



SECONDA SERIE DI SEMINARI SULLA SANITÀ  
LE TECNOLOGIE DELL'INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE  
COME LEVA PER LA RISTRUTTURAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO

SECONDA SESSIONE  
**Il Rapporto tra Costi, Qualità e Competizione  
nei Sistemi Sanitari basati sull'Informazione**

**SINTESI DEL PROGETTO**

*di Fulvia D'Ippolito, Giovanni Fattore, Francesco Grillo*

ROMA, 16 GENNAIO 2003  
SENATO DELLA REPUBBLICA  
COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ

Il documento sintetizza i contenuti della ricerca *Il rapporto tra costi, qualità e competizione nei sistemi sanitari basati sull'informazione* nell'ambito del ciclo di seminari organizzato da Vision su *Le tecnologie dell'informazione e della comunicazione come leva per la ristrutturazione del sistema sanitario* presso la Commissione Sanità del Senato della Repubblica.

**1. La competizione è, in teoria, la leva per aumentare la produttività di un qualsiasi sistema economico.**

Maggiore informazione e maggiore capacità di scelta da parte dei clienti finali dovrebbero produrre una riallocazione delle risorse disponibili dagli utilizzi meno efficienti (in termini di rapporto tra valore e costo) a quelli che lo sono di più.

Ciò deve valere anche se da un concetto micro-economico di produttività sostituiamo una nozione più generale nella quale per valore si intende il “valore sociale” (ad esempio, maggiore salute nel caso dei sistemi sanitari) e al costo si attribuisce una nozione ampia (di costi, diretti e indiretti, monetari e “psicologici” sostenuti da, ad esempio, cittadini e pazienti).

Le tecnologie della informazione e della comunicazione possono produrre un cambiamento nei fondamentali del sistema proprio perché aumentando – di alcuni ordini di grandezza – informazione e scelta ne aumentano, come Vision ha già argomentato nelle precedenti ricerche, il livello di competizione, modificandone, in teoria, gli assetti e livelli attesi di produttività.

2. **La realtà continua, però, a essere più complessa e non sempre alla teoria sembrano corrispondere i risultati.**

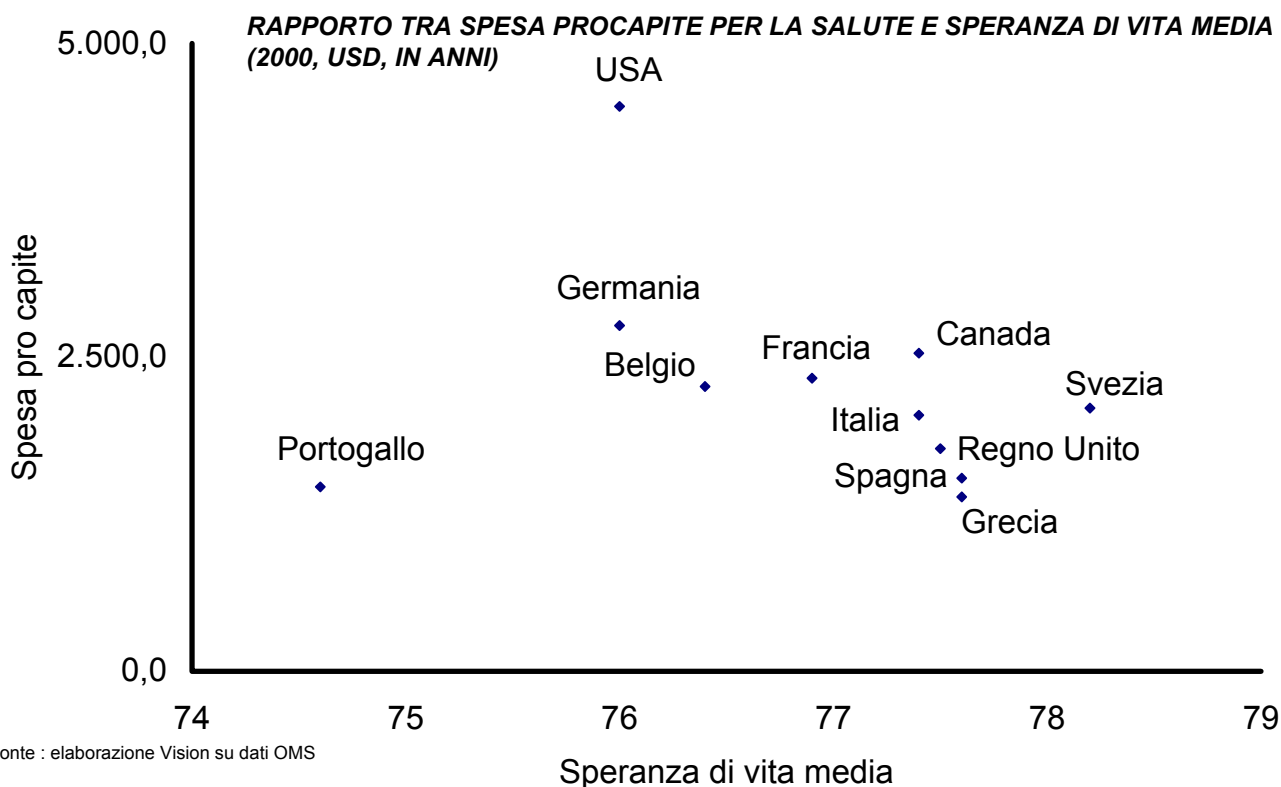
Lo dimostra quello che è forse il paradosso più famoso a proposito di competizione e produttività nei Sistemi Sanitari. Il Paese che più di tutti ha, da sempre, adottato meccanismi fortemente competitivi, anzi quello che, secondo molti, è l'unico Paese – tra quelli avanzati – ad aver (quasi) totalmente affidato al mercato il proprio sistema sanitario, sembra anche essere – altrettanto decisamente - il Paese con la peggiore performance.

La tavola che segue dimostra che un cittadino degli Stati Uniti spende in sanità il doppio di molti altri Paesi per ottenere in cambio una speranza di vita media inferiore.

Il dato è evidentemente da prendere con molta cautela e il rapporto di Vision passa in rassegna tutti gli “errori” statistici e variabili esterne al sistema sanitario (peggiori diete, maggiori tassi di omicidi, ..) che possono “spiegare” il paradosso. Paradosso che peraltro non può far dimenticare che il sistema sanitario americano (e quello della ricerca medica a esso collegato) è comunque strutturato in maniera tale da esprimere delle punte di eccellenza la cui capacità innovativa è un valore assoluto.

Tuttavia le spiegazioni sono parziali, lo dimostra il confronto tra casi simili (costo di simili patologie su persone simili, la comparazione con Paesi con caratteristiche simili).

Rimane la certezza che “qualcosa” - con la soluzione del sistema sanitario totalmente (o quasi) affidato al mercato - non “funziona”.



### 3. L'”errore” sta, secondo Vision, ancora una volta nelle definizioni.

C'è confusione spesso su cosa si debba intendere per competizione.

Essa viene assimilata con altri concetti che significano cose diverse: *privatizzazione*, ad esempio, o, anche, *deregolamentazione*. In realtà si possono avere settori industriali totalmente privati e con scarsa competizione<sup>1</sup>. Alla stessa maniera, ci può essere competizione tra soggetti pubblici<sup>2</sup>.

Se poi ci si concentra sulla questione competizione, anche qui occorre “articolare” il concetto.

Spesso la presenza di condizioni competitive si verifica facendo solo riferimento alla presenza di produttori alternativi o alla quota di mercato che essi detengono.

In realtà, è proprio nella stessa teoria “classica” della competizione che si fa riferimento ad almeno altri tre fattori indispensabili per definire competitivo un mercato<sup>3</sup>: il *potere dei clienti finali* (o intermedi e, ad esempio, di medici di base nel caso della Sanità) nei confronti dei produttori e, in particolare, il *livello* (che deve essere basso) *di accesso* da parte dei clienti all'informazione e alla scelta; la *flessibilità delle capacità produttive* o, in alternativa, la *trasferibilità* dei modelli organizzativi e delle scelte tecnologiche, in maniera tale che “il cerchio si chiuda” con la “sostituzione” del produttore meno efficiente o l'adozione da parte sua dei processi che lo sono di più.

In realtà nei sistemi sanitari queste tre condizioni non sono quasi mai state presenti. Al contrario, la comparazione internazionale dimostra che lungo questi tre macrofattori (a loro volta distinguibili in variabili più piccole) lo scenario è molto articolato e nessun Paese ha ancora raggiunto condizioni di “competizione perfetta”.

**Tabella – Situazione complessiva dei fattori competitivi dei sistemi sanitari nei i Paesi considerati in seguito all'introduzione dei rispettivi modelli di riforma.**

		Italia	Uk	Usa	Svezia
<b>Competitività del sistema offerta</b>	<i>Presenza attuale di prodotti/servizi alternativi</i>	••	••	•••	••
	<i>Sistemi incentivanti</i>	•	••	•••	•
	<i>Barriere all'entrata nuovi soggetti</i>	•	••	•••	•
	<i>Concentrazione geografica offerte sostitutive</i>	••	••	••	•
<b>Informazione e Scelta</b>	<i>Molteplicità di fonti di informazione</i>	••	••	•••	••
	<i>Quantità informazioni su prodotti/servizi</i>	••	••	•••	••
	<i>Qualità informazioni su prodotti/servizi</i>	•	••	•	••
	<i>Accessibilità alle informazioni</i>	•	•••	•••	•••
	<i>Possibilità di scelta</i>	••	•	•••	••
	<i>Elasticità della domanda rispetto al prezzo</i>	•	••	•	••
<b>Trasferibilità configurazioni produttive</b>	<i>Trasferibilità tecnologia</i>	••	•••	••	•••
	<i>Trasferibilità competenze individuali</i>	•	••	•	••
	<i>Trasferibilità competenze manageriali</i>	••	••	•••	••
	<i>Trasferibilità competenze organizzative</i>	•	••	••	•
<i>Effetto sulla intensità della competizione: • = basso, •• = medio, ••• = alto</i>					

Fonte: Elaborazione Vision

<sup>1</sup> Del resto, proprio gli Stati Uniti sono, storicamente, stati il primo Paese a capire – nel 1898 - di dover creare una infrastruttura legale – l'*anti trust* – per evitare questa circostanza. *Anti trust* che, infatti, ha proprio il mercato sanitario come uno dei suoi più corposi ambiti di applicazione.

<sup>2</sup> Ed è quello che progressivamente sta già avvenendo da tempo in Italia e le diverse “revisioni costituzionali” sono di tale processo sociale “solo” il riflesso istituzionale.

<sup>3</sup> Come del resto avverte Adamo Smith in *The Wealth of Nations*.



4. **Lo scenario al quale guardare con maggiore interesse è quello dell'aumento della competizione (e del suo livello di "lealtà") tra operatori pubblici e tra di essi e operatori privati.**

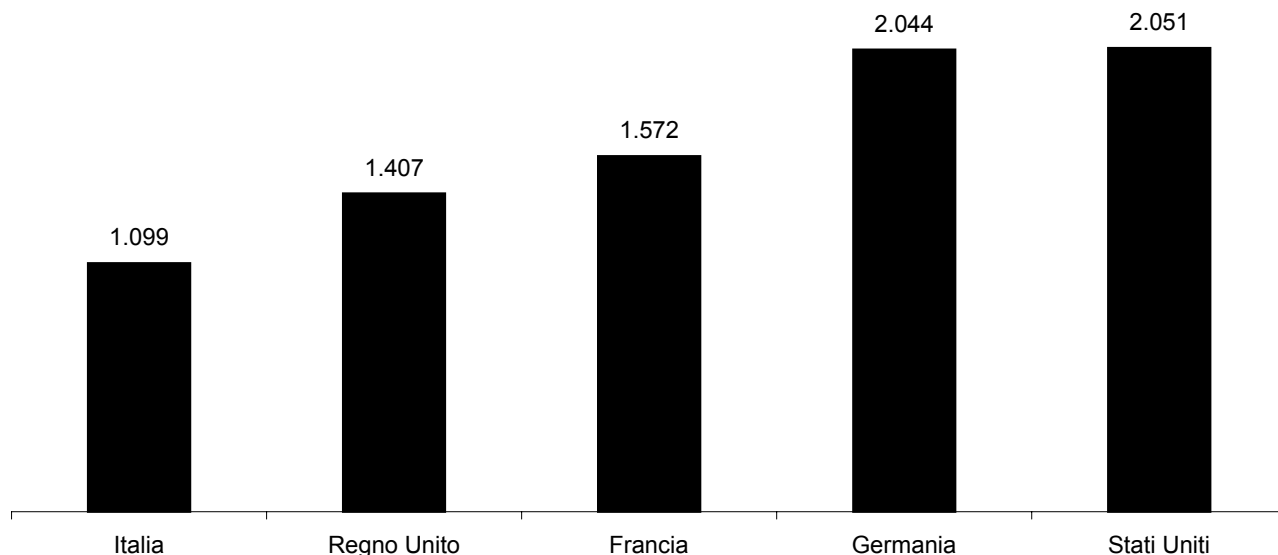
Il problema vero del Sistema Americano sta, sostiene Vision, non tanto nei livelli di competizione (comunque parziali) che esso raggiunge, ma nel fatto che i fornitori di servizi sono prevalentemente privati (tranne per qualche residuale presenza federale o statale): il problema è che, in realtà, nelle attuali condizioni di potere tra pazienti e fornitori di servizio sanitario, il prezzo di mercato di una prestazione sanitaria "tende" a essere molto più elevato di quello che si realizza in un sistema "calmierato" da una forte presenza di fornitori pubblici.

Lo dimostra il confronto, forse meno noto, tra Paesi in termini di spesa "pubblica" pro capite: nel sistema dove i fornitori sono prevalentemente privati, lo Stato finisce col pagare (in Medicaid e Medicare, quindi, in buona parte in rimborsi a operatori privati) ancora di più di quanto non paghino per i propri cittadini sistemi di ben più esteso "welfare" !!.

Il confronto dice che è "normale" che lo Stato paghi per la salute dei propri cittadini, (che peraltro in Italia tale spesa è anche significativamente inferiore a quello dei Paesi con i quali normalmente ci confrontiamo), che tale spesa è più efficace se va nella costruzione di un Sistema certamente misto ma con una significativa presenza "pubblica". Rispetto a un sistema comunque "misto", la competizione e la scelta da parte dei cittadini o dei loro "intermediari" rimane comunque una leva rilevante di ricerca della massima produttività.

È per questo motivo che Vision ha ritenuto assai interessanti i modelli di competizione tra operatori pubblici e tra di essi e operatori privati: quello inglese dell'*internal market* e quello svedese della *public competition*, laddove, spiega la ricerca, i risultati di quest'ultimo sembrano poterne fare il *benchmark* più interessante.

**CONFRONTO PER SPESA PUBBLICA PROCAPITE (2000, USD)**



Fonte : elaborazione Cergas su dati OECD



**5. Rispetto a questo scenario, rispetto alla ricerca dell'equilibrio migliore, bisogna però costantemente considerare come le tecnologie cambino i parametri di riferimento.**

Anche perché questo cambiamento accade assolutamente a tutti i livelli.

Diventa più facile agire su tutti i fattori che rendono un settore realmente competitivo:

- si abbassano le barriere all'entrata e la presenza di offerte alternative si moltiplica;
- diminuiscono, come abbiamo detto, i costi di transazione (*transaction costs*) e diventa assai più facile per pazienti e loro "consulenti" accedere a informazioni e cambiare le scelte;
- aumenta la trasferibilità dei modelli organizzativi e delle competenze e, addirittura, per l'operatore che si dovesse rilevare migliore (più efficiente) diventa possibile fare diagnosi e operazioni a distanza, configurando un futuro nel quale la rapidità con la quale vengono riallocate le risorse tra possibili utilizzi diventa virtualmente infinita<sup>4</sup>.

Tuttavia ancora una volta le tecnologie sono una sola delle due gambe del cambiamento. L'altra è il disegno di *regole del gioco* completamente nuove in grado di garantire che (1) maggiore competizione non si traduca in nuovi monopoli, che (2) maggiore informazione diventi seriamente maggiore *empowerment* del cliente, che (3) la trasferibilità sia lo strumento per garantire a tutti il diritto alla salute.

**Le regole.** La ricerca di Vision si chiude presentando *alcune riflessioni e proposte particolarmente pensate per il caso italiano* e tese a valorizzare la competizione come strumento per promuovere il cambiamento nel funzionamento delle aziende secondo obiettivi di efficienza nell'utilizzo delle risorse, efficacia delle prestazioni offerte ed equità nell'accesso ai servizi. Esse sono così sintetizzabili:

**6. Più modelli per fini condivisi.**

Non è ormai pensabile che i diversi sistemi sanitari regionali possano adottare un unico modello.

Le differenziazioni attualmente presente e le forti spinte all'autonomia regionale non permettono di concepire modelli nazionali da attuare omogeneamente su tutto il territorio. Le condizioni di omogeneità tra i sistemi regionali non deve essere ricercata tramite l'imposizione centrale di modelli uniformi, ma tramite regole generali che stimolino le regioni ad adottare soluzioni coerenti con il proprio contesto. In concreto, questo significa riorientare l'intervento nazionale su alcune direttrici principali:

- L'affermazione di principi e regole generali che garantiscano in maniera chiara la tutela della salute come diritto nazionale e definiscano in materia esplicita i confini dell'autonomia delle regioni
- La rinuncia ad esercitare la funzione di governo del sistema tramite la normazione di aspetti di dettaglio sugli assetti istituzionali e organizzativi dei sistemi regionali e sull'organizzazione e la gestione delle aziende
- Lo sviluppo di attività volte al monitoraggio, valutazione e disseminazione delle politiche regionali e delle pratiche aziendali al fine di promuovere l'innovazione e, soprattutto, "socializzarla" tra le regioni.

---

<sup>4</sup> Vedi, *Il Ritorno della Rete*, Vision, Editore Fazi, 2001



**7. La definizione di standard operativi minimi che garantiscano la possibilità delle informazioni.**

Una piattaforma tecnologica comune è necessaria per monitorare i sistemi e garantire, non solo la mobilità dei pazienti sul territorio, ma anche la circolazione sull'intero territorio delle informazioni cliniche dei pazienti. Rispetto a questo aspetto appare cruciale che vengano mantenuti standard nazionali per la raccolta, archiviazione e trasmissione dei dati clinici per prevenire che in futuro la mobilità dei pazienti possa essere ostacolata da problemi nella circolazione elettronica di dati.

**8. Mobilità delle risorse tangibili e intangibili.**

Per potere sostanzarsi in risultati socialmente utili, qualsiasi modello di competizione richiede la possibilità di mobilitare risorse tangibili (principalmente il personale) e intangibili (conoscenze). Facilitare la mobilità del personale è quindi una delle precondizioni affinché variazioni della domanda possano associarsi a variazioni delle capacità di offerta. Ma certi aspetti ancora più importanti è il trasferimento delle conoscenze, che non necessariamente richiede la mobilità fisica delle persone anche in virtù delle potenzialità dei moderni sistemi di Information Technology and Communication. In questo senso la competizione tra strutture non deve essere concepita come mero "passaggio" di conoscenza da un soggetto a un altro ma come creazione di "alleanze" tese a creare specializzazioni, sinergie ed economie di scala.

**9. Sistemi di valutazione della performance delle aziende adeguati.**

Gli attuali sistemi di valutazione delle aziende si basano su parametri ancora inadeguati. In particolare, l'equilibrio economico-finanziario, che è condizione necessaria ma non sufficiente per l'economicità delle aziende, deve essere associato a sistemi di misurazione di altri parametri che permettano di valutare l'effettivo contributo al miglioramento della salute, la rispondenza alle attese dei cittadini e l'equità nelle condizioni di accesso. Se la dimensione economico-finanziaria rimane il principale, se non l'unico parametro di valutazione, la competizione rischia di innescare comportamenti perversi con possibili impatti negativi sull'equità e l'efficacia del sistema di tutela della salute.

**10. Il ruolo della libera scelta informata**

Il valore della libertà di scelta è associato alla qualità delle informazioni che i pazienti possiedono e utilizzano. E' quindi necessario che i processi di circolazione delle informazioni sui servizi e i soggetti erogatori vengano maggiormente governati. Occorre promuovere iniziative che facilitino l'accesso dei cittadini a informazioni corrette e rilevanti anche al fine di promuovere una maturazione nella cultura sanitaria della popolazione. Su questo aspetto è sicuramente rilevante il ruolo delle società scientifiche, delle organizzazioni di tutela dei pazienti e dei consumatori e dei mass media.

La competizione, insomma, ancora di più la competizione in una Società profondamente cambiata dalla diffusione delle tecnologie informative, non richiede solo "deregulation" ma "new regulation".

E' infine necessario ricordare che i mercati (a maggior ragione quando assorbono risorse pubbliche) e le dinamiche competitive che li caratterizzano sono il frutto di scelte sociali e quindi anche di regole ben definite. Il mercato non è uno stato naturale e la competizione tra soggetti può avvenire in forme estremamente diverse tra loro, alcune socialmente accettabili e altre no. Promuovere la competizione come strumento per migliorare la performance del sistema sanitario richiede quindi nuove regole, non



l'assenza di regole. In particolare, richiede sistemi di regolamentazione che valorizzino l'autonomia, la libera iniziativa e lo spirito imprenditoriale, ma al contempo assicurino sistemi incentivanti coerenti con obiettivi condivisi di progresso sociale.

\*\*\*\*\*

*Sugli Autori del Paper:*

*FULVIA D'IPPOLITO. Laurea in Scienze della Comunicazione a Siena, tesi in marketing territoriale "L'Approccio di Marca nella gestione e comunicazione delle città. L'esperienza di Palermo", ha collaborato con il Prof. Urbani, Facoltà di Architettura dell'Università di Palermo, a progetti internazionali per la valorizzazione dei centri storici mediterranei e con Sviluppo Italia Sicilia come ricercatore di marketing e copywriter per la comunicazione istituzionale. È in Vision da settembre 2002.*

*GIOVANNI FATTORE. Laurea in Scienze Economiche e Sociali in Bocconi e Master in Health Care Management and Policy a Harvard, è Professore Associato in economia delle aziende e dei sistemi sanitari all'Università "Parthenope" di Napoli e Direttore del Master in International Health Care Management (MIHMEP) della SDA Bocconi. Ha studiato e lavorato alla London School of Economics ed è stato Vice Direttore del CeRGAS Bocconi, dove attualmente svolge attività di ricerca. Ha pubblicato numerosi saggi sull'economia dei sistemi sanitari in riviste Italiane e internazionali.*

*FRANCESCO GRILLO. Laurea in Economia alla LUISS, Fulbright Student presso la Boston University, dove ha conseguito un Master in Organizzazione Aziendale, ha lavorato a Londra con la Bank of Tokyo come responsabile del mercato italiano, ed è stato poi dirigente delle Società di Consulenza McKinsey. È direttore di Vision fin dalla sua nascita nel 1999.*

\*\*\*\*\*

## **Bibliografia di riferimento**

AA. VV. *Vision. Una nuova definizione di benessere: obiettivi possibili per il policy making europeo*, Pomel, 3 luglio 1999, Roma.

ANESSI PESSINA E., CANTÙ E., JOMMI C. *New funding arrangements in the Italian National Health Service*, International Journal of Health Planning and Management 2002

BLENDON R.J., LEITMAN R., MORRISON I., DONELAN K.. *Satisfaction with health systems in 10 countries*, Health Affairs 1990; 9(2): 185-92.

DE LEUW N., GREENBERG G. *United States. In: OECD Health Care Systems*. Paries: OECD 1994.

ENTHOVEN A.C. (Stanford University) *The Fortune 500 Model for Health Care: Is Now the Time to Change?*, Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 27, No. 1, February 2002, Duke University Press.

FATTORE G. *Il sistema sanitario statunitense: innovazioni e crisi del modello di mercato*, Mecosan 1992.

FATTORE G. *Sistemi di competizione amministrata nel SSN: modelli di finanziamento a tariffa e modelli negoziali*, Mecosan 1996.

FATTORE G. *Cost Containment and structural reforms in the Italian National Health Service*. In MOSSIALOS E LE GRAND J *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate. 1999.



FATTORE G. E LONGO F., *Le tendenze evolutive nei sistemi sanitari regionali: analisi di alcuni Piani Sanitari rappresentativi*, in Anessi Pessina E., Cantù E. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Rapporto OASI 2002. Milano: Egea 2002.

FOTAKI M. *The Impact of market oriented reforms on choice and information: a case study of cataract surgery in outer London and Stockholm*, Department of Social Policy and Administration, London School of Economics and Political Science, Elsevier Science, 1999.

GRILLO F. *Il ritorno della Rete: la sfida ai sistemi sanitari*, Fazi Editore, Roma 2001

GRILLO F. D'IPPOLITO F., *La qualità dell'informazione sanitaria in Internet*, Documento di presentazione del seminario omonimo, svoltosi presso la Commissione Igiene e Sanità, Senato della Repubblica, 22 novembre 2002, Roma.

LEGA F., LONGO F. *Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto*, Mecosan 2002.

PROPPER C. ET AL. *Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-1999*, University of Bristol, October 2002.

SKELTON A.G. *The Relationship among Cost, Quality and Competition: an Analysis of Obstetrics Services in Missouri Hospitals*, Journal Health Care Finance, Vol. 24 No. 1, 1997.

STONE D. (Brandeis University) *Managed Care and the Second Great Transformation*, Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 24, No.5, October 1999, Duke University Press