

Abstract

I Sistemi Sanitari Europei sono sottoposti da alcuni anni a penalizzanti tensioni economico/finanziarie dovute sia agli elevati debiti pubblici sia al ciclo economico non favorevole. Tale situazione assume maggior rilevanza nei Paesi in cui i Sistemi Sanitari sono pubblicamente finanziati. Nonostante le suddette condizioni i Sistemi Sanitari sono stati e sono impegnati a perseguire gli obiettivi propri di miglioramento dello stato di salute della popolazione, di garanzia ad un accesso equo ai servizi sanitari, di un uso efficiente ed economico delle risorse ad essi assegnate, di perseguimento di un sistema di finanziamento più equo, di miglioramento della qualità delle cure e appropriatezza dei trattamenti sanitari. Tra le condizioni economico/finanziarie non agevoli e l'impegno al perseguimento degli obiettivi sopra indicati i Sistemi Sanitari Europei sono stati oggetto di numerose e radicali riforme, e a questo non ha fatto eccezione il Sistema Sanitario Italiano, soprattutto a partire dagli anni '90. Gli obiettivi principali delle riforme sanitarie Italiane, ma non solo in Italia le riforme hanno avuto luogo, sono stati l'istituzione di un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) pubblico, più anteriormente, nonché la creazione di "quasi mercati", ovvero la separazione tra acquirenti e fornitori di servizi, la razionalizzazione della rete ospedaliera, l'introduzione di sistemi di finanziamento ospedaliero diversi dai sistemi precedentemente adottati sia per le strutture pubbliche che private accreditate, l'istituto dell'accreditamento, il proseguimento del processo federalista, soprattutto di natura fiscale, che sta attribuendo alle Regioni Italiane sempre maggiore autonomia sia dal lato della spesa sia dal lato delle fonti di finanziamento in sanità, per citarne alcuni dagli anni '90 in poi.

In queste diverse circostanze sono emerse alcune problematiche alcune delle quali, segnatamente legate agli ospedali dei Paesi Europei, sono state affrontate nella letteratura empirica di natura economica di cui se ne è tenuto presente nel Capitolo Primo. In esso è presente una revisione della letteratura empirica economica sulla efficienza, tecnica, di scala e di scopo, nel settore sanitario, trattata con metodologie di frontiera di tipo non parametrico (principalmente la DEA e FDH). Ne risulta una trattazione piuttosto ampia, che ha riguardato gli ospedali europei. Meno numerosi sono invece i lavori sugli ospedali Italiani. In riferimento alle tematiche di efficienza, per l'Italia esistono lavori che hanno scritto di efficienza tecnica (ad es. Schiavone (2008)), altri hanno indagato gli effetti che gli schemi d'incentivo introdotti per gli ospedali italiani nel 1995 (DRG) hanno avuto sull'efficienza degli ospedali pubblici e privati (Barbetta, Turati, Zago (2007)), altri invece hanno puntato l'attenzione sulla efficienza tecnica degli ospedali di specifiche Regioni, la Lombardia ad esempio (Giuffrida, Lapecorella, Pignataro (1999)), altri ancora si sono occupati degli effetti della competizione, introdotta dalle riforme degli anni '90, sulla efficienza tecnica (Cellini, Pignataro, Rizzi (2000)). Altri hanno tenuto ben presente la distinzione della componente medica e della

componente assistenzialistica nel processo produttivo ospedaliero (Fabbri (2000)). Dalla revisione della letteratura empirica, compiuta nel Capitolo Primo, emerge in modo evidente la mancanza di analisi di efficienza nel tempo, che abbia fatto uso di tecniche non parametriche. Il Secondo Capitolo della presente tesi tenta di colmare tale vuoto nella produzione scientifica, applicando l'indice di Malmquist, stimato con tecniche fondate sulla Programmazione Lineare (la DEA), per stimare i guadagni potenziali di efficienza e produttività per gli ospedali a gestione diretta ASL in Italia. Lo studio potrebbe considerarsi un contributo al dibattito, ancora attuale in Italia (e soprattutto in alcune Regioni in cui si registrano significativi disavanzi sanitari), sulla razionalizzazione della rete ospedaliera. Gli elementi che caratterizzano lo studio, oltre a quello citato sopra è l'analisi degli outliers e l'uso dell'ICM (Indice di Case Mix) a livello ospedaliero pubblico, per tener in considerazione la complessità della casistica trattata. Le evidenze mostrano che in media gli ospedali a gestione diretta ASL hanno guadagni potenziali di efficienza stimati tra il 20-30 % (in linea con alcune evidenze empiriche presenti in letteratura), mentre leggermente più incerto è la direzione (miglioramenti o peggioramenti) e la misura che l'efficienza tecnica ha avuto nel tempo. Emerge invece che la complessità della casistica ospedaliera trattata ha l'effetto di ridurre il numero di ospedali interamente efficienti.

Il Capitolo Terzo mutando il punto di osservazione affronta la problematica dell'efficienza nella produzione aggregata degli outcomes di salute per la popolazione da parte delle Regioni Italiane. In questo studio, diversamente che nel precedente, è direttamente considerato uno degli obiettivi per i Sistemi Sanitari Regionali, ovvero prima ancora che il miglioramento dello stato di salute della popolazione, il suo mantenimento. L'assunzione in prima analisi è nella direzione del mantenimento attuale dello stato di salute della popolazione cercando di ridurre le risorse sanitarie a disposizione dei diversi Sistemi Sanitari Regionali (SSR). Tale impostazione è supportata dalla considerazione già fatta in precedenza, ovvero che in un clima di tensioni economico/finanziarie, una della priorità del breve-medio periodo per i Sistemi Sanitari Regionale, dovrebbe essere quello di far fronte alla crescente spesa sanitaria regionale in ottemperanza, relativamente al peso della spesa sanitaria nel bilancio pubblico, dei vincoli europei sul debito e sul deficit pubblico, ancor prima, ma non secondo in termini di importanza, del miglioramento dello stato di salute, considerato in questo studio un obiettivo fondamentale ma necessariamente di lungo periodo. Aumentare la speranza di vita ad esempio è un obiettivo strettamente legato e alla ricerca medica e allo sviluppo di tecnologie medico/sanitarie, senza trascurare il fatto che la vita umana non è affatto infinita.

La coerenza di fondo del lavoro di tesi, e mantenuta salda alle considerazioni appena citate anche nello studio sugli ospedali, in cui si precisa il punto di vista dell'uso efficiente delle risorse e non alla espansione degli output ospedalieri (ovvero dei ricoveri). Per questo secondo studio (sulle

Regioni) emerge preliminarmente che non tutte le Regioni hanno necessità di ottenere guadagni di efficienza potenziale per le stesse risorse, in secondo luogo l'influenza di fattori socio-economici-demografici regionali, quali ad esempio l'indice di invecchiamento di una regione, piuttosto che la quantità di rifiuti in kg procapite regionale ecc, non è ben definita e nella misura e nella direzione. Tale risultato appare influenzato dalla specificazione del modello econometrico impiegato, oltre che la violazione delle assunzioni canoniche sui residui stimati e sull'indipendenza degli errori.

In conclusione il lavoro di tesi è il tentativo di dare un contributo ad alcune questioni in sanità ancora aperte e di non facile soluzione, e a cui, come già sottolineato nell'introduzione, l'attenzione è ancora insufficiente tra gli attori. Tra queste 1) l'individuazione dei determinanti della spesa sanitaria, 2) i determinanti di salute, 3) il finanziamento della sanità pubblica, 4) la razionalizzazione della rete ospedaliera e lo sviluppo dei servizi di assistenza territoriale 5) il perseguimento razionale/efficiente dell'obiettivo di miglioramento/mantenimento dello stato di salute della popolazione, sono tra le più rilevanti. Con il primo lavoro si è cercato di dare un contributo al dibattito sulla razionalizzazione della rete ospedaliera, senza trascurare la consapevolezza dei rischi e delle accortezze necessarie prima di dare indicazioni di policy. Il secondo lavoro anche se non direttamente, ha affrontato l'aspetto della efficienza nell'uso delle risorse, che non sia la spesa, nella produzione degli outcomes di salute, misurati a livello regionale.

Guardando al lavoro di tesi in una ottica unitaria sia il primo che il secondo lavoro sono dei confronti, compiuti, con l'approccio di sub-livello per il lavoro sugli ospedali e a livello superiore per quello sui sistemi sanitari regionali. Entrambi hanno però come riferimento più ampio il sistema sanitario, le cui parti sono le singole organizzazioni sanitarie piuttosto che i singoli, seppur non isolati SSR.