

quando il modello include la qualità dei ricoveri. La maggior parte dei presidi si trova inoltre ad essere sottodimensionata, mentre le AO sembrerebbero avere un'efficienza di scala più elevata. Anche Barbetta e Turati (2001) usano dati relativi alle strutture ospedaliere della Lombardia per l'anno 1998. Gli autori rilevano una forte correlazione fra i risultati ottenuti con il metodo DEA e quelli ottenuti con la metodologia delle frontiere stocastiche quando le variabili di input e di output sono specificate nello stesso modo. Si evidenzia inoltre una relazione positiva fra il numero di posti letto e l'efficienza; infine, questo studio non evidenzia legami significativi fra forma proprietaria e *performance* in termini di efficienza produttiva.

Da questa breve rassegna sembrano emergere alcune conclusioni rilevanti sull'efficienza dell'industria ospedaliera in Italia: in primo luogo, tutti i lavori – in un modo o nell'altro – trovano la presenza di economie di scala non sfruttate dai produttori; in secondo luogo, le AO sembrano caratterizzate da livelli di efficienza maggiori rispetto ad altre tipologie di ospedali, mentre risultati più contrastanti si osservano nei confronti tra pubblico e privato (nonprofit e for-profit); infine, l'efficienza tecnica parrebbe peggiorare dalla metà degli anni Novanta, cioè dopo l'introduzione della riforma del sistema di pagamento degli ospedali. La letteratura italiana si è però sempre concentrata sulla nozione di efficienza tecnica e non ha mai provato a studiare l'efficienza in termini di costo delle strutture ospedaliere. In questo lavoro proviamo a compiere un primo passo in questa direzione.

3. ANALISI DELL'EFFICIENZA OSPEDALIERA IN PIEMONTE

3.1 *Struttura del campione e costruzione della base dati*

I dati utilizzati nell'analisi econometrica sono stati forniti dalla Regione Piemonte e fanno parte dei Flussi Ministeriali, un insieme di informazioni che ogni Regione è tenuta a trasmettere al Ministero della Salute. Essi riguardano l'attività produttiva e la struttura di costo delle 22 ASL e delle 7 AO attive sul territorio piemontese nel periodo 2000-2004; coprono quindi tutto il comparto *pubblico* di

fornitura dei servizi ospedalieri per un arco temporale successivo al recepimento della disciplina prevista dalle diverse riforme che hanno interessato il SSN. L'obiettivo della ricerca è studiare l'evoluzione dell'inefficienza complessiva di costo (tecnica e allocativa) durante il periodo osservato, attraverso la stima di una frontiera di costo stocastica (FCS). È bene premettere che, pur non essendo disponibili dati relativi agli anni antecedenti all'avvio della riforma (che avrebbero permesso di costruire un utile campione di confronto), il riscontro di un'eventuale riduzione dei livelli di inefficienza nel tempo, a qualche anno di distanza dall'introduzione del nuovo assetto normativo, potrebbe essere tuttavia ricondotta al sistema di incentivi implementato fra il 1992 e il 1995 e alla terza riforma del 1999, tanto più se si considera che, per diventare pienamente operative, le riforme hanno bisogno di tempo. In altre parole, la cosiddetta "aziendalizzazione" del comparto, l'introduzione del sistema di pagamento basato sui DRG per gli ospedali, ma anche l'introduzione di una qualche forma di federalismo fiscale, potrebbero aver reso sempre più evidente ai produttori di servizi ospedalieri la necessità di eliminare gli sprechi nella gestione delle risorse destinate alla sanità.

Le informazioni relative al numero di posti letto e alla quantità e alla complessità delle prestazioni erogate (numero di ricoveri, peso medio DRG, giornate di degenza) sono state rese disponibili per ogni singolo presidio. Tuttavia, non è stato possibile ottenere una disaggregazione tale per quanto concerne i dati di conto economico e quelli riguardanti il personale, per i quali le informazioni raccolte sono a livello di ASL e di AO. Questo potrebbe rappresentare un limite dell'analisi, poiché - se è vero che l'attività principale delle AO è la produzione di servizi ospedalieri - le ASL svolgono invece una molteplicità di ruoli in campo sanitario, dalla gestione dei presidi fino alla profilassi animale; nel secondo caso, imputare tutti i costi all'attività dei presidi non sarebbe corretto e si richiede pertanto cautela nella scelta dei costi da considerare ai fini dello studio dell'efficienza ospedaliera. Alla luce di tale considerazione, si è proceduto alla costruzione di un database che riunisse i dati tecnici e di costo relativi alle 22 ASL e alle 7