosi P., *Corso di Scienze delle Finanze*, Il Mulino, Bologna, 2023, nona edizione, capitolo 8.

⁹ Canta C., Piacenza M., Turati G., “Riforme del Servizio Sanitario Nazionale e dinamica dell'efficienza ospedaliera in Piemonte”, *Politica Economica*, 2006, 2, pp. 157-191.

dei servizi per conto dei cittadini contrattando con diversi produttori esterni i servizi richiesti, dai medici di base, agli ospedali di proprietà pubblica, ai fornitori privati. I contratti con i fornitori, in particolare con gli ospedali, si avvalgono inoltre di un sistema di pagamento prospettico basato su Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (ROD, DRG nella terminologia anglosassone), in cui il pagamento della prestazione è definito *ex-ante* sulla base di una diagnosi che colloca le cure fornite in un certo “gruppo diagnostico”. L’attesa era che la concorrenza fra i diversi *provider* (pubblici e privati) tra cui i pazienti possono scegliere, unitamente all’impiego di tariffe DRG, avrebbe stimolato un’allocazione più efficiente delle risorse pubbliche. La separazione delle funzioni di acquisto e produzione dei servizi implica anche una rivoluzione nel modo di pensare alla sanità pubblica. Mentre nel sistema precedente il costo sostenuto era l’unico parametro per quantificare la fornitura del servizio, dopo la riforma gli output prodotti (es. numero di ricoveri per ogni tipo di DRG) vengono misurati e i fornitori vengono remunerati in base ai trattamenti di cura che erogano.

In relazione all’adozione dei vari elementi di “quasi-mercato” introdotti da queste riforme del SSN, la risposta delle regioni è stata differenziata, tanto che molti autori parlano esplicitamente di diversi “modelli regionali di sanità”, proprio in relazione alle differenti modalità con cui le regioni hanno implementato le riforme previste a livello nazionale¹⁰. Di questa varietà si parlerà in modo più approfondito più avanti nella sezione 2.2, con particolare riferimento ai diversi modelli organizzativi per i servizi ospedalieri, che rappresentano il tema centrale di questo studio.

La riforma del 1992-1993 ha riguardato anche le modalità di finanziamento della spesa sanitaria pubblica: i contributi di malattia vengono assegnati ai governi regionali, con l’intento di allineare le responsabilità di finanziamento e di spesa a livello regionale e di aumentare per questa via l’*accountability* elettorale dei governi regionali¹¹. Questa prima forma di decentramento fiscale fu accompagnata da una norma di legge (art. 13 D.Lgs. 502/92, poi modificato dal D.Lgs. 517/93) che vietava esplicitamente al governo centrale di ripianare futuri disavanzi regionali¹². Oltre ai contributi di malattia, il FSN finanziato

¹⁰ Canta C., Piacenza M., Turati G., (2006), *op. cit.*; Caroppo M.S., Turati G., *I sistemi sanitari regionali in Italia: riflessioni in una prospettiva di lungo periodo*, Vita e pensiero, 2007; Mapelli V., (2012), *op. cit.*; Dirindin N., Caruso E., *Salute ed economia. Questioni di economia e politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2019.

¹¹ Francese M., Piacenza M., Romanelli M., Turati G., “Understanding Inappropriateness in Health Spending: The Role of Regional Policies and Institutions in Caesarean Deliveries”, *Regional Science and Urban Economics*, 2014, 49, pp. 262-277; Di Novi C., Piacenza M., Robone S., Turati G., “Does Fiscal Decentralization Affect Regional Disparities in Health? Quasi-Experimental Evidence from Italy”, *Regional Science and Urban Economics*, 2019, 78, n. 103465.

¹² Bordignon M., Turati G., “Bailing out Expectations and Public Health Expenditure”, in *Journal of Health Economics*, 2009, 28, pp. 305-321; Piacenza M., Turati G., “Does Fiscal Discipline towards Subnational Governments Affect Citizens’ Well-Being? Evidence on Health”, *Health Economics*, 2014, 23(2), pp. 199-224.

con la fiscalità generale continua a contribuire alla copertura dei fabbisogni finanziari del SSN andando ad integrare i fondi regionali, ma svolgendo ora una nuova funzione di tipo perequativo, al fine di compensare le forti disuguaglianze regionali nella distribuzione dei contributi di malattia. La definizione *ex-ante* dell'ammontare di risorse che compongono il FSN rappresenta un fattore critico di particolare rilevanza, dal momento che contribuisce al controllo della crescita della spesa.

2.1.2 LA SECONDA ONDATA DI RIFORME

Un secondo importante blocco di riforme è stato implementato nel 1999 e si è concentrato sugli aspetti di equità del nostro SSN, pur interessando anche le questioni di efficienza, incentivata in questo caso soprattutto a livello "macro", attraverso provvedimenti relativi in particolare alle modalità di finanziamento della spesa delle regioni. L'equità è stata perseguita introducendo i cosiddetti Livelli essenziali di assistenza (LEA), prestazioni sanitarie obbligatorie da erogare uniformemente su tutto il territorio nazionale (D.Lgs. 229/99), definite dal governo centrale con l'accordo dei governi regionali. Contestualmente sono stati introdotti i Fondi Sanitari Integrativi del SSN, destinati a coprire sia le spese per servizi esclusi dal SSN, sia le spese per i ticket richiesti per i servizi compresi nel SSN. Inoltre, viene fatto un piccolo passo indietro rispetto al modello dei "quasi-mercati" e allo stimolo alla concorrenza introdotti nel 1992-1993, prevedendo una maggiore cooperazione tra le ASL e i fornitori, soprattutto gli ospedali privati. Sul fronte dell'efficienza, al fine di accrescere ulteriormente la responsabilità finanziaria e l'*accountability* delle regioni, si è cercato di aumentare la loro autonomia fiscale (D.Lgs. 446/97), abolendo i contributi di malattia e sostituendoli con due nuove imposte regionali, l'IRAP (imposta regionale sulle attività produttive) e l'addizionale regionale IRPEF, in coerenza con la più ampia riforma del federalismo fiscale in corso in Italia in quegli anni (e non ancora completata). Inoltre, la riforma ha rafforzato il ruolo dei governi regionali nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari: ciascuna regione, oltre a fornire i LEA, può anche decidere di ampliare autonomamente la propria offerta di prestazioni, finanziandola con risorse proprie; ciò ha dato il via ad una più ampia differenziazione regionale nella fornitura di servizi.

All'inizio degli anni Duemila, hanno fatto seguito nuovi provvedimenti legislativi che hanno interessato il SSN, ma in generale si può affermare che la direzione sia stata quella di un consolidamento delle tendenze emerse nel corso del decennio precedente, in particolare il rafforzamento del potere decisionale in materia di politica sanitaria attribuito alle regioni e l'incremento del grado di autonomia fisca-

le nel finanziamento della propria spesa¹³. Tali tendenze riflettevano l'orientamento politico prevalente in quegli anni verso un maggiore decentramento delle funzioni di governo.

Da segnalare, infine, che le misure di austerità introdotte dai governi di tutto il mondo in risposta alla crisi economica globale del 2008, in Italia, come in molti altri paesi, hanno interessato anche la politica sanitaria, con diversi provvedimenti che hanno riguardato sia le risorse che la *governance* del SSN (tetti di spesa e costi standard, riorganizzazione dei servizi ospedalieri, revisione delle procedure per gli appalti pubblici, rafforzamento dei controlli sui disavanzi regionali). In particolare, sotto le pressioni dell'UE e dei mercati finanziari per il raggiungimento del pareggio di bilancio, il governo centrale è intervenuto per limitare i disavanzi sanitari, che risultavano marcatamente elevati soprattutto nelle regioni meridionali. Ciò ha comportato una parziale ri-centralizzazione delle decisioni di *policy* e severe restrizioni all'autonomia delle regioni: questi interventi sono avvenuti in modo asimmetrico, con la maggior parte delle regioni meridionali sottoposte a programmi di risanamento (Piani di Rientro), finalizzati al ripristino della disciplina fiscale, mentre nel Centro-Nord tali programmi sono stati introdotti in via del tutto eccezionale e temporanea¹⁴.

2.2 MODELLI ORGANIZZATIVI REGIONALI PER I SERVIZI OSPEDALIERI

Come anticipato nella precedente sezione, uno degli elementi caratterizzanti il processo di riforma del SSN risiede nel fatto che l'insieme di interventi (in particolare quelli di tipo "micro") previsti dalla normativa nazionale ha generato una marcata differenziazione a livello regionale¹⁵. Si può tuttavia tentare una tassonomia in modo da sistematizzare entro un certo numero di gruppi i diversi sistemi sanitari regionali. Una possibile classificazione incentrata sul grado di integrazione tra i soggetti assicuratori/acquirenti/finanziatori, da un lato, e i soggetti produttori dei servizi sanitari, dall'altro, individua tre possibili modelli organizzativi¹⁶:

¹³ L'intervento più importante da questo punto di vista è stata la riforma costituzionale (titolo V) implementata nel 2001 (Legge Costituzionale n. 3/2001), che ha modificato i rapporti tra i vari livelli di governo e definito un assetto istituzionale più decentrato per le decisioni di *policy* in Italia, con un impatto significativo anche sul SSN.

¹⁴ Bordignon M., Coretti S., Piacenza M., Turati G., "Hardening Subnational Budget Constraints via Administrative Subordination: The Italian Experience of Recovery Plans in Regional Health Services", *Health Economics*, 2020, 29(11), pp. 1378-1399.

¹⁵ A questo riguardo, come già segnalato sopra, diversi autori fanno riferimento a ventuno differenti "modelli regionali di sanità" (si vedano gli studi citati alla nota 10), costituiti dalle diciannove regioni italiane a cui si aggiungono le due province autonome di Bolzano e Trento.

¹⁶ Hurst J.W., "Reforming Health Care in Seven European Nations", *Health Affairs*, 1991, 10(3), pp. 7-21; Docteur E., Oxley H., "Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience", *OECD Health Working Papers*, 2003, 9; European Union, "The Management of Health Systems in the EU Member States: The Role of Local and Regional Authorities", *European Committee of the Regions*, 2017; Bosi P., (2023), *op. cit.*

- **modello integrato**, dove vi è completa integrazione tra acquirente e produttore, che di fatto condividono una proprietà comune;
- **modello contrattuale**, dove acquirenti e produttori sono entità separate e i cui rapporti sono regolati mediante delle transazioni a condizioni di mercato (contratti o *arm's-length transaction*);
- **modello a rimborso**, dove non solo non vi è integrazione tra produttore e acquirente ma i rapporti contrattuali tra i due attori sono quasi del tutto assenti. I pazienti versano direttamente il prezzo per la prestazione al produttore e otterranno poi un rimborso dall'assicuratore/acquirente.

Tabella 1 - Numero di strutture e posti letto per tipologia di ospedale (al 1° gennaio 2021)

Regione	Gestione diretta		Gestione autonoma		Privati accreditati	
	N. strutture	N. posti letto	N. strutture	N. posti letto	N. strutture	N. posti letto
Emilia-Romagna	16	8.574	6	4.723	46	4.099
Friuli-Venezia Giulia	8	3.705	2	266	4	579
Liguria	6	2.906	2	1.621	11	1.235
Lombardia	0	0	86	28.595	89	16.285
Piemonte	20	9.529	6	6.279	47	5.281
Prov. Auton. Bolzano	7	1.902	0	0	7	381
Prov. Auton. Trento	7	1.380	0	0	6	845
Valle D'Aosta	1	439	0	0	1	127
Veneto	10	10.473	3	2.953	27	3.828
<i>Nord</i>	<i>75</i>	<i>38.908</i>	<i>105</i>	<i>44.437</i>	<i>238</i>	<i>32.660</i>
Abruzzo	17	3.490	0	0	10	1.152
Lazio	33	6.247	7	4.752	74	12.327
Marche	5	2.997	3	2.190	7	925
Molise	3	619	0	0	5	586
Toscana	32	7.097	5	3.374	23	1.835
Umbria	8	1.465	2	1.432	5	282
<i>Centro</i>	<i>98</i>	<i>21.915</i>	<i>17</i>	<i>11.748</i>	<i>124</i>	<i>17.107</i>
Basilicata	7	758	2	1.146	1	40
Calabria	18	2.095	5	1.795	31	1.971
Campania	34	5.527	10	6.960	66	6.514
Puglia	24	7.034	4	2.655	31	4.962
Sardegna	22	2.740	3	2.197	9	915
Sicilia	54	5.736	10	5.708	63	5.464
<i>Sud e Isole</i>	<i>159</i>	<i>23.890</i>	<i>34</i>	<i>20.461</i>	<i>201</i>	<i>19.866</i>
<i>Totale Italia</i>	<i>332</i>	<i>84.713</i>	<i>156</i>	<i>76.646</i>	<i>563</i>	<i>69.633</i>

Fonte: elaborazione degli autori su dati Ministero della Salute, disponibili online: <http://www.dati.salute.gov.it/>.

Su tali modelli si innesta poi il ruolo della proprietà dell'acquirente e del produttore, i quali possono essere entrambi di proprietà pubblica, entrambi di proprietà privata, oppure caratterizzati da una qualche combinazione di proprietà pubblica e privata (ad es. i *mixed market*, in cui operano ospedali pubblici e privati accreditati, si veda la sezione 3.3).

Se nel SSN italiano l'acquirente dei servizi di cura ospedalieri è un soggetto di proprietà pubblica, per quanto riguarda l'erogazione si osserva la concomitante presenza di schemi integrati e contrattuali, con un ruolo nella produzione svolto sia da strutture ospedaliere pubbliche, sia da strutture private accreditate.

La Tabella 1 mostra il numero di strutture ospedaliere e dei posti letto totali per tutte le regioni italiane al 1° gennaio 2021, distinguendo tali strutture sulla base dell'integrazione rispetto all'acquirente-finanziatore pubblico (di norma l'ASL) e della proprietà pubblica o privata¹⁷. Emergono tre principali categorie di strutture ospedaliere¹⁸:

- **strutture pubbliche a gestione diretta**: si tratta degli ospedali di proprietà pubblica a gestione diretta, dove si osserva l'integrazione (modello integrato) tra il produttore (la struttura ospedaliera stessa) e l'acquirente-finanziatore dei servizi. Quest'ultimo è di solito un'azienda con personalità giuridica pubblica, caratterizzata da autonomia organizzativa, gestionale, tecnica, amministrativa, patrimoniale e contabile (Aziende sanitarie locali o ASL)¹⁹. Le strutture ospedaliere (anche detti presidi ospedalieri) che rientrano in tale gruppo sono dotate di una certa autonomia gestionale (per le funzioni organizzative e amministrative) e contabile, anche se all'interno del bilancio dell'ASL di riferimento. Il direttore sanitario dell'unità ospedaliera risponde direttamente al direttore generale dell'ASL. In termini di numerosità, si osserva una prevalenza di tali strutture nel Sud Italia (con 159 stabilimenti nel 2021), seguita dal Centro Italia (98 strutture) e dal Nord (75

¹⁷ Il numero di strutture e il numero di posti letto indicati nella Tabella 1 (e successive figure) fanno riferimento alle seguenti tipologie di ricoveri: acuti, riabilitazione e lungodegenza. Inoltre, a differenza di altre pubblicazioni (ad es. l'Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale), qui non viene utilizzata la definizione di "strutture di ricovero private equiparate alle pubbliche", le quali, pertanto, figurano semplicemente come strutture private nella nostra classificazione.

¹⁸ Guccio C., "Le politiche di riforma organizzativa ed istituzionale nel sistema ospedaliero italiano", in Guccio C., Pignataro G., Rizzo I. (a cura di), *Finanziamento e valutazione dei servizi ospedalieri*, Franco Angeli, Milano, 2005; Levaggi R., "The Regional Organization of Hospital Care in Italy: The Effects of Asymmetry of Information and Soft Budget Constraint Rules", in Padovano F., Ricciuti R. (a cura di), *Italian Institutional Reforms: A Public Choice Perspective*, Springer, New York, 2008, pp. 197-219.

¹⁹ Formalmente le ASL possono avere una diversa denominazione a seconda della specifica regione: per esempio, ASL in Campania, Lazio e Piemonte, AULSS in Veneto, AUSL in Emilia-Romagna e Toscana, ASP in Calabria e Sicilia, ATS in Lombardia e così via.

strutture). Per quanto riguarda invece i posti letto, al Nord si osserva il valore più alto, 38.908 posti letto, seguito dal Sud e Isole con 23.890 posti letto;

- **strutture pubbliche a gestione autonoma (o indipendenti)**: si tratta degli ospedali di proprietà pubblica indipendenti dove si applica il modello contrattuale di separazione tra il fornitore dei servizi ospedalieri e l'acquirente-finanziatore dei medesimi, pur avendo entrambi i soggetti personalità giuridica pubblica. Rientrano in tale gruppo le Aziende ospedaliere (AO), le Aziende ospedaliere universitarie (AOU e AOIU) e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici. Tali strutture sono organismi indipendenti, in linea di principio gestiti al pari delle imprese che competono sui mercati privati, in un'ottica quindi di efficienza manageriale ed economica. La remunerazione da parte dell'ASL per i servizi erogati avviene di norma utilizzando sistemi di pagamento prospettico, in cui il rimborso ai produttori è definito sulla base di tariffe DRG (si veda la sezione 2.1.1). Come regola generale queste organizzazioni devono sottostare a stringenti vincoli finanziari che non permettono deficit di bilancio. In termini di numerosità, la loro presenza è quasi del tutto concentrata nel Nord Italia (105 strutture, con 44.437 posti letto)²⁰, cui segue il Sud e Isole (34 strutture con 20.461 posti letto), e infine il Centro (17 strutture per 11.748 posti letto);
- **strutture private accreditate**: si tratta degli ospedali privati accreditati con il SSN, strutture indipendenti per definizione, che tramite accordi contrattuali stipulati con l'ASL erogano prestazioni sanitario-ospedaliere nell'ambito e per conto del SSN. Rientrano in tale categoria le case di cura private, gli IRCCS privati, gli ospedali classificati o assimilati ai sensi dell'art. 1, ultimo comma, della Legge 132/1968 (ovvero facenti capo a istituti ed enti ecclesiastici), gli istituti di cura privati qualificati (ex presidi USL), gli enti di ricerca e i policlinici universitari privati. Si tratta di imprese private che possono essere di natura *for profit* o *non profit*. Gli ospedali privati accreditati rientrano nella programmazione di

²⁰ Merita segnalare che il caso della regione Lombardia è piuttosto peculiare ed è trattato in maniera *ad hoc* nella nostra (inevitabilmente semplificata) classificazione dei diversi modelli organizzativi (si veda Mapelli V., "Luci e ombre della riforma sociosanitaria", *Quaderni de "Il Giornale dei Lavoratori"*, Acli Milanese, 2016, 2). Infatti, sebbene la riforma regionale del 2015 abbia introdotto un modello di assistenza sanitaria integrata, in cui vengono create le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), che "incorporano" le AO preesistenti e i servizi territoriali in precedenza di competenza delle ASL (ora ridotte di numero e trasformate in ATS), di fatto le ASST sono strutturate in due settori autonomi (con contabilità separata): il polo ospedaliero e la rete territoriale. Ne consegue che il modello organizzativo delle strutture ospedaliere è sostanzialmente simile a quello della gestione autonoma tipica del modello contrattuale, in cui l'acquirente-finanziatore (ATS) non possiede strutture sanitarie e non eroga servizi, configurandosi come un'agenzia di pagamento, con funzioni di programmazione, acquisto e controllo dei servizi sanitari. Nelle tabelle e nei grafici presentati in questo studio gli ospedali lombardi vengono pertanto trattati come strutture a gestione autonoma.

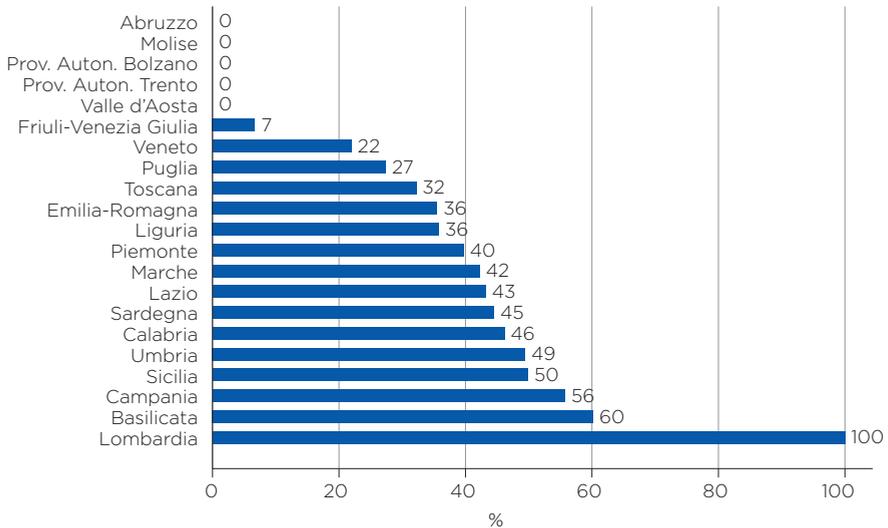
ogni singola amministrazione regionale, che determina il proprio tariffario (entro alcuni massimali stabiliti a livello nazionale), definisce la spesa massima annuale e concorda con ogni singola struttura il valore massimo dei servizi erogati. Il Nord Italia si caratterizza nuovamente per la più elevata presenza di tale tipo di ospedali (238 unità e 32.660 posti letto), seguito dal Sud e Isole e infine dal Centro.

La Figura 1 mostra, per ciascuna regione italiana, l'incidenza percentuale dei posti letto in strutture pubbliche a gestione autonoma sul totale dei posti letto offerti da strutture ospedaliere pubbliche e il peso delle strutture private accreditate sul totale dei posti letto all'interno del sistema sanitario regionale. L'esercizio, per quanto imperfetto, mira ad offrire un quadro d'insieme delle scelte organizzative effettuate dalle diverse regioni italiane in termini di minore o maggiore grado di de-integrazione tra acquirenti-finanziatori (ASL) ed erogatori dei servizi (ospedali) ed entità del ricorso alla contrattualizzazione con strutture private accreditate. Dall'analisi emerge un'elevata variabilità: le Aziende ospedaliere (o strutture simili caratterizzate da autonomia di gestione) sono assenti in cinque regioni, mentre per le altre regioni il loro peso varia da un minimo del 7% ad un massimo del 100% (Figura 1, pannello A)²¹. Il quadro risulta altrettanto frammentato considerando l'incidenza delle strutture private accreditate, dove si oscilla tra un valore minimo del 2% fino ad un valore massimo del 53% dei posti letto totali in regione (Figura 1, pannello B).

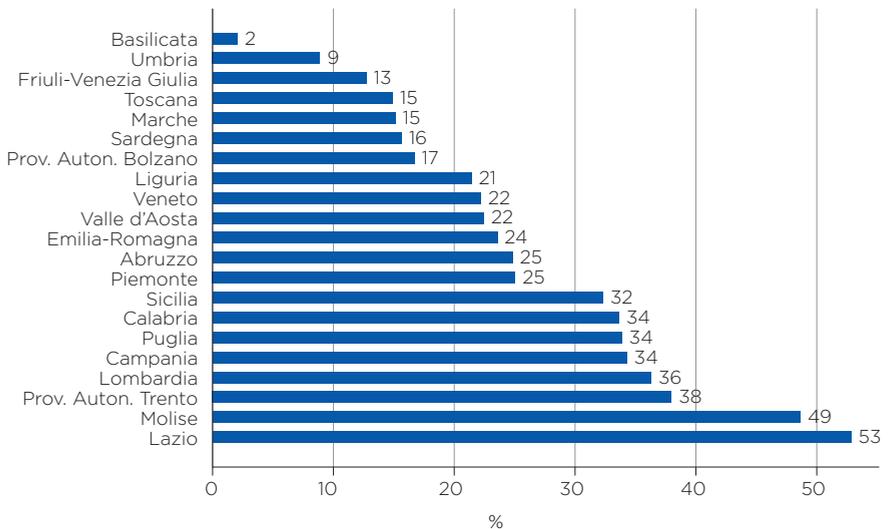
²¹ È necessario sottolineare che la comparabilità tra le regioni è spesso problematica. In particolare, oltre al caso della Lombardia (si veda la nota 20), si evidenziano qui anche le specificità delle regioni a statuto speciale (Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Province autonome di Trento e Bolzano, Sicilia e Sardegna) che, in virtù della loro autonomia, seguono regole in parte differenti per quanto concerne sia l'organizzazione che il finanziamento dei servizi sanitari.

Figura 1 - % di posti letto in ospedali pubblici a gestione autonoma e % di posti letti in ospedali privati accreditati per regione

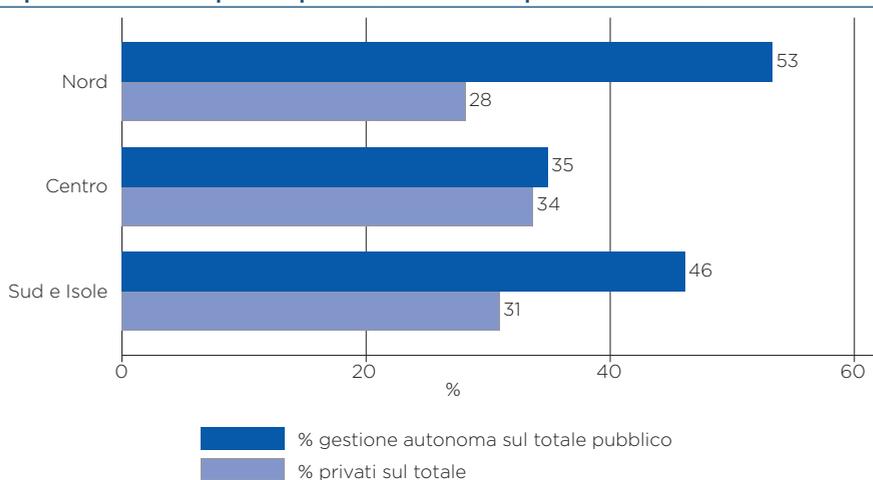
Pannello A: % di posti letto in ospedali pubblici a gestione autonoma sul totale dei posti letto in strutture pubbliche (grado di de-integrazione)



Pannello B: % di posti letto in ospedali privati accreditati sul totale dei posti letto SSN (ruolo dei fornitori privati)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati Ministero della Salute, <http://www.dati.salute.gov.it/>.

Figura 2 - % di posti letto in ospedali pubblici a gestione autonoma e % di posti letto in ospedali privati accreditati per macroarea

Fonte: elaborazioni degli autori su dati Ministero della Salute, disponibili online <http://www.dati.salute.gov.it/>.

La Figura 2 riassume la situazione per gli stessi indicatori calcolati sui totali di area (Nord, Centro, Sud e Isole). Se l'incidenza dei posti letto in strutture private accreditate oscilla tra il 28% del Nord Italia e il 34% del Centro, con il Sud e le Isole in una situazione intermedia (31%), ben più ampia è la forchetta di variabilità del peso delle strutture pubbliche de-integrate dall'ASL e dotate di autonomia gestionale. Il valore più alto si registra al Nord, dove il 53% del totale dei posti letto disponibili in strutture pubbliche è offerto da AO, mentre al Sud e nelle Isole il valore scende al 46%, e al Centro si osserva infine il valore più basso, pari al 35%.

Tabella 2 - Classificazione delle regioni italiane sulla base del grado di de-integrazione delle strutture ospedaliere pubbliche e del ruolo delle strutture private accreditate

	Grado di de-integrazione		
	ridotto	medio	elevato
ridotto	Friuli-Venezia Giulia, Prov. Aut. Bolzano	Marche, Toscana	Basilicata, Sardegna, Umbria
medio	Abruzzo, Valle d'Aosta, Veneto	Emilia-Romagna, Liguria, Piemonte	Sicilia
elevato	Molise, Prov. Aut. Trento	Lazio, Puglia	Calabria, Campania, Lombardia

Infine, la Tabella 2 tenta una sintesi dei dati relativi alle diverse regioni, proponendo una classificazione dei diversi modelli organizzativi regionali in base al maggiore o minore grado di de-integrazione verticale delle strutture ospedaliere pubbliche e al maggiore o minore ricorso alla fornitura di servizi da parte di ospedali privati accreditati. Dopo avere calcolato il terzo e il sesto decile dell'incidenza percentuale dei posti letto in strutture pubbliche a gestione autonoma (25,2% e 43,4%), ogni regione è stata assegnata alla classe a ridotto, medio o elevato grado di de-integrazione a seconda che il suo valore cada sotto il terzo, tra il terzo e il sesto, oppure al di sopra del sesto decile. Un esercizio simile è stato svolto anche per l'incidenza dei posti letto in strutture private accreditate: le regioni con un ridotto, medio o elevato ruolo degli ospedali privati accreditati sono quelle con un peso che si colloca, rispettivamente, nei seguenti intervalli: al di sotto del 19,5%, tra 19,5% e 32,6% e al di sopra del 32,6%. Dall'incrocio dei risultati vengono così individuati nove gruppi di regioni. Ad un primo estremo troviamo il gruppo costituito dalle regioni con un ridotto livello di de-integrazione e un ridotto ricorso alle strutture private (Friuli-Venezia Giulia, Provincia autonoma di Bolzano). Si tratta di sistemi ospedalieri caratterizzati da un forte accentramento gestionale, dove l'ASL svolge più spesso che in altre aree il duplice ruolo di acquirente-finanziatore e di diretto produttore dei servizi ospedalieri. A ciò si affianca un ruolo abbastanza limitato della fornitura di servizi da parte di strutture private accreditate. All'estremo opposto vi sono regioni caratterizzate da un elevato grado di de-integrazione e un elevato peso del comparto privato (Lombardia, Campania, Calabria). In tali regioni le Aziende ospedaliere hanno un ruolo significativo, godendo di autonomia gestionale e finanziaria rispetto alle ASL, e si trovano in diretta concorrenza con un numero piuttosto ampio di fornitori privati. Vi è poi il gruppo di regioni in cui si osserva un grado intermedio sia di de-integrazione, sia del ruolo del comparto privato (Emilia-Romagna, Liguria, Piemonte). Infine, si individuano varie categorie "asimmetriche", in cui osserviamo differenti gradi di de-integrazione dalle ASL e incidenza degli ospedali privati accreditati. Tra le regioni più grandi si segnalano la Toscana, dove il comparto privato ha un ruolo modesto, mentre il grado di de-integrazione è medio, il Veneto, con ridotto grado di de-integrazione e incidenza media dei posti letto privati, la Sicilia, dove un ruolo medio dell'ospedalizzazione privata si affianca ad un elevato grado di de-integrazione, e infine il Lazio, caratterizzato da un grado medio di de-integrazione e un ruolo rilevante degli ospedali privati accreditati.

Nella sezione 3 che segue verranno discussi gli spunti di riflessione più significativi forniti dalla teoria economica riguardo ai risultati in termini di benessere sociale e contenimento dei costi conseguibili attraverso modelli organizzativi alternativi per i servizi ospedalieri, più o meno orientati verso i "quasi-mercati" e con un diverso grado di coinvolgi-

mento dei fornitori privati. Infine, nella sezione 4 si presenterà qualche evidenza sulla performance dei diversi sistemi sanitari regionali, in termini sia di esiti di salute, sia di qualità e appropriatezza dei servizi erogati, cercando di capire se la variabilità nei risultati osservati è in qualche misura correlata all'adozione di un particolare assetto organizzativo per i servizi ospedalieri, o se invece i fattori alla base delle differenze rilevate tra le regioni riguardano delle condizioni di contesto più generali, che incidono sull'efficacia di un modello maggiormente orientato verso i "quasi-mercati" nel raggiungere performance migliori rispetto ad un modello più tradizionale di tipo integrato.

3. Riflessioni teoriche sulla concorrenza nel mercato delle prestazioni sanitarie

La concorrenza fra ospedali, stimolata utilizzando la separazione fra le funzioni di acquisto e quelle di fornitura dei servizi, parte dall'idea che un contratto potrebbe aiutare a risolvere i problemi legati alle inefficienze osservate nei sistemi sanitari verticalmente integrati. Il modello dei "quasi-mercati" o "mercati interni" per le prestazioni sanitarie in generale - che si adatta in realtà meglio ai servizi ospedalieri - è stato analizzato, fra gli altri, da Jones e Cullis negli anni Novanta²². Gli autori dimostrano che la separazione delle funzioni di acquisto da quelle di fornitura portano, sotto certe condizioni, ad una migliore efficienza. Tuttavia, questo particolare mercato non segue le regole standard dei mercati in concorrenza perfetta: vi è incertezza sulla domanda e la fornitura dei servizi è spesso associata al concetto di paternalismo e di bene meritorio²³, ovvero il governo pensa che il cittadino debba usufruire indipendentemente dalla propria capacità di pagare; inoltre, la tecnologia di produzione, sebbene universalmente disponibile, può richiedere ingenti investimenti fissi e irreversibili, che limitano il numero di imprese effettivamente in grado di acquisirla.

Tali fattori generano molte distorsioni in questo mercato, a cui la letteratura ha cercato di fornire adeguate soluzioni sotto diverse prospettive, dall'individuare un sistema di rimborso efficiente, allo studiare il ruolo della scelta del paziente, fino allo studio dell'organizzazione migliore per quanto riguarda il tipo di fornitori che competono per soddisfare la domanda.

²² Jones P.R., Cullis J.G., "Decision Making in Quasi-Markets: A Pedagogic Analysis", in *Journal of Health Economics*, 1996, 15(2), pp. 187-208.

²³ Schnellenbach J., "Nudges and Norms: On the Political Economy of Soft Paternalism", in *European Journal of Political Economy*, 2012, 28(2), pp. 266-277.

3.1 IL SISTEMA DI RIMBORSO EFFICIENTE

Il primo sistema sanitario a porsi il problema del meccanismo ottimo di rimborso è stato quello statunitense. Gli elevati costi del sistema a prestazione rendevano infatti proibitive le tariffe per i rimborsi nel sistema *MEDICARE*, da qui l'idea di passare ad un sistema di rimborso prospettico, sebbene non tutta la letteratura sia d'accordo su questa scelta, dal momento che tale tipo di rimborso può portare a distorsioni importanti quali fenomeni di *upcoding* (far apparire il paziente più grave di quanto non sia per ricevere un rimborso più alto)²⁴, oppure meccanismi di *cherry picking* e *cream skimming* (dato un sistema di budget che non consente di trattare tutta la domanda, vengono selezionati i pazienti che, a parità di rimborso, hanno costi attesi minori, o si decide di non curare quelli i cui costi potrebbero essere più elevati della media)²⁵. La giustificazione per l'utilizzo nella pratica dei sistemi sanitari di un rimborso di tipo prospettico, che in molti paesi è legato alla definizione di un output secondo il metodo dei ROD/DRG (si veda la sezione 2.1.1), viene spesso legata ad un parallelo sviluppo di un "mercato interno", in cui i pazienti possono scegliere il proprio fornitore di prestazioni ospedaliere.

Tuttavia, non tutti gli studiosi concordano con questa impostazione per due principali ordini di motivi: la libertà di scelta del fornitore da parte dei pazienti, come vedremo nella sezione che segue, non sempre è in grado di migliorare la qualità del servizio erogato; inoltre, l'asimmetria informativa che esiste fra fornitori delle prestazioni (gli ospedali) e acquirenti delle stesse (ASL) potrebbe comportare una situazione in cui il rimborso prospettico si allinea al costo di trattamento dei pazienti con costi più alti, un effetto che vanificherebbe del tutto gli sforzi di riduzione dei costi da parte dei fornitori²⁶.

3.2 LA SCELTA DEI PAZIENTI

Molti dei modelli proposti per lo studio del mercato delle prestazioni sanitarie partono dall'ipotesi che la qualità della prestazione non sia verificabile: non si possono cioè stabilire parametri oggettivi con cui misurarla, in modo tale che possa essere definita all'interno di un contratto, e da ciò deriva l'incompletezza dei contratti. Molti autori osservano tuttavia che la qualità, sebbene non verificabile, sia però osservabile. Tale osservazione può essere di natura statistica, riferita

²⁴ Per l'Italia si veda, ad es., Di Giacomo M., Piacenza M., Siciliani L., Turati G., "Do Public Hospitals Respond to Changes in DRG Price Regulation? The Case of Birth Deliveries in the Italian NHS", *Health Economics*, 2017, 26(S2), pp. 23-37.

²⁵ Ellis R.P., "Creaming, Skimping and Dumping: Provider Competition on Intensive and Extensive Margins", in *Journal of Health Economics*, 1998, 17(5), pp. 537-55.

²⁶ Kifmann M., Siciliani L., "Average-Cost Pricing and Dynamic Selection Incentives in the Hospital Sector", in *Health Economics*, 2017, 26(12), pp. 1566-1582.

cioè all'insieme di determinate prestazioni che un ospedale fornisce e non tanto alla singola prestazione. Nel corso degli anni vari progetti (tra cui il Progetto "Mattoni SSN" in Italia)²⁷ hanno sviluppato degli indici finalizzati a valutare la qualità media di ogni ospedale. A seconda del tipo di prestazione, l'indicatore può essere legato alla mortalità, al ricovero ripetuto, ad un secondo trattamento dello stesso tipo (come, per esempio, nella revisione della protesi all'anca o al ginocchio) entro un determinato arco temporale. Questi indicatori non possono essere inseriti nel contratto, ma rappresentano un indice di qualità media delle prestazioni di un determinato ospedale e possono orientare la scelta dei pazienti verso la struttura che offre la qualità più elevata. In questo modo i pazienti potrebbero dunque stimolare gli ospedali a competere fra loro. In realtà questo meccanismo funziona in modo solo parziale, come sottolineato dalla letteratura. Levaggi e Levaggi (2024)²⁸ e Siciliani (2018)²⁹ propongono due rassegne interessanti dei contributi principali. Di seguito mettiamo in luce i risultati più rilevanti.

- I prezzi giocano un ruolo molto importante nel modello: se il rimborso è fissato in modo troppo poco generoso, la concorrenza può portare ad una riduzione della qualità, così come una concorrenza troppo esacerbata³⁰.
- Il particolare meccanismo concorrenziale è molto importante: il risultato in termini di qualità è molto diverso a seconda che la concorrenza sia sul prezzo, o sulla qualità, o su entrambe le variabili. Allo stesso modo, anche il momento in cui il regolatore decide è importante.
- I pazienti potrebbero non avere tutti le medesime opportunità in termini di salute e di scelta. Siciliani e Straume (2019) fanno vedere come sia molto importante distinguere fra due tipi di equità: una che deriva dalle possibilità di accesso alle cure legate al luogo di residenza (*postcode inequality*)³¹ e un'altra legata al diverso livello di severità dei pazienti. La concorrenza non sempre porta ad un miglioramento di entrambi questi indici³².

²⁷ Istituto Superiore di Sanità, "La valutazione dei sistemi sanitari per migliorare la qualità delle cure", *EUPHORIC project 2003-2008*, https://ripi.iss.it/ripi/previous-projects/euphoric/brochure/brochure_it.pdf.

²⁸ Levaggi L., Levaggi R., "Spatial Competition Models in Health Care Markets: A Review", in *Review of Industrial Organisation*, 2024, in corso di pubblicazione.

²⁹ Siciliani L., "Hospital Economics: The Effect of Competition, Tariffs and Non-Profit Status on Quality", in Baltagi B., Moscone F. (a cura di), *Health Econometrics (Contributions to Economic Analysis)*, Emerald Publishing Limited, 2018, pp. 263-283.

³⁰ Berta P., Martini G., Piacenza M., Turati G., "The Strange Case of Less C-Sections: Hospital Ownership, Market Concentration, and DRG-Tariff Regulation", *Health Economics*, 2020, vol. 29(S2), pp. 30-46.

³¹ Perucca G., Piacenza M., Turati G., "Spatial Inequality in Access to Health Care: Evidence from an Italian Alpine Region", *Regional Studies*, 2019, 53(4), pp. 478-489.

³² Siciliani L., Straume O.R., "Competition and Equity in Health Care Markets", in *Journal of Health Economics*, 2019, 64, pp. 1-14.

- Non è sempre chiaro che cosa determini la scelta dei pazienti. Questo filone di letteratura, di origine più empirica, mostra che non sempre la qualità percepita dagli utenti è legata a quella osservabile. In certi casi i parametri sono troppi e difficilmente interpretabili, mentre in altri casi non c'è sempre corrispondenza tra la scelta dei pazienti e la qualità effettiva. Questo tipo di risultato è molto importante in alcuni paesi come per esempio l'Italia, dove Levaggi, Martini e Spinelli (2022)³³ studiano le scelte dei pazienti in tre diverse regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna), confrontando la scelta fatta rispetto agli ospedali che, nell'area di riferimento dei pazienti, hanno le migliori performance in termini di liste di attesa e di alcuni indicatori di qualità (ricovero ripetuto, revisione entro due anni). In Lombardia, dove le liste di attesa sono limitate, i pazienti scelgono in parte guardando alla qualità e alla distanza; in Veneto, dove l'attesa è più elevata, i pazienti cercano invece la struttura che ha una lista d'attesa minore (anche se non necessariamente la migliore); mentre in Emilia-Romagna, dove i pazienti hanno meno scelta, liste di attesa e qualità fra i vari ospedali sono abbastanza simili grazie all'intervento del regolatore.
- I regolatori sfruttano poco l'aspetto intertemporale della concorrenza e dei contratti. La maggior parte dei pazienti viene ricoverata per una sola volta in ospedale, ma i contratti con i fornitori hanno una dimensione intertemporale che va sfruttata di più. Alcuni autori, per esempio, dimostrano come i budget possano essere utilizzati a questo riguardo: da un anno all'altro si può allargare o restringere il numero di pazienti che possono essere curati sulla base delle performance dell'anno precedente³⁴.
- Gli obiettivi e i vincoli dei fornitori in termini di funzione obiettivo sono importanti e possono determinare risultati molto diversi; ritorneremo su questo punto più avanti.

3.3 I SISTEMI SANITARI MISTI

Data la rilevanza del tema per il nostro Paese, questo modello di concorrenza verrà ora analizzato in un modo più approfondito. Come discusso nella sezione 2, le riforme dei sistemi sanitari, in Italia come altrove, hanno portato spesso fornitori molto diversi a competere fra loro per il trattamento di pazienti finanziati con fondi pubblici³⁵.

³³ Levaggi R., Martini G., Spinelli D., "Is there a Bias in Patient Choices for Hospital Care? Evidence from Three Italian Regional Health Systems", *Health Policy*, 2022, 126(7), pp. 668-679.

³⁴ Sá L., Siciliani L., Straume O.R., "Dynamic Hospital Competition under Rationing by Waiting Times", in *Journal of Health Economics*, 2019, 66, pp. 260-282; Cellini R., Siciliani L., Straume O.R., "A Dynamic Model of Quality Competition with Endogenous Prices", in *Journal of Economic Dynamics and Control*, 2018, 94, pp. 190-206.

³⁵ Rechel B., Duran A., Saltman R., "What Is the Experience of Decentralized Hospital Governance

Secondo Eurostat³⁶, nel 2015, la maggior parte degli ospedali erano ancora di proprietà pubblica in Slovenia, Lituania, Croazia, Romania, Malta, Finlandia, Danimarca, Estonia, Lettonia, Regno Unito, Norvegia. Un secondo gruppo di paesi si avvicina ad una quota congrua (Cipro 53%, Francia 62%, Grecia 65%, Germania 40%), mentre nei Paesi Bassi tutti gli ospedali sono di proprietà privata. La tendenza punta verso una riduzione della quota del settore pubblico, soprattutto nei paesi in cui la proprietà pubblica è ancora rilevante. L'idea alla base dei mercati è piuttosto semplice: i fornitori privati promuovono l'efficienza nella fornitura dei servizi dal momento che hanno come obiettivo la massimizzazione del profitto; la presenza di ospedali pubblici (che possono condividere con i pazienti obiettivi di qualità) consente di migliorare l'equità e di ridurre il rischio che i pazienti più gravi e/o meno remunerativi non vengano curati a causa di comportamenti strategici da parte dei fornitori privati³⁷. Tuttavia, la presenza di concorrenti asimmetrici in termini di obiettivi e vincoli può impedire a questa forma di mercato misto di ottenere i risultati attesi. La letteratura tende a dividere i fornitori di prestazioni in tre grandi categorie³⁸.

- **Ospedali privati for profit**, o per meglio dire, quelli che massimizzano il surplus. Tali strutture di solito sono molto attente all'efficienza (o almeno così vengono modellate) e il loro obiettivo è appunto la massimizzazione del surplus del produttore. In modo indiretto sono anche interessati alla qualità, ma solo nella misura in cui tale qualità consente loro di aumentare il numero di pazienti trattati. Questo aspetto è molto importante in un "mercato interno" come quello italiano, in cui tutti gli ospedali (ma alla fine solo per quelli privati il vincolo è stringente) hanno un limite di capacità in termini di budget massimo assegnato. Questo vincolo fa sì che in alcune regioni la qualità sia determinata più dalla mobilità (quindi dalle scelte) dei pazienti fuori regione (per i quali non esiste un budget) che non dalle scelte dei pazienti residenti nella regione³⁹.
- **Ospedali privati non profit**, organizzazioni che di solito sono viste come parzialmente altruiste, dal momento che massimizzano una funzione che dipende sia dal surplus (che possono però distribuire in modo limitato), sia dall'utilità che i pazienti ricevono dalla prestazione sanitaria. I vincoli al profitto distribuito le rendono

in Europe?", in Richardson E., Sagan A. (a cura di), *Policy Brief*, World Health Organization, 2018; Siciliani L., (2018), *op. cit.*

³⁶ Eurostat, *Healthcare Resource Statistics - Beds, 2022*; Eurostat, *Healthcare Expenditure Statistics, 2023*.

³⁷ Ellis R.P., (1998), *op cit.*

³⁸ Levaggi L., Levaggi R., "Is there Scope for Mixed Markets in the Provision of Hospital Care?", *Social Science & Medicine*, 2020, 247, n. 112810.

³⁹ Berta P., Guerriero C., Levaggi R., "Hospitals' Strategic Behaviours and Patient Mobility: Evidence from Italy," *Socio-Economic Planning Sciences*, 2021, 77, n. 101030.

spesso strutture meno efficienti dal punto di vista della riduzione dei costi, ma di solito forniscono livelli di qualità in linea con quanto richiesto dal paziente.

- **Ospedali pubblici**, per i quali esiste un vincolo di non distribuzione del profitto, ma che di solito vengono comunque modellati come agenti che hanno obiettivi diversi rispetto alla massimizzazione del surplus; in qualche caso è il numero di pazienti trattati, in altri la quota di mercato, che contribuisce in modo indiretto alla fissazione del livello di qualità, ma potrebbe anche essere la qualità stessa della prestazione, come nel caso dei cosiddetti *intrinsically motivated providers*⁴⁰. In quest'ultimo caso l'ospedale massimizza una funzione che ha come oggetto diretto la qualità, non tanto perché la qualità aumenta l'utilità dei pazienti (come nel caso dei fornitori *non profit*), ma perché produrre servizi di elevata qualità aumenta l'utilità dei decisori all'interno dell'ospedale e produce importanti risultati dal punto di vista della concorrenza e del benessere sociale⁴¹.

Sebbene lo studio di questo tipo di mercati includa un numero molto ampio di contributi, i risultati sono molto controversi, sia dal punto di vista teorico che da quello empirico⁴².

Dal punto di vista teorico, un buon numero di studi in letteratura sembra concludere che i mercati misti di per sé non siano troppo rilevanti: le forme organizzative "pure" (ovvero, concorrenza fra ospedali solo privati o concorrenza fra ospedali solo pubblici) di solito portano a risultati migliori, in quanto il mercato misto spesso non è sufficientemente competitivo. Tale risultato potrebbe però dipendere dallo specifico contesto istituzionale che viene preso a riferimento per elaborare questi modelli. Nel caso particolare in cui il fornitore pubblico nel mercato sia considerato un *reference provider*, viene mostrato come un mercato misto possa condurre a performance migliori rispetto a mercati "puri". Inoltre, siccome anche quando il mercato misto prevale come forma organizzativa migliore gli ospedali privati godono di una rendita comunque elevata, sarebbe opportuno affiancare alla concorrenza un meccanismo di franchising per gli ospedali privati, in modo da riuscire a recuperare almeno una parte dei loro extra profitti.

⁴⁰ Galizzi M.M. *et al.*, "Provider Altruism in Health Economics", *Discussion Paper*, Finland, National Institute for Health and Welfare, 2015.

⁴¹ Besley T., Malcomson J.M., "Competition in Public Service Provision: The Role of Not-for-Profit Providers", in *Journal of Public Economics*, 2018, 162, pp. 158-172.

⁴² Barbetta G.P., Turati G., Zago A., "Behavioral Differences between Public and Private Not-For-Profit Hospitals in the Italian National Health Service", *Health Economics*, 2007, 16(1), pp. 75-96; Berta P., Martini G., Piacenza M., Turati G., (2020), *op. cit.*

3.4 | PROBLEMI APERTI: *SOFT BUDGET CONSTRAINT* E MOBILITÀ DEI PAZIENTI

Se valgono certe condizioni, il sistema di concorrenza discusso nelle sezioni precedenti dovrebbe portare ad un aumento del benessere dei pazienti, tramite un aumento della qualità (una riduzione dei tempi di attesa) che gli ospedali offrono al fine di accrescere la propria quota di mercato. Una maggiore mobilità dei pazienti potrebbe quindi essere considerata come un effetto positivo della concorrenza, ma solo se il fenomeno è limitato e le distanze percorse non sono troppo elevate. Una caratteristica tipica del nostro sistema sanitario è invece il flusso consistente di pazienti per mobilità extraregionale dalle regioni del Sud verso quelle del Nord⁴³. Questo flusso, che in passato è stato favorito da fattori legati a politiche di vincolo di bilancio “soft” (*soft budget constraint*), oggi produce diversi effetti negativi: le regioni del Sud fanno più fatica a controllare i propri livelli di spesa, i rimborsi per i ricoveri effettuati fuori regione riducono la capacità di investire localmente, i costi per i pazienti aumentano (essendo le spese di trasporto e soggiorno a loro carico), e si possono verificare problemi di equità, in quanto non tutti i pazienti sono ugualmente in grado di muoversi⁴⁴. In Italia questo problema è esacerbato dal fatto che nelle regioni del Nord, dato il budget che gli ospedali devono rispettare per i ricoveri dei pazienti interni alla regione, la capacità produttiva disponibile risulta spesso in eccesso rispetto alla domanda soddisfabile dei cittadini residenti, mentre i ricoveri per i pazienti extraregionali sono fuori budget. In generale, i pazienti che si muovono sono relativamente più giovani, hanno un livello di salute più elevato della media e il rimborso per il loro ricovero di solito è più generoso rispetto a quanto verrebbe rimborsato all'ospedale per i pazienti di provenienza interna alla regione. In questo modo, ingenti risorse finanziarie si spostano da Sud a Nord, amplificando le distorsioni. I finanziamenti perequativi sono finanziati attraverso imposte e pertanto producono una riduzione di benessere. L'utilizzo di tariffe più elevate per pagare prestazioni rese a pazienti fuori regione rispetto a quelle pagate per i ricoveri dei residenti nella regione riduce la perequazione, creando un meccanismo alquanto perverso.

Questa incapacità di gestire il budget e di prevedere correttamente la spesa continua a favorire i meccanismi di *soft budget constraint*, in conseguenza dei quali le regioni tendono a spendere più del loro budget e a risultare cronicamente in deficit.

⁴³ Levaggi R., Zanola R., “Patients' Migration Across Regions: The Case of Italy”, *Applied Economics*, 2007, 36(16), pp. 1751-1757; Fabbri D., Robone S., “The Geography of Hospital Admission in a National Health Service with Patient Choice”, *Health Economics*, 2010, 19(9), pp. 1029-1047; Balia S., Brau R., Marrocu E., “Interregional Patient Mobility in a Decentralized Healthcare System”, *Regional Studies*, 2018, 52(3), pp. 388-402; Balia S., Brau R., Moro D., “Choice of Hospital and Long-Distances: Evidence from Italy”, *Regional Science and Urban Economics*, 2020, 81; Berta P., Guerriero C., Levaggi R., (2021), *op. cit.*

⁴⁴ Perucca G., Piacenza M., Turati G., (2019), *op. cit.*; Siciliani L., Straume O.R., (2019), *op. cit.*

4. Evidenza empirica: risultati regionali a confronto

In questa sezione si riportano alcune evidenze empiriche utili a comparare la performance degli ospedali a livello regionale, prendendo a riferimento alcuni indicatori rappresentativi di varie dimensioni degli interventi di cura della salute, sia dal lato degli esiti conseguiti che dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni fornite, che siano centrali rispetto agli obiettivi di costante miglioramento del SSN. Gli indicatori che si è scelto di analizzare sono: i) il tasso di mortalità evitabile, misurato a livello regionale, ii) la proporzione di parti con taglio cesareo primario e iii) la proporzione di interventi chirurgici per frattura del collo del femore in pazienti anziani⁴⁵ avvenuti entro due giorni dall'accesso nella struttura di ricovero, entrambi misurati a livello ospedaliero. La *mortalità evitabile* è calcolata come il rapporto tra il numero di decessi relativi ad individui con meno di 75 anni di età e riconducibili a specifiche cause di mortalità, ritenute evitabili⁴⁶, e la popolazione regionale, moltiplicato per 100.000. L'indicatore può essere ulteriormente distinto considerando la mortalità evitabile per cause "prevenibili" oppure per cause "trattabili". Le cause "prevenibili" fanno riferimento a decessi che potrebbero essere evitati grazie ad una più efficace attività di prevenzione primaria e di salute pubblica (per esempio: equità nell'accesso alle cure, adozione di stili di vita salutari, riduzione di fattori di rischio ambientali); le cause "trattabili" riguardano invece quei decessi che potrebbero essere evitati grazie ad una migliore assistenza sanitaria, intesa sia in termini di prevenzione secondaria che di appropriatezza dei trattamenti ricevuti. L'analisi di queste due dimensioni consente di capire quanto gli esiti di salute di una determinata regione potrebbero essere migliorati tramite l'adozione di buone politiche di salute pubblica e prevenzione primaria, oppure andando a colmare eventuali lacune dei sistemi sanitari in termini di efficacia e tempestività degli interventi diagnostico-terapeutici effettuati. Questa seconda dimensione dell'indicatore è direttamente collegata alla performance degli ospedali e risulta quindi di maggiore interesse per le finalità del presente lavoro; tuttavia, riteniamo utile riportare anche la dimensione legata alla prevenzione primaria, al fine di dare un'idea di quale sia il peso relativo delle due componenti nel determinare il livello di salute complessivo della popolazione regionale.

⁴⁵ Si intendono come anziani gli individui con età pari o maggiore di 65 anni.

⁴⁶ La lista delle cause di mortalità evitabile è basata sul lavoro congiunto OECD/Eurostat ed è consultabile nel report: "Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death" <https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>). Sono considerati evitabili decessi per cause ricomprese nella lista per individui fino alla soglia dell'attuale livello di aspettativa di vita media alla nascita, ossia 74 anni.

Gli altri due indicatori che vengono discussi, la *proporzione di parti con taglio cesareo primario* e gli *interventi chirurgici per frattura del collo del femore avvenuti entro due giorni*, rappresentano misure strettamente attinenti alla performance ospedaliera e si riferiscono a interventi sanitari di provata efficacia che dovrebbero essere offerti a tutta la popolazione in condizione di equità. Inoltre, recentemente, tali misure sono state anche incluse nell'insieme degli indicatori cosiddetti CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) delineato nel DM 12 marzo 2019⁴⁷, che propone un'attività di monitoraggio per ciascuna tipologia di assistenza sanitaria (prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera) al fine di valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA. Un ulteriore vantaggio della scelta riguarda il fatto che esistono delle soglie, definite sulla base dell'evidenza scientifica, che permettono di capire se il trattamento in questione viene erogato dal singolo ospedale (o dall'ospedale mediano della regione) in maniera adeguata oppure no. Per quanto riguarda i parti cesarei è ritenuta giustificabile (appropriata) una percentuale compresa tra il 10% e il 15%⁴⁸, mentre per quanto riguarda la proporzione di pazienti anziani con frattura del collo del femore che deve essere operata entro i due giorni il DM 70/2015 fissa la soglia minima affinché l'intervento sia valutabile come tempestivo al 60%.

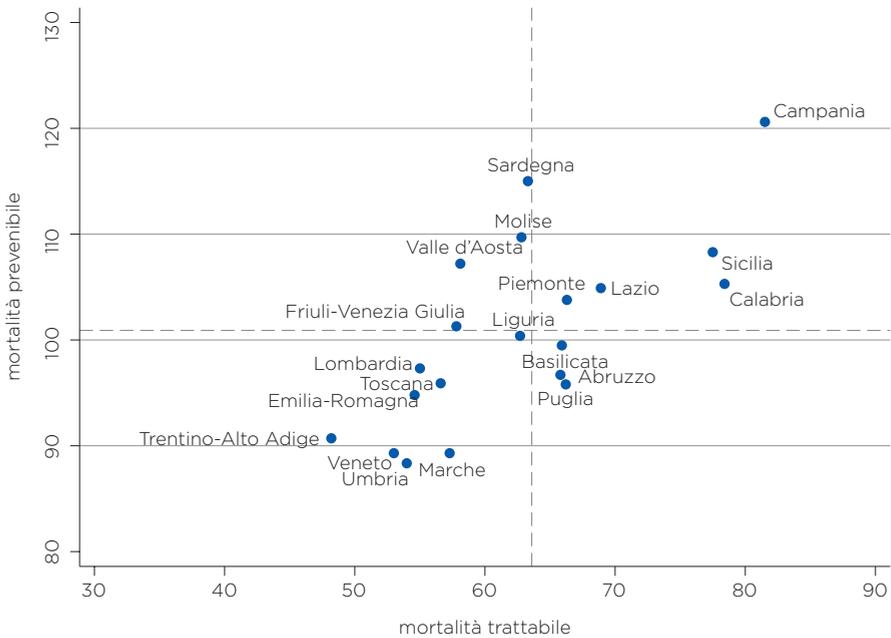
I dati utilizzati per calcolare i tassi di mortalità evitabile sono raccolti dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) e sono relativi all'anno 2019. Per questo indicatore relativo agli esiti di salute si è scelto di analizzare i dati relativi all'anno 2019, seppure non fossero i più recenti, poiché i valori successivi potrebbero risultare distorti a causa degli eventi eccezionali conseguenti alla pandemia da Covid-19. Per i due indicatori di performance ospedaliera, invece, sono stati utilizzati i dati per i singoli ospedali riportati nel Piano Nazionale Esiti (PNE) relativi all'anno 2022, che rappresenta l'unica informazione pubblica disponibile⁴⁹.

⁴⁷ "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", *GU Serie Generale*, n. 138 del 14-06-2019. Il NSG è operativo dal 1 gennaio 2020.

⁴⁸ "Appropriate Technology for Birth", *Lancet*, 1985, 2(8452), pp. 436-437.

⁴⁹ Ove possibile, è stato anche effettuato un confronto tra i valori medi di questi indicatori per il 2022 e quelli rilevati nel periodo pre Covid (2015-2019), disponibili solo a livello aggregato regionale, non riscontrando differenze sostanziali.

Figura 3 - Mortalità evitabile nei soggetti 0-74 anni (tassi standardizzati per 100.000 abitanti) relativa a cause “trattabili” (asse x) e “prevenibili” (asse y)



La Figura 3 riporta il grafico di dispersione tra regioni dell'indicatore relativo alla mortalità evitabile per cause “prevenibili” e “trattabili”. Le due linee tratteggiate rappresentano il valore medio per l'Italia, che si attesta a 100,9 morti prevenibili per ogni 100.000 abitanti e 63,6 morti trattabili ogni 100.000 abitanti. Volendo effettuare un confronto a livello internazionale, i valori medi per l'Italia sono in linea, se non inferiori, rispetto a quelli di altri paesi simili in termini di caratteristiche socioeconomiche⁵⁰ (Francia, Spagna, Germania e Regno Unito). Il grafico è diviso in 4 quadranti dalle due linee suddette e ci aiuta ad individuare una prima classificazione della performance delle regioni. Nel quadrante in basso a sinistra troviamo regioni con performance migliori rispetto alla media nazionale in ambedue le dimensioni analizzate (es. Veneto, Toscana, Emilia-Romagna, Lombardia), mentre nel quadrante in alto a destra troviamo regioni con una performance peggiore rispetto alla media nazionale in entrambe

⁵⁰ Ardito V., Benetti L., Ciani O., Federici C., Furnari A., Tarricone R., “Esiti di salute e performance del Servizio Sanitario Nazionale”, in Cergas - Bocconi, (2023), *op. cit.*, pp. 267-316.

le dimensioni (es. Lazio, Campania, Sicilia, Calabria). Nei due restanti quadranti si collocano invece regioni che hanno una performance migliore alla media nazionale solamente in una delle due dimensioni e peggiore nell'altra. Ad esempio, Basilicata, Abruzzo e Puglia hanno migliori performance in termini di mortalità "prevenibile" ma non in termini di mortalità "trattabile". Accade invece il contrario in regioni quali Valle d'Aosta e Molise.

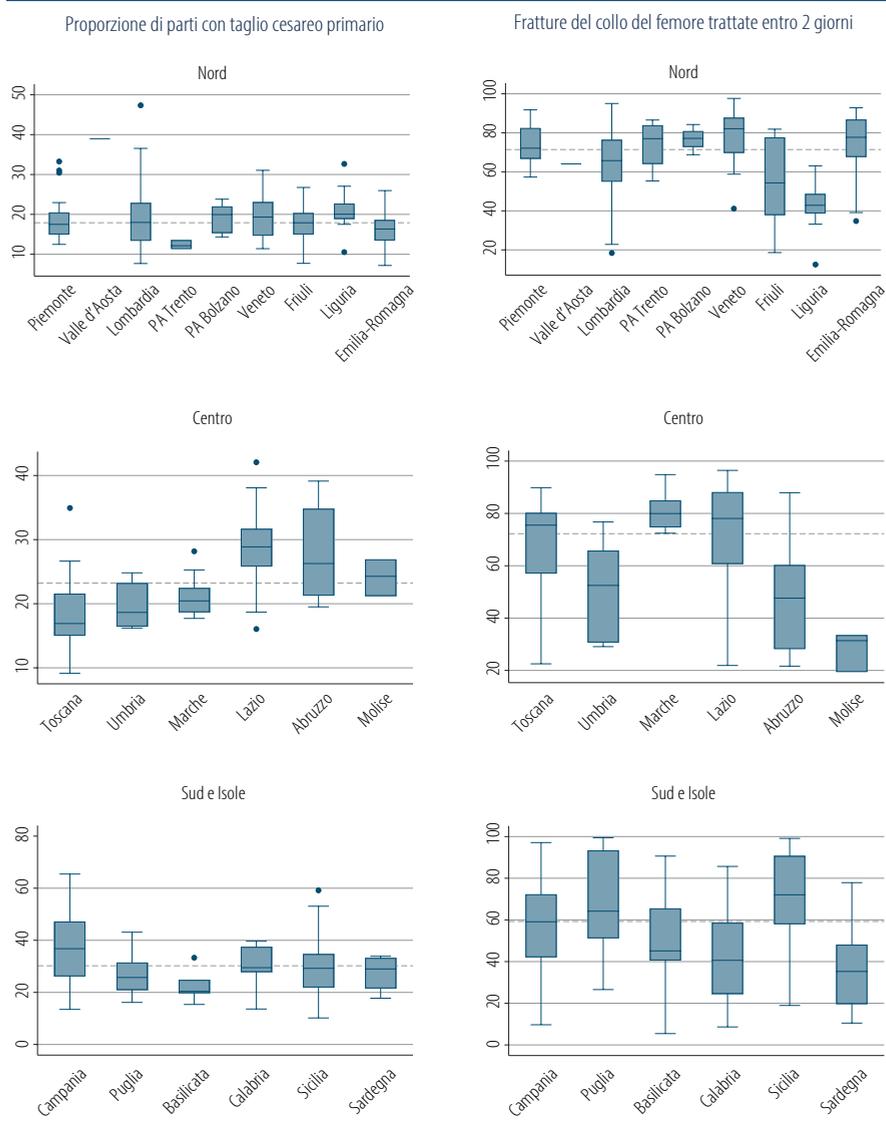
Dai dati si può anche inferire che le cause "prevenibili" siano responsabili della quota più elevata di decessi evitabili: complessivamente le morti evitabili si attestano ad un valore di 164.5 ogni 100.000 abitanti, di cui quelle imputabili a carenze nella prevenzione primaria rappresentano circa il 61%, mentre quelle dovute ad un'inadeguata prevenzione secondaria e/o inappropriata dei trattamenti pesano per circa il 39%. Inoltre, è possibile osservare la presenza di un evidente gradiente Nord-Sud in termini di esiti di salute, con le regioni del Nord e del Centro concentrate per la maggior parte nel quadrante in basso a sinistra e quelle del Sud Italia collocate soprattutto nel quadrante in alto a destra. Per tale ragione, nella discussione che segue, si è scelto di focalizzare a livello di macroaree (Nord, Centro, Sud e Isole) l'analisi degli altri due indicatori, relativi alle prestazioni ospedaliere e quindi più strettamente connessi con la componente "trattabile" della mortalità evitabile, in modo da comparare le performance di ospedali localizzati in territori non troppo diffusi in termini di fattori ambientali e culturali, struttura economica e caratteristiche sociodemografiche.

Tale confronto è riportato in Figura 4, dove sono rappresentati gli indicatori provenienti dal PNE relativi a: i) proporzione di parti con taglio cesareo primario (pannello di sinistra) e ii) proporzione di interventi chirurgici per frattura del collo del femore in pazienti anziani (età ≥ 65 anni) avvenuti entro due giorni dall'accesso nella struttura di ricovero (pannello di destra). La Figura 4 presenta dei diagrammi cosiddetti a "scatola e baffi"⁵¹ relativi alle 19 regioni italiane più le 2 province autonome di Trento e Bolzano. Gli indicatori rappresentati sono calcolati utilizzando una procedura che consente di aggiustare i valori per una serie di possibili disomogeneità esistenti nelle popolazioni studiate (fattori di rischio osservabili)⁵².

⁵¹ Questa rappresentazione grafica (*box and whiskers plot*) permette di rappresentare la distribuzione di un campione tramite indici di dispersione e di posizione. Il rettangolo (o "scatola") è delimitato dai valori del primo e del terzo quartile e diviso al suo interno dalla mediana. I segmenti (o "baffi") sono delimitati dai valori corrispondenti alla media più o meno la deviazione standard dell'indicatore. Eventuali punti esterni a questi segmenti rappresentano valori anomali (*outlier*) della distribuzione.

⁵² Le variabili considerate per il processo di aggiustamento sono: età, genere, gravità della patologia, presenza di comorbidità croniche. Per maggiori dettagli in merito all'aggiustamento per i fattori di rischio è possibile fare riferimento a: <https://pne.agenas.it/>.

Figura 4. Proporzioni di parti con taglio cesareo primario (sinistra) e proporzioni di fratture del collo del femore trattate con intervento chirurgico entro 2 giorni dal ricovero (destra) - valori aggiustati per i fattori di rischio osservabili



Analizzando la Figura 4 emergono alcune considerazioni interessanti. In primo luogo, anche gli indicatori PNE sembrano supportare il gradiente Nord-Sud riscontrato per i dati sulla mortalità evitabile. Al Nord si osserva infatti che la mediana della proporzione di parti con taglio cesareo primario si attesta al di sotto del 20%, mentre il valore mediano per la quota di interventi chirurgici per frattura del collo del femore avvenuti entro due giorni è pari a poco più del 70%. Per il Centro, il Sud e le Isole si riscontrano valori più elevati per quanto riguarda la mediana della proporzione di parti con taglio cesareo primario, che si attesta al 25% e 30% rispettivamente, e valori simili (Centro) o più bassi (Sud) per quanto concerne la quota di interventi chirurgici per frattura del collo del femore avvenuti entro due giorni, pari a circa il 70% e 60% rispettivamente.

In secondo luogo, emerge che all'interno di ciascuna regione esiste una marcata variabilità in termini di performance dei vari ospedali⁵³. In tutte le regioni infatti si osservano ospedali che operano meglio o peggio (anche di svariati punti percentuali) rispetto all'ospedale mediano. Tale risultato ha due importanti implicazioni: da un lato, segnala che è possibile accedere ad un'assistenza altamente qualificata anche in regioni con una performance mediana peggiore della mediana di macroarea, mentre, per contro, è possibile ricevere un'assistenza di qualità scadente anche in regioni con un elevato livello mediano di performance; dall'altro lato, evidenzia l'importanza di effettuare analisi di approfondimento all'interno di ogni regione volte ad identificare gli ospedali meno efficienti o che erogano trattamenti inappropriati⁵⁴, al fine di comprenderne le motivazioni e proporre poi soluzioni adeguate a risolvere i problemi riscontrati.

In terzo luogo, la Figura 4 consente di identificare le regioni che operano meglio o peggio rispetto alla mediana di area. Guardando alla proporzione di parti con taglio cesareo primario, al Nord si osserva che la provincia autonoma di Trento ed Emilia-Romagna hanno performance migliori rispetto alla mediana, Piemonte, Lombardia e Friuli-Venezia Giulia hanno performance pari al valore mediano, mentre le restanti regioni presentano valori dell'indicatore leggermente peggiori della mediana. Rimanendo al Nord e guardando alla quota di interventi chirurgici per frattura del collo del femore avvenuti entro due giorni,

⁵³ Su questo aspetto si veda Turati G., "Spesa sanitaria e produttività", in Dell'Aringa C., Guerrieri P. (a cura di), *Inclusione, produttività e crescita. Un'agenda per l'Italia*, Il Mulino, Bologna, 2019, pp. 637- 663.

⁵⁴ Si veda, tra gli altri, Canta C., Piacenza M., Turati G., (2006), *op. cit.*; Barbetta G.P., Turati G., Zago A., (2007), *op. cit.*; Di Giacomo M., Piacenza M., Siciliani L., Turati G., (2017), *op. cit.*; Berta P., Martini G., Piacenza M., Turati G., (2020), *op. cit.*; Cavalieri M., Di Caro P., Guccio C., Lisi D., "Does Neighbours' Grass Matter? Testing Spatial Dependent Heterogeneity in Technical Efficiency of Italian Hospitals", *Social Science & Medicine*, 2020, 265, n. 113506; Barra C., Lagravinese R., Zotti R., "Exploring Hospital Efficiency within and between Italian Regions: New Empirical Evidence", in *Journal of Productivity Analysis*, 2022, 57(1), pp. 269-284.

si può notare come Piemonte, province autonome di Trento e Bolzano, Veneto ed Emilia-Romagna presentino performance simili o migliori rispetto alla mediana, mentre le altre regioni si collocano al di sotto della mediana, in alcuni casi con valori sensibilmente più bassi (Liguria, Friuli-Venezia Giulia). Spostandoci al Centro, le regioni che performano meglio rispetto alla mediana sono Toscana, Umbria e Marche per quanto riguarda l'indicatore sulla quota di tagli cesarei, mentre troviamo Toscana, Marche e Lazio se guardiamo alla classifica che si origina dall'indicatore relativo alla proporzione di interventi chirurgici per frattura del collo del femore avvenuti entro 2 giorni dal ricovero. Infine, al Sud e Isole si osserva che la Campania è l'unica regione che mostra una performance peggiore della mediana di area in termini di parti cesarei (con la Basilicata *best performer*), sebbene presenti un valore allineato alla macroarea per quanto riguarda gli interventi tempestivi per frattura del collo del femore, rispetto ai quali Basilicata, Calabria e Sardegna presentano invece delle performance marcatamente peggiori. Infine, la Puglia è l'unica regione della macroarea per la quale si riscontra una performance migliore della mediana rispetto ad entrambi gli indicatori.

5. Considerazioni finali

A conclusione di questo studio sull'organizzazione dei servizi ospedalieri in Italia, volendo provare a riconciliare le differenze osservate tra le regioni in termini sia di esiti di salute che di appropriatezza e qualità delle prestazioni fornite con la tassonomia dei diversi modelli organizzativi regionali analizzati nella sezione 2.2, si può affermare che non sembra esserci una chiara correlazione tra l'adozione di una determinata soluzione organizzativa - più o meno indirizzata verso un modello verticalmente de-integrato e con un maggiore o minore coinvolgimento dei fornitori privati - e il livello di performance rilevato. Si è visto infatti che esistono delle regioni con modelli organizzativi formalmente simili (Tabella 2), che mostrano tuttavia valori molto diversi degli indicatori relativi agli interventi di cura della salute (es. Campania, Calabria e Lombardia; Liguria ed Emilia-Romagna), così come invece emergono performance comparabili anche per regioni che hanno recepito in modo differente le linee nazionali di riforma del SSN a livello "micro" discusse nella sezione 2.1 (es. Toscana, Veneto e Lombardia).

Come sottolineato nella discussione dedicata ai contributi della teoria economica sugli effetti della concorrenza nel mercato delle prestazioni sanitarie (sezione 3), l'effettiva capacità di un modello maggiormente orientato verso i "quasi-mercati" di condurre a risultati migliori in termini di benessere sociale e contenimento dei costi, rispetto ad un modello più tradizionale di tipo integrato, dipende dalle particolari

condizioni del contesto in cui viene implementata una specifica soluzione organizzativa. In tale prospettiva, la qualità delle istituzioni politiche e di mercato e, a scendere, del management incaricati della *governance* dei sistemi sanitari regionali, in particolare dell'industria ospedaliera, viene ad assumere un ruolo centrale nel determinare effettivi miglioramenti di performance⁵⁵, come implicitamente suggerito anche dal persistente divario tra le regioni del Centro-Nord e quelle del Sud e, in qualche misura, anche dalle differenze di performance osservate tra regioni diverse all'interno della stessa macroarea.

⁵⁵ Francese M., Piacenza M., Romanelli M., Turati G., (2014), *op. cit.*

Rivista di Politica Economica

La Rivista di Politica Economica è stata fondata nel 1911 come “Rivista delle società commerciali” ed ha assunto la sua attuale denominazione nel 1921. È una delle più antiche pubblicazioni economiche italiane ed ha sempre accolto analisi e ricerche di studiosi appartenenti a diverse scuole di pensiero. Nel 2019 la Rivista viene rilanciata, con periodicità semestrale, in un nuovo formato e con una nuova finalità: intende infatti svolgere una funzione diversa da quella delle numerose riviste accademiche a cui accedono molti ricercatori italiani, scritte prevalentemente in inglese, tornando alla sua funzione originaria che è quella di discutere di questioni di politica economica, sempre con rigore scientifico. Gli scritti sono infatti in italiano, più brevi di un paper accademico, e usano un linguaggio comprensibile anche ai non addetti ai lavori. Ogni numero è una monografia su un tema scelto grazie ad un continuo confronto fra l'editore e l'*Advisory Board*. La Rivista è accessibile online sul sito di Confindustria.

Redazione Rivista di Politica Economica

Viale Pasteur, 6 - 00144 Roma (Italia)

e-mail: rpe@confindustria.it

<https://www.confindustria.it/home/centro-studi/rivista-di-politica-economica>

Direttore responsabile

Silvia Tartamella

Coordinamento editoriale ed editing

Paola Centi

Adriana Leo

La responsabilità degli articoli e delle opinioni espresse è da attribuire esclusivamente agli Autori. I diritti relativi agli scritti contenuti nella Rivista di Politica Economica sono riservati e protetti a norma di legge. È vietata la riproduzione in qualsiasi lingua degli scritti, dei contributi pubblicati sulla Rivista di Politica Economica, salvo autorizzazione scritta della Direzione del periodico e con l'obbligo di citare la fonte.

Edito da:



Confindustria Servizi S.p.A.

Viale Pasteur, 6 - 00144 Roma