

ottenuto, per quanto rappresentino un primo tentativo di indagare l'impatto delle riforme che hanno interessato il settore, mostrano in effetti un miglioramento dei livelli di efficienza di costo tra il 2000 e il 2004, calcolati stimando una frontiera di costo di *best practice* per le 22 ASL e le 7 Aziende Ospedaliere (AO) operanti in Piemonte.

Il lavoro è strutturato come segue. Nel paragrafo 1 si descrivono brevemente i provvedimenti normativi regionali che regolano il settore dei servizi ospedalieri in Piemonte. Nel paragrafo 2 si passa in rassegna la letteratura empirica sull'efficienza degli ospedali, concentrandosi in particolare sui contributi che hanno per oggetto il nostro paese. Il paragrafo 3 raccoglie la nostra verifica econometrica: si descrivono dapprima i dati utilizzati per poi prendere in esame le variabili e la specificazione del modello; si discutono infine i risultati. Il paragrafo 4 raccoglie alcune brevi considerazioni conclusive.

#### 1. LA REGOLAMENTAZIONE DEI SERVIZI OSPEDALIERI IN PIEMONTE

In questo paragrafo si fornisce un quadro sintetico della regolamentazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR) in Piemonte per quanto attiene all'attività ospedaliera; si guarda cioè all'implementazione a livello regionale di alcune delle riforme "micro" emanate a livello nazionale. Da questo punto di vista, almeno tre sono gli aspetti rilevanti: in primo luogo, viene analizzata la normativa che disciplina l'accesso al mercato delle cure sanitarie da parte di soggetti privati; in secondo luogo, si guarda alla riorganizzazione dell'offerta pubblica e al ruolo delle ASL; infine, si esamina la remunerazione dei produttori (pubblici e privati), mediante la fissazione di tariffe e la stipula di accordi contrattuali. Tutti questi fattori contribuiscono infatti a influenzare il perseguimento dell'efficienza da parte dei produttori pubblici e privati.

Per quanto riguarda il primo aspetto, l'accesso al mercato per la fornitura di servizi ospedalieri da parte di soggetti privati, la Regione Piemonte ha stabilito con la D.C.R. n. 616/2000 i requisiti minimi per l'*autorizzazione* all'esercizio dell'attività sanitaria, validi sia per

le strutture pubbliche sia per le strutture private; tali requisiti sono quelli fissati dal D.P.R. 14.01.1997, in quanto compatibili con la precedente L.R. n. 5/87. I requisiti previsti per l'*accreditamento* delle case di cura private sono sostanzialmente gli stessi, anche se ad essi si aggiungono alcuni criteri di tipo organizzativo, strutturale e territoriale la cui rispondenza viene giudicata attraverso apposite "schede di valutazione". L'accreditamento era inizialmente provvisorio; la D.G.R. n. 31-8105/2002 ha definito però i criteri per l'accreditamento in via definitiva; infatti, a partire dal 2003, sono state accreditate definitivamente alcune case di cura. L'ente cui è demandato il controllo dei requisiti è la ASL sul cui territorio si trova la casa di cura. Questa struttura normativa ha portato ad un ruolo del privato non marginale nella regione: il numero di posti letto di istituti privati accreditati sul totale dei posti letto (per acuti e per lungodegenti) a disposizione del SSR rappresenta circa il 20% nel 2003, con un aumento di qualche punto percentuale rispetto alla fine degli anni Novanta; un dato in linea con quello medio nazionale.

La struttura industriale del mercato dell'assistenza ospedaliera è però influenzata soprattutto dall'offerta pubblica. Da questo punto di vista, la riforma *bis* del SSN all'inizio degli anni Novanta puntava a replicare il modello introdotto nel NHS inglese dei "quasi-mercati", attraverso la scorporazione degli ospedali (i produttori) dalle ASL (i finanziatori) ed una riorganizzazione complessiva del ruolo delle ASL. Su questo aspetto, la risposta delle regioni è stata differenziata, tanto che alcuni autori parlano esplicitamente di diversi "modelli regionali di sanità" proprio guardando al modo in cui le regioni hanno implementato la riforma prevista a livello nazionale (p.e. Mapelli, 1999). In questo quadro, la Lombardia è la regione che viene ricordata per la maggiore "apertura" al ruolo disciplinante del "mercato", avendo ridotto il numero dei posti letto "integrati" all'interno di una ASL ad un mero 9,9% nel 2002 (cfr. tabella 3 in Guccio, 2005). All'estremo opposto, limitandoci alle regioni più grandi ed escludendo quelle a Statuto Speciale, troviamo p.e. il Veneto o la Toscana, con rispettivamente l'80,9% e il 75,2% dei posti letto ancora "integrati" nelle ASL. Il Piemonte si