

mercato dei servizi ospedalieri). L'evidenza empirica sembra mostrare come tutte questi interventi volti ad introdurre nel settore gli effetti "disciplinanti" della concorrenza sembrano aver avuto un impatto positivo sull'efficienza tecnica ospedaliera.

Per quanto riguarda l'Italia, già a partire dalla fine degli anni Settanta si segnalano alcuni tentativi di indagare il grado di efficienza degli ospedali. Pionieristico è lo studio di Zamproga (1977), che tenta di applicare indicatori di tipo economico-aziendale a un caso ospedaliero, rilevando peraltro una forte carenza informativa, che ancora oggi costituisce un grave problema per i ricercatori. Negli anni più recenti, invece, la ricerca nel settore si è basata sempre più su tecniche di *benchmarking* di tipo quantitativo già utilizzate nella letteratura internazionale, come appunto la DEA e le frontiere stocastiche. In questo contesto, possiamo distinguere lavori che si sono concentrati su un campione di ospedali distribuiti sull'intero territorio nazionale e contributi che invece hanno focalizzato la loro attenzione su un campione di produttori regionali. Senza alcuna pretesa di esaustività, tra i primi possiamo ricordare p.e. i lavori di Barbetta *et al.* (2004), Fabbri (2003), Guccio e Pignataro (2002), Cellini *et al.* (2000), Galizzi *et al.* (1999); tra i secondi, rientrano p.e. i contributi di Barbetta e Turati (2001), Fabbri (2000), Giuffrida *et al.* (2000). Alcuni di questi studi utilizzano dati *panel*; altri utilizzano dati *cross-section*; è chiaro che le domande cui tentano di rispondere i lavori che rientrano nei due gruppi sono diverse e solo i primi evidenziano l'evoluzione dell'inefficienza nel tempo. Barbetta *et al.* (2004) cercano di sfruttare l'introduzione del nuovo sistema di pagamento per individuare differenze comportamentali fra ospedali pubblici e ospedali privati nonprofit; utilizzando metodi parametrici e non parametrici, mostrano che il livello medio di efficienza tecnica degli ospedali italiani si riduce nel periodo 1995-2000. Gli autori propongono di attribuire questo risultato alla politica di contenimento dei tassi di ospedalizzazione adottata nell'ambito del SSN, che si tradurrebbe in un minor output per gli ospedali; gli stessi autori rilevano però anche una convergenza degli *scores* dei produttori pubblici e privati, il che indicherebbe un effetto positivo della

maggiore concorrenza introdotta nel mercato dal nuovo sistema di pagamento. Sempre in questa direzione si colloca anche il contributo di Fabbri (2000), che per gli ospedali pubblici dell'Emilia Romagna rileva nel periodo 1994-1997 un miglioramento dell'efficienza tecnica fino al 1996, seguito da un peggioramento nel 1997; l'andamento sembra attribuibile - almeno in parte - agli effetti della riforma. La maggior parte dei contributi sviluppati nel nostro paese prova però a concentrarsi sulle caratteristiche della tecnologia e sulle differenze in termini di efficienza di diversi tipi di ospedali. Fabbri (2003), considerando un campione di 775 presidi italiani nell'anno 1999, evidenzia la presenza di economie di scala nel processo di produzione ospedaliero e una maggiore efficienza tecnica delle AO rispetto ai presidi gestiti dalle ASL. Anche Galizzi *et al.* (1999) valutano con la DEA l'efficienza tecnica e di scala degli ospedali italiani per gli anni 1982, 1988 e 1994, individuando una maggiore efficienza delle strutture private rispetto alle pubbliche e di quelle del Centro Nord rispetto a quelle del Sud (anche se i grandi ospedali pubblici del Nord sembrano essere sovradimensionati). Cellini *et al.* (2000) applicano il metodo della DEA su un campione di 1789 ospedali italiani. Il grado di inefficienza medio stimato è molto alto e un numero irrisorio di ospedali si trova sulla frontiera. I maggiori margini di miglioramento riguardano i presidi delle ASL e gli ospedali con attività di insegnamento (contrariamente a quanto rilevato da Guccio e Pignataro, 2002). La maggior parte degli ospedali opera inoltre ad una scala inefficiente; le strutture private sembrano essere meglio dimensionate. Fabbri (2000) nel suo lavoro sugli ospedali pubblici dell'Emilia Romagna rileva anche la presenza di economie di scala (la scala efficiente si ha in corrispondenza di 200 posti letto circa) e una maggiore efficienza tecnica delle AO rispetto ai presidi gestiti dalle ASL; questi ultimi risultano però in genere meglio dimensionati rispetto alle prime, che sperimentano rendimenti decrescenti di scala. Lo studio di Giuffrida *et al.* (2000) usa dati relativi agli ospedali pubblici lombardi nel 1996. L'applicazione della DEA rivela che l'efficienza tecnica delle AO è più elevata di quella dei presidi a gestione diretta, soprattutto