

Proposta per una articolazione della riflessione sulla regolazione pubblica degli erogatori pubblici e privati, alla luce delle prime discussioni interne al gruppo di lavoro

Il bisogno di regolazione in campo sanitario: un quadro teorico generale

La *dottrina economica* insegna che emergono ragioni di interesse pubblico, e quindi di intervento pubblico, laddove in un mercato si manifestino segni di *fallimento*, quali la presenza di potere monopolistico, l'esistenza di esternalità, la carenza di informazioni sui produttori e sui prodotti, l'eccessiva competizione tra produttori o l'insufficiente informazione del consumatore e il ricorso a rapporti di agenzia. In campo sanitario queste condizioni tendono a verificarsi, rendendo l'area dell'assistenza sanitaria una tipica occasione di fallimenti del mercato.

In un lavoro di una decina di anni fa ripreso da Taroni (2002), Arrow spiega il fallimento dei mercati dei servizi alla persona con il tendenziale *disallineamento* tra (i) luogo della *decisione* di consumare (a livello individuale o collettivo), (ii) luogo nel quale gli *effetti* del consumo si manifestano e sono percepiti come *benefici* dell'intervento o come *spese* necessarie per il suo finanziamento, e (iii) luogo nel quale sono detenute le *informazioni* ottimali per assumere le scelte e/o per valutarne gli effetti. Nel caso dell'assistenza sanitaria, la questione dello scollamento tra disponibilità dell'informazione, decisione ed effetti del consumo, assume una rilevanza speciale, per la difficoltà di conoscere la *dimensione qualità* del bene sanitario scambiato, e si manifesta tanto a livello individuale quanto a livello istituzionale. La soluzione ai problemi di agenzia e di osservabilità della qualità del servizio prestato non necessariamente passa per la copertura da parte del settore pubblico dell'intero mercato sanitario, ma evidenzia la necessità di adeguati *interventi di regolazione pubblica*, ad esempio delle *caratteristiche strutturali* e/o di funzionamento (es. programmi di accreditamento) e dei *risultati* (es. programmi di pubblicazione dei risultati finali dell'assistenza).

La *partecipazione di soggetti pubblici e di soggetti privati* nel mercato sanitario non deve esser evitata, dunque, ma deve esser *adeguatamente governata*. E come ricorda Longo (2009) in un recente contributo sul ruolo delle aziende sanitarie pubbliche e private, le forme di regolazione e governo dei due soggetti devono tener conto delle diverse *finalità istituzionali* perseguite dagli erogatori privati (la produzione dei servizi e la remunerazione degli investitori) rispetto a quelle perseguite dalle aziende pubbliche (la rappresentazione dell'interesse pubblico e la definizione delle priorità sociali, oltre alla produzione dei servizi), le quali impongono di includere anche il *giudizio* soggettivo e politico degli stakeholders, nella definizione delle *forme di governo e controllo*, oltre alle *valutazioni di performance* che valgono per i privati.

Un ulteriore contributo alla definizione del *contesto* per la riflessione sulla regolazione in campo sanitario è offerto dal citato lavoro di Taroni di qualche anno fa, laddove descrive la dispersione di poteri e controllo che oggi caratterizzano l'organizzazione sanitaria per effetto di: (i) molteplicità delle *professionalità* coinvolte nei moderni processi di produzione di assistenza, ciascuna rivendicante proprio grado di autonomia professionale; (ii) esigenza di *soggetti terzi* che si prendano carico del *finanziamento* dei molto costosi fattori produttivi necessari, i quali rivendicano un proprio grado di controllo sui termini delle transazione, in termini di partecipazione alla regolazione (anche in conflitto con l'autonomia professionale) fino al potere monopolistico di proprietà esclusiva dei fattori di produzione; (iii) esistenza di un *interesse collettivo*, potenzialmente in conflitto con l'*interesse individuale* del singolo che richiede assistenza per la possibile incompatibilità tra domanda espressa dal singolo con le esigenze della collettività.

Quest'ultimo elemento di potenziale *conflittualità interna* al sistema, da governare, diventa tanto più pressante in un *contesto di raffreddamento economico* e di esigenza di contenimento della spesa pubblica, che mette al primo posto l'obiettivo della *sostenibilità economica del SSN* e la

ricerca dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse per la garanzia dei livelli di assistenza. Ricerca, che a sua volta impone il perseguimento di un equilibrio tra rispetto della *autonomia* e incentivo alla *responsabilità* rispetto alla garanzia degli obiettivi, dei valori e dei principi del Ssn, nei confronti dei soggetti che operano ai *vari livelli del sistema*.

Il bisogno di regolazione nella specificità sanitaria italiana

Dalla prima discussione in seno al gruppo di lavoro sono emersi alcuni *concetti* che appare opportuno richiamare in premessa a questa prima proposta per una articolazione del lavoro, al fine di tenerne conto nel condurre i prossimi approfondimenti.

Portare a unità

E' stata sottolineata l'esigenza, rispetto agli *strumenti della regolazione*, di individuare soluzioni che nel tendere a *portare ad unità il sistema a livello centrale*, lo orientino al riconoscimento delle professionalità e alla evoluzione delle tecnologie, all'empowerment e al miglioramento della gestione e amministrazione

Una regola vs più regole

Tuttavia, è stato anche suggerito l'opportunità di *abdicare alla regola unica* e di considerare l'esigenza di prevedere piuttosto più regole.

La diversità delle scelte regionali

A fronte del riferimento al *quadro normativo nazionale, definito dal dlgs 229/99*, per la definizione del tema della regolazione pubblica si impone di considerare l'*evoluzione dei sistemi di governance* nelle diverse realtà regionali (cfr. Mapelli-Formez, 2007), che tuttavia rende più difficile l'analisi per la diversità nelle scelte normativo-amministrative di attuazione pratica della regolazione.

Le diverse capacità di governo

La frammentazione del modello suggerito dal quadro normativo nazionale osservabile a livello regionale, risponde alle diverse letture ma anche a profonde diversità delle capacità di governo.

Tanto da portare a proporre un esercizio di *funzioni di governo anche da parte dello Stato*, accanto alle Regioni.

Il bisogno di un nuovo quadro normativo

La variabilità nella evoluzione dei modelli a livello regionale suggerisce l'opportunità di interventi di ridefinizione del quadro di riferimento, che corregga la attuale *manca di coerenza tra la competizione prevista dal quadro normativo e la realtà consolidata* nelle regioni dopo le riforme degli anni novanta, che indebolisce la definizione di adeguati strumenti di governo dei sistemi

Il bisogno di trasparenza e di valutazione

E' stata sottolineata la ancora diffusa *insufficienza di meccanismi di valutazione* all'interno del Ssn e *carezza di trasparenza* che ancora connota il sistema sanitario, e in particolare di sistemi di misurazione sistematica dell'outcome, che si ritiene indeboliscano sia le capacità di empowerment del cittadino, sia le capacità di governo del sistema e la corretta allocazione delle risorse.

Al riguardo si ricordano, da un lato, gli impegni presi anche dall'Italia in ambito OMS Europa con la partecipazione alla stesura e la firma della *Carta di Tallinn*, in materia di sviluppo della valutazione delle performance in campo sanitario quale priorità riconosciuta da tutti i paesi membri al fine di garantire una migliore sostenibilità ed equità dei propri sistemi sanitari. Dall'altro lato, si richiama l'attenzione da porre nella definizione dei meccanismi di valutazione dell'outcome in campo sanitario, per l'estrema variabilità e complessità dei contenuti delle attività assistenziali che comportano un elevato rischio di distorsione interpretativa.

Il ruolo della agenda sotterranea

Nell’ambito del SSN si deve tener conto anche dell’influenza che opera il *mondo delle regole non codificate della politica*, che inquinano le logiche e i meccanismi di regolazione codificati e creano un agenda “sommersa” di priorità, ai vari livelli di governo.

Il bisogno di nuove forme di istituzioni

Una prima indicazione emersa rispetto alla *comparazione con realtà internazionali* è che si circoscriva ad aspetti della governance e a contesti simili, dai quali poter utilmente imparare; un esempio è quello della concezione di *istituti*, che in Italia appare obsoleta, e la individuazione di *soggetti dedicati alla valutazione*, tra soggetti esterni e soggetti emanati dalle istituzioni.

A completamento degli argomenti di contesto utili nell’affrontare la questione della regolazione pubblica degli erogatori sanitari, si ritiene di aggiungere alcuni temi che costituiscono tuttora dei *nodi irrisolti* del Ssn (e non solo), quali: la mancanza di **chiarezza** circa alcuni obiettivi e caratteristiche di fondo del sistema (es. ruolo del settore privato; ruolo della libertà di scelta; ..); la **coerenza** tra sistemi di **incentivi** attivati dalle modalità della regolazione pubblica (es. modalità di remunerazione degli erogatori vs qualità dell’assistenza e vs continuità assistenziale, per l’azione di fenomeni di *cream skimming, cherry picking, etc.*); la **capacità di enforcement** della regolazione, sia per “forza giuridica” degli strumenti usati (es. peso del contenzioso relativo ai provvedimenti sulle tariffe), sia per la autorevolezza, solidità, condivisione delle misure adottate (es. appropriatezza prescrittiva); l’azione delle spinte verso la **frammentazione** delle risposte ai bisogni di assistenza.

Schema analitico della buona regolazione in campo sanitario. Gli obiettivi, gli ambiti e i soggetti, i vincoli di coerenza, i tempi e gli strumenti della regolazione. I contributi pervenuti hanno proposto uno *schema analitico della buona regolazione*, che si propone quale “griglia di lettura” delle tematiche di interesse fin qui segnalate nella realtà delle scelte, sia nazionali e regionali, sia internazionali.

Nell’analisi della regolazione in campo sanitario occorre tener presente che il settore è caratterizzato da elementi di mercato e rigidità connesse alla natura sociale del servizio. Per questi motivi, la regolazione è influenzata dalle indicazioni normative e giurisprudenziali derivanti dall’*ordinamento comunitario*, oltre che ovviamente dalla normativa relativa al SSN, ancorché non sempre questi piani siano perfettamente coordinati tra loro.

1. Il quadro normativo comunitario nella sua evoluzione recente

L’interesse a livello comunitario per il tema del rapporto fra servizi sociali (e sanitari) e concorrenza si è manifestato soprattutto a partire dal 2006, vale a dire da quando in ambito comunitario si è formalmente riconosciuto, sia pure con fasi alterne e non senza più di una contraddizione, il carattere economico dei servizi di interesse generale (categoria cui vengono normalmente ricondotti, appunto, i servizi sociali e sanitari).

Al carattere economico delle attività di interesse generale consegue infatti la necessità di garantirne una organizzazione conforme ai principi ed alle regole in materia di concorrenza e di mercato interno, mentre la deroga a tale regime può essere ammessa solo in via eccezionale, e unicamente nel caso in cui il mercato concorrenziale osti alla specifica missione loro affidata.

Consegue altresì l’applicazione delle norme sulle libertà di stabilimento, di circolazione e di prestazione dei servizi, nella misura in cui le attività considerate siano ricondotte a quelle di cui agli artt. 43 e 49 TCE (come in effetti la Commissione europea ha fatto¹, con due distinte comunicazioni

¹ Anche alla luce della giurisprudenza della Corte di giustizia (secondo la quale ogni prestazione erogata a fronte di retribuzione è qualificabile alla stregua di attività economica, e così pure qualsiasi attività che consista nell’offrire beni o

del 2006, sia per i servizi resi nel campo sociale - in quanto forniti dietro remunerazione - sia in particolare per quelli sanitari), e ferma restando, in materia di libertà di stabilimento, la deroga di cui all'art. 45 TCE «per [...] le attività che [...] partecipino, sia pure occasionalmente, all'esercizio dei pubblici poteri». Le riferite considerazioni determinano poi la necessità di aprire un confronto anche con gli artt. 50, 52, 53 e 54, contenenti indicazioni sulla definizione della nozione di «servizi» ai sensi del Trattato e sulla loro liberalizzazione, a prescindere dalla relativa qualificazione come attività di interesse generale ai sensi del diritto comunitario. Nel 2000 era stata tuttavia la stessa Commissione, nella Comunicazione sui servizi di interesse generale in Europa, a precisare che i servizi di interesse economico generale si differenzierebbero dai «servizi ordinari» contemplati dall'art. 50 «per il fatto che le autorità pubbliche ritengano che debbano essere garantiti anche quando il mercato non sia sufficientemente incentivato a provvedervi da solo». Con ciò lasciando intendere che «il mercato non sia, in molti casi, il miglior meccanismo per ottenere tali servizi». Questo a riprova delle fasi alterne e spesso contraddittorie che negli ultimi hanno caratterizzato la posizione delle istituzioni e della giurisprudenza comunitaria in materia.

Al riconoscimento del carattere economico dei servizi sociali e sanitari consegue infine il rilievo della materia, in via di principio di signoria dei singoli Stati membri, per l'ordinamento comunitario, essenzialmente sotto i profili dell'accesso degli operatori al mercato, delle regole di funzionamento del mercato esistente, dei sistemi di raccordo fra i *providers* in esso operanti e dei sistemi di finanziamento e di retribuzione delle prestazioni.

2. Gli obiettivi della regolazione in sanità.

Tenendo presente la duplice conformazione del settore sanitario, è possibile ipotizzare quattro *tipi di regolazione*:

- a) quella “di sistema”, che ha l'obiettivo di garantire il rispetto dei LEP definiti sul piano normativo, l'utilizzo efficiente ed efficace delle risorse economiche e il coordinamento delle altre forme di regolazione;
- b) quella “economica”, che si prefigge di definire modalità eque di accesso al mercato dei *provider* privati e regole di concorrenza;
- c) quella “sociale”, che è finalizzata all'individuazione di regole di organizzazione (e che riguarda anche le modalità di utilizzo dei fattori di produzione) e alla garanzia di un equo accesso degli utenti alle prestazioni del SSN;
- d) quella “di garanzia”, che mira ad assicurare la qualità delle prestazioni e la tutela degli utenti.

3. Gli ambiti della regolazione.

Tre sono gli ambiti della regolazione che si rintracciano nel SSN: *statale, regionale e locale*. Per ciascun ambito esiste un punto ottimale di intervento, che va verificato, tenendo conto, tuttavia, che la stessa distinzione tra i tre livelli è suscettibile di aggiustamenti dinamici.

Procedendo ad una prima ricognizione approssimativa e semplificata, possiamo dire che:

- in ambito *statale* si tratta di *garantire l'accesso paritario agli utenti* e la definizione dei tratti essenziali del sistema pubblico, sia di quello obbligatorio sia di quello integrativo;
- diversamente, in ambito *regionale* è necessario *organizzare sul territorio l'offerta* dei servizi e la distribuzione delle risorse, comprese quelle provenienti da sistemi integrativi di finanziamento;
- in ambito *locale*, infine, è richiesto di *assicurare* concretamente le prestazioni.

Quanto sinora evidenziato delinea un sistema complesso che si muove tra garanzie unitarie ed esigenze di differenziazione; nella sua articolata composizione tutto ciò può fornire elementi

importanti per la valutazione della buona regolazione: per esempio, la mobilità territoriale di operatori e utenti potrebbe essere considerata come un indice di qualità del sistema.

4. I soggetti di regolazione per livelli : la questione della terzietà

Sotto il profilo soggettivo, il primo aspetto da considerare è la concentrazione in ambito locale delle funzioni di regolazione con i compiti di fornitura dei servizi; diversamente, in ambito statale e regionale tale commistione non si presenta poiché i regolatori non forniscono servizi.

Pertanto, mentre in ambito statale e regionale si presentano le condizioni classiche di una *regolazione potenzialmente imparziale*, ciò non avviene nei livelli territoriali più circoscritti. Ciò determina almeno due tipi di distorsione: una riferita al mercato e l'altra all'utenza. La prima si ripercuote infatti sugli assetti concorrenziali e sul rapporto con gli altri operatori; la seconda ha effetti sulla qualità del risultato e sull'efficienza dei servizi.

Questo dato è un elemento necessario del settore sanitario oppure la **terzietà della regolazione** è un valore da preservare in ogni caso? La risposta non può essere univoca: vi è, infatti, una parte dei servizi (prestazioni ambulatoriali, analisi) per i quali certamente il rafforzamento del ruolo terzo del regolatore, e quindi della parità effettiva degli operatori, può essere perseguito con maggiore determinazione.

Meno certa è la risposta per altri tipi di servizi (alcuni servizi ospedalieri, pronto soccorso, ecc.) nei quali la presenza del soggetto pubblico è indispensabile.

In riferimento a questi occorre valutare se è preferibile mantenere una soluzione istituzionale di commistione dei ruoli oppure perseguire un assetto di garanzia della terzietà consapevoli, tuttavia, che la regolazione in questo caso non può che essere asimmetrica.

Entrambe le ipotesi presentano punti di forza ed elementi di debolezza: per la prima agli elementi di debolezza che si sono già evidenziati fanno fronte alcuni vantaggi che sono dati dalla maggiore coerenza tra obiettivi e soluzione istituzionale; la seconda ha il vantaggio di ripetere un assetto che è quello proprio della regolazione, ma avrebbe lo svantaggio di assegnare al soggetto terzo obiettivi eterogenei, in parte allocativi e in parte distributivi.

5. Il rapporto tra regolazione e “governo clinico”

Il tema del rapporto tra valutazione politica o tecnica della regolazione si collega, per un verso, sul piano organizzativo, con la scelta di chi è chiamato a operare e, per un altro, su un piano più funzionale, con la scelta della destinazione delle risorse pubbliche. Con riferimento al primo aspetto occorre tener conto che la natura tecnico professionale dell'attività sanitaria giustificherebbe una limitazione netta dell'ingerenza politica (per esempio nella scelta dei dirigenti sanitari sarebbe opportuno introdurre procedure trasparenti); in merito al secondo, invece, la buona regolazione richiede un equilibrio più articolato tra la domanda di servizi che viene dal territorio e l'effettiva analisi dei bisogni.

6. I tempi, i modi e gli strumenti della regolazione

I tempi, i modi e gli strumenti della regolazione sono fattori che risentono ovviamente della natura degli obiettivi che la regolazione è tenuta a soddisfare, come ricordati nel punto 1.

Con riferimento agli obiettivi “di sistema”, la regolazione comporta la predisposizione di strumenti e la misurazione dell'attività (ad esempio, l'organizzazione e l'elaborazione di un sistema di informazioni) e richiede il coinvolgimento dei diversi attori della regolazione.

Per quanto concerne gli obiettivi di natura economica, la ‘buona regolazione’ può avvalersi di tecniche varie. Accanto alle forme classiche di regolazione autoritativa, si può ipotizzare l'utilizzo di incentivi/disincentivi, strumenti consensuali e strumenti di *soft law*. Qualora ci si avvalga, invece, degli strumenti autoritativi, la regolazione deve essere caratterizzata da bassa discrezionalità e da una definizione chiara e preventiva delle condizioni.

Se si prendono in considerazione obiettivi di natura sociale, gli strumenti della regolazione non differiscono da quelli descritti per la regolazione economica se non per l'intensità del loro uso. Qui, infatti, è maggiore il ricorso a strumenti autoritativi e in generale la regolazione è caratterizzata da un maggior grado di discrezionalità (programmazione dell'impiego delle risorse rilascio degli atti amministrativi condizionato da una valutazione del fabbisogno di salute nei territori).

Per quanto riguarda, infine, gli obiettivi che abbiamo definito “di garanzia”, essi possono essere perseguiti da una regolazione che, accanto a strumenti *ex ante* (quale ad esempio la carta di servizi), faccia frequentemente ricorso a strumenti *ex post* (controlli; gestione di contenziosi, ecc.). Pur se in linea di principio forme consensuali di intervento non sono da escludere a priori, come è per esempio nel caso della conciliazione, tuttavia la regolazione in questo caso assume prevalentemente natura autoritativa.

L'ANALISI DELLE TEMATICHE DI MAGGIORE INTERESSE

La proposta di articolazione dei prossimi contributi si risolve nella lettura dei modelli nazionale, regionali (senza pretesa di esaustività, ma selezionando realtà paradigmatiche) ed eventualmente esteri, con riferimento ad alcuni temi fin qui emersi come di maggiore interesse, secondo la griglia sopra delineata. (La attribuzione dei contributi è stata confermata solo con i partecipanti agli incontri e deve esser confermata da parte degli assenti)

IL CASO DELLE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI (CIVITARESE, D'ANGELOSANTE)

Nel quadro sin qui delineato il modello delle sperimentazioni gestionali assume un peculiare profilo di interesse (e pertanto ad esso si può dedicare specifica attenzione), in quanto si inserisce nel panorama delle tradizionali formule organizzative ammesse prevedendo, per gli operatori del settore, la possibilità di introdurre delle nuove parzialmente connotate in termini di atipicità. La possibilità di optare per forme di sperimentazione gestionale è stata per la prima volta contemplata, nel settore sanitario, dall'art. 9 *bis* del d. lgs. 502/92, introdotto dall'art. 11 del d. lgs. 517/93 e successivamente sostituito dall'art. 11 del d. lgs. 229/99. L'art. 9 *bis* pone peraltro dei limiti allo strumento della gestione sperimentale. Esso consente infatti alle regioni ed alle Province autonome, in conformità ai Piani sanitari, di autorizzare «programmi di sperimentazione aventi a oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato». Precisa però che i «limiti percentuali alla partecipazione di organismi privati» devono essere fissati «in misura non superiore al quarantanove per cento» e che il rapporto è in ogni caso disciplinato, anche ove non si adotti il modello societario, da apposita «convenzione di sperimentazione». Dispone infine che, al di fuori dei programmi di sperimentazione gestionale, «è fatto divieto alle aziende del Servizio sanitario nazionale di costituire società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute».

Il modello eterogeneo delineato dall'art. 9 *bis* si affianca, come già accennato, alle forme di gestione dirette (assunzione del servizio da parte della struttura pubblica oppure da parte di altre strutture, talvolta facendo uso ancora dello strumento della convenzione e talaltra all'esito di procedimenti quali l'accreditamento istituzionale seguito dall'accordo contrattuale) ed indirette (esercizio della prestazione da parte di strutture prive di nesso organizzativo con l'amministrazione titolare del servizio, all'esito di procedimenti quali l'autorizzazione all'esercizio).

Ma è con specifico riferimento alle sperimentazioni gestionali, proprio in ragione del parametro tendenzialmente atipico delineato dall'art. 9 *bis*, che assumono particolare rilievo una

serie di *questioni problematiche*, le quali a loro volta devono indurre ad interrogarsi, nella prospettiva e per le ragioni sin qui definite:

1. sulla *natura del potere di assenso* del programma di sperimentazione;
2. sulla *fungibilità/equivalenza dei soggetti privati accreditati e non accreditati* quali *partners* ammissibili alla sperimentazione;
3. sul rapporto fra *principio concorsuale e modalità di individuazione del soggetto privato* con cui avviare la sperimentazione e/o fra *principio concorsuale e modalità di affidamento del servizio*, anche in relazione alla distinzione fra appalto pubblico di servizio e concessione di pubblico servizio ed alle conseguenti distinzioni in materia di disciplina applicabile (regole generali dell'evidenza pubblica, specifiche norme del codice dei contratti pubblici applicabili ai servizi sociali e sanitari, art. 30 del codice medesimo, art. 13 del c.d. decreto Bersani), nonché in relazione alla natura della attività oggetto di sperimentazione;
4. sul rapporto fra *principio concorsuale, modulo della società mista, modulo dell'affidamento in house* e categoria del partenariato pubblico-privato;
5. sugli *ambiti di attività* per l'esercizio dei quali sia utilizzabile il modello delle sperimentazioni.

A partire dagli elementi di disciplina desumibili, in via immediata o attraverso la risposta agli interrogativi poc'anzi elencati, dal citato art. 9 *bis*, si potrebbe quindi cercare di analizzare la relazione sussistente fra il parametro organizzativo delle sperimentazioni e gli ulteriori elementi:

- i) delle *caratteristiche del mercato della gestione/erogazione* dei servizi sanitari in relazione all'*accesso* (anche con riferimento alla contendibilità dei mezzi di produzione);
- ii) delle *caratteristiche del medesimo mercato* in relazione alle *condizioni per operarvi* dopo l'accesso (anche con riferimento al finanziamento delle attività ed alla retribuzione delle prestazioni, ai provvedimenti di secondo grado aventi ad oggetto i trasferimenti economici e gli atti di 'abilitazione' all'accesso, al rapporto fra caratteristiche del mercato e principio pattizio nella definizione delle condizioni per operarvi, alla libertà di scelta - da parte degli utenti - degli attori presenti nel mercato considerato).

IL CASO DEI SISTEMI DI REMUNERAZIONE (ARCANGELI)

Elementi del sistema : definizione delle prestazioni e delle funzioni; la conoscenza dei costi di produzione; manutenzione del sistema; i controlli ex post,

I molti *ruoli* delle tariffe: (i) regolamentazione degli scambi e allocazione delle risorse; (ii) regolamentazione della domanda (strumento di programmazione orientamento dei consumi); (iii) regolamentazione dell'offerta, in termini di tipologia e volumi di attività e di selezione implicita degli erogatori

Indicazioni normative a livello *nazionale*: (i) evoluzione del sistema di remunerazione a prestazione, da strumento di regolamentazione degli scambi in un modello orientato alla competizione interna, a strumento per il contenimento della spesa; (ii) caratteristiche attuali del sistema di remunerazione e della sua manutenzione, criteri e modalità di determinazione delle tariffe nazionali

Forme diverse di utilizzo a livello *regionale*: modalità di determinazione delle tariffe; articolazione delle tariffe e differenziazione tra erogatori; ruolo delle funzioni assistenziali;

Indicazioni dalle realtà *internazionali*: introduzione di incentivi alla *qualità*; processi di localizzazione dei sistemi di classificazione delle prestazioni a fini di remunerazione.

Analisi di casi, attraverso la griglia proposta: ospedaliera; ambulatoriale; residenziale.

**IL CASO DELL'ACCREDITAMENTO
(GIGLIONI, CONTICELLI)**

**LE SPECIFICITÀ DEL MODELLO DELLA LOMBARDIA
(GRIGLIO ?)**

**IL CASO DEI SISTEMI DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE
(NUTI ?)**

**LE AZIENDE SANITARIE NELLE REALTÀ DEL SSN
(PIOGGIA, PONTI?)**

**LE ISTITUZIONI PER IL GOVERNO E LA VALUTAZIONE
(LABATE)**