

# Introduzione

di Alessandro Petretto

## 1. L'economia sanitaria nella teoria economica e nei processi di riforma

La disciplina economica che si occupa della tutela sanitaria e della salute sta vivendo un periodo particolarmente fulgido, sia per la considerazione che riscuote nel campo degli studi teorici di economia, sia per i mutamenti degli assetti istituzionali che investono quasi tutti i principali paesi industrializzati e di recente anche importanti paesi in via di sviluppo.

Sotto il profilo della teoria economica, l'economia della salute è divenuta nel corso di questi ultimi anni una sede privilegiata in cui alcune tematiche fondamentali si sono confrontate: dalla teoria delle scelte in condizioni di incertezza all'economia dell'informazione imperfetta, dalla teoria dell'organizzazione industriale all'analisi dell'intervento pubblico in condizioni di second best, dalla teoria della crescita all'analisi dei modelli a generazioni sovrapposte (Petretto, Bariletti e France, Balestrino). Importanti occasioni di confluenza di discipline collaterali all'economia politica, quali la giuridica e la filosofica, sono poi fornite dall'analisi dell'intervento pubblico nei vari campi della tutela della salute (Bavetta).

Per quanto riguarda l'evoluzione recente dei sistemi sanitari, si è trattato principalmente di innovazioni istituzionali tese ad introdurre elementi di concorrenza all'interno della pubblica amministrazione e tra soggetti pubblici e privati nell'erogazione dei servizi sanitari (Mappelli). In particolare si è cercato di procedere nella direzione di separare l'attività e la responsabilità delle istituzioni titolari del finanziamento e dell'erogazione dei servizi dall'attività e dalla responsabilità delle istituzioni deputate alla produzione degli stessi (Belli). L'obiettivo dichiarato di questi processi è stato quello dell'*arretramento dello Stato dalla gestione dei servizi*, in un settore strategico come la sanità, pur mantenendo allo Stato la titolarità e la programmazione generale dei servizi stessi. Ci si è, quindi, mossi nella direzione di sviluppare la competizione tra gestori pubblici di servizi consentendo all'ente finan-

ziatore e anche all'utente la scelta tra più alternative pubbliche e private. Un altro obiettivo di tali riforme è quello di definire meccanismi di finanziamento dei centri di spesa in grado di incentivare la produttività e di stimolare forme di confronto e di verifica incrociata tra le unità di prestazione dei servizi sui risultati conseguiti, secondo i dettami della così detta *yardstick competition*. Infine, si è cercato di fornire all'utenza specifiche forme per manifestare la valutazione comparata dell'efficacia dei servizi forniti dalle varie unità produttive e quindi scegliere con consapevolezza la preferita.

## 2. Il contributo della sanità al risanamento della finanza pubblica italiana

Anche per la finanza pubblica italiana, alla stressante ricerca di un suo equilibrio, lo studio dell'economia sanitaria ricopre un ruolo di grande rilievo, per quanto attiene la politica sia di risanamento a breve periodo che di razionalizzazione del settore pubblico di più ampio respiro.

Il settore è stato sottoposto negli ultimi anni a numerosi interventi di contenimento, alcuni anche molto efficaci, come quelli relativi alla spesa farmaceutica che si è ridotta considerevolmente tra il 1992 e il 1995. Per effetto di questi la spesa sanitaria pubblica si è pressoché mantenuta costante in termini monetari. Va ricordato che negli stessi anni il tasso di inflazione annuo è stato in media del 5%, per cui in termini reali la spesa si è contratta considerevolmente. Nei confronti internazionali si ha che la spesa sanitaria pubblica, mentre in Italia ha avuto questo andamento riflessivo, è aumentata in paesi come la Germania, la Francia e lo stesso Regno Unito. Secondo stime recenti la spesa sanitaria pubblica in Italia dovrebbe risalire, a partire dal 1996, ma le principali proiezioni vedono in ogni caso stabilizzarsi il rapporto al PIL intorno al 5,5-5,7%, un traguardo non trascurabile ed incoraggiante, su cui occorre vigilare e semmai insistere per ottenere ulteriori flessioni.

Ad ogni modo, tutti i principali esperti, pur convenendo sulla opportunità di lasciare un po' «respirare» il settore per consentire aggiustamenti strutturali di razionalizzazione, ritengono che il processo di contenimento debba ulteriormente continuare anche nel prossimo futuro, se non altro perché tale processo è risultato fin qui piuttosto squilibrato, in quanto quasi del tutto sopportato dalla spesa farmaceutica e dal rallentamento contingente di alcune spese, come gli acquisti e il personale. Soprattutto, occorrerà far sì che la riforma attualmente

in corso possa incidere in modo determinante sui comportamenti dei principali agenti di spesa (medici, USL, aziende ospedaliere) per eliminare gli squilibri settoriali ed adeguare stabilmente il sistema all'evoluzione demografica di invecchiamento della popolazione.

Per quanto riguarda la *spesa farmaceutica*, non si può immaginare di conseguire ulteriori significativi risparmi nell'immediato, piuttosto occorre sviluppare forme di controllo perché non riprenda a crescere con il ritmo degli anni '80. In particolare, occorre mantenere la logica delle quote di spesa programmate anche per i prossimi anni, perfezionando, nel frattempo, il metodo di determinazione del prezzo, attraverso l'eventuale adozione del «prezzo di riferimento», ma mantenendo la suddivisione nelle tre fasce A, B e C che ha ben funzionato. Inoltre, sarebbe opportuno regolamentare in modo più rigido le esenzioni (di recente estese), nonché accrescere ulteriormente la responsabilizzazione economica della classe medica introducendo *budget* e limiti di spesa per ogni medico fissati a livello regionale (Bordignon).

Per quanto attiene la *spesa per medicina di base*, molto dipenderà dalla nuova Convenzione con i medici generici che dovrebbe, nelle applicazioni regionali, risultare più attenta, di quanto non sia stato in passato, alle conseguenze per la finanza pubblica degli aspetti normativi e retributivi, nonché del modo con cui i medici esercitano la loro funzione di ordinatori di spesa. A questo proposito, appaiono ormai mature, per i medici dipendenti dal SSN, due innovazioni istituzionali: la definizione e l'impiego dei protocolli terapeutici e l'applicazione del principio di incompatibilità del doppio ruolo nel pubblico e nel privato; il conflitto di interessi che spesso si genera dà infatti luogo a disfunzioni e incongruenze nella gestione dei casi trattati.

In merito alla *spesa per prestazioni specialistiche* – una voce che, negli ultimi anni, ha conosciuto (malgrado l'applicazione abbastanza estesa di *ticket*) una dinamica più accentuata di quella della spesa farmaceutica – occorre procedere con coraggio a forme di selezione in base al reddito e in base alla natura delle stesse, fissando liste di priorità e predisponendo forme di razionamento, come già si sta facendo in altri paesi europei.

Ma i risparmi maggiori sono conseguibili con la *spesa ospedaliera*, essendo questo il settore più soggetto alle trasformazioni indotte dalla riforma. In particolare, sono attese iniziative volte a favorire l'adozione da parte delle Regioni di appropriati programmi di riduzione dello *stock* di posti letto, con l'obiettivo di chiudere finalmente gli ospedali minori (costosi e qualitativamente inefficaci) ed eliminare le forme di ospedalizzazione «impropria» (riconversione dei presidi e assistenza domiciliare). Sono, allo stesso tempo, indispensabili manovre di ridu-

zione della domanda di ricoveri ospedalieri attraverso forme di partecipazione alla spesa da parte dei pazienti, per non generare, anche a seguito dell'attesa contrazione dell'offerta, fenomeni di congestione. È utile ricordare, al riguardo, che la domanda di ricoveri ospedalieri, rigida quando indirizzata a forme «proprie» di assistenza, mostra nel complesso una certa elasticità al prezzo, imputabile alla componente «impropria» (per analisi specialistiche, per assistenza residenziale agli anziani, ecc.). In questa ottica, è auspicabile, anche per aumentare la «competitività alberghiera» degli ospedali pubblici, la destinazione di un numero adeguato di posti letto a reparti «paganati», dove i medici possano sviluppare la libera professione. Occorre, quindi, massimizzare gli effetti benefici dei processi di «aziendalizzazione» delle USL e degli ospedali e dell'adozione coerente e responsabile del metodo di pagamento a «tariffa predeterminata» imposto dalla normativa recente (Vanara, Fiorentini-Fabbri e Rebba). Bisogna, infine, condurre una coerente politica dei contratti del personale e l'applicazione effettiva dei programmi di controllo di gestione sulla base di parametri standardizzati definiti a livello centrale e recepiti dalle Regioni.

Ad ogni modo, il vero problema del controllo della spesa sanitaria è connesso alla operatività dei vincoli di bilancio delle unità decentrate (Regioni, USL), dato che la regionalizzazione delle responsabilità viene meno se si ammette il ripiano *ex post* dei disavanzi. Questo fenomeno deriva, come è noto, da tre elementi concomitanti: *i*) un'insufficiente autonomia impositiva regionale; *ii*) il vincolo di destinazione del Fondo sanitario; *iii*) il concetto di responsabilità nazionale nella garanzia dei livelli delle prestazioni, il cui accesso deve essere uniformemente distribuito nel territorio nazionale, come recentemente ribadito dalla Corte costituzionale.

Occorre quindi, se non rimuovere perché fondate su basi legittime, almeno rendere gradualmente meno vincolanti queste tre condizioni, intervenendo ulteriormente sui meccanismi istituzionali su cui si basa il finanziamento e il decentramento del SSN.

### 3. Il faticoso processo di regionalizzazione del sistema sanitario italiano

L'assetto del sistema sanitario pubblico odierno dipende ancora in larga misura dalla riforma progettata ed eseguita nella seconda metà degli anni '70 tramite la legge 833/78. Con tale riforma furono stabiliti i principi di universalità dell'accesso ai servizi sanitari e del

finanziamento pubblico dei medesimi; la responsabilità per la fornitura dei servizi fu accentrata su base territoriale presso le USL, a cui fu affidata in larga parte la produzione dei servizi ospedalieri e diagnostici; mentre per la medicina di base si stabilì la gestione in convenzione.

È opinione comune che il sistema ereditato da tale riforma abbia dato luogo ad una sostanziale insoddisfazione circa la qualità dei servizi prestati e ad un utilizzo inefficiente delle risorse. L'architettura originaria del SSN era in effetti viziata da marcate dissociazioni e asimmetrie tra ruoli di decisione e di finanziamento (rimessi al governo centrale) e ruoli di spesa effettiva (rimessi alle Regioni e alle USL) che non hanno consentito di determinare vincoli finanziari coerenti dal lato dell'offerta. Ritardi negli adempimenti tecnici, carenze informative e ripetuti cambiamenti di metodo hanno fatto sì che il finanziamento del servizio avesse continuamente il carattere della provvisorietà e dell'incertezza. Così si sono registrati sfondamenti ripetuti degli stanziamenti di bilancio prefissati, con interventi successivi di ripiano del disavanzo «sommerso», fino all'instaurarsi della pratica del disavanzo programmatico quale tecnica di governo della spesa sanitaria pubblica, da cui tensioni e conflitti tra i diversi livelli di governo e deresponsabilizzazione generalizzata.

Il problema della «riforma della riforma» è divenuto maturo agli inizi degli anni '90, in particolare a seguito di una serie di interventi legislativi, sfociati nel D.Lgs. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni di cui al D.Lgs. 517 del 7.12.1993, che hanno delineato una nuova struttura di finanziamento del SSN. Secondo tali innovazioni la *programmazione del servizio sanitario* viene ancora attribuita, come nella 833/78, al Piano sanitario nazionale, di durata triennale. Questo deve indicare le aree prioritarie di intervento, i *livelli uniformi* di assistenza sanitaria da assicurare sul territorio nazionale a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione, le misure e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza effettivamente assicurati in relazione a quelli previsti e il modello organizzativo da assumere a riferimento per la determinazione dei finanziamenti dello Stato alle USL.

Il *finanziamento del servizio* è ancora organizzato attraverso la definizione annuale di un fondo – il Fondo sanitario interregionale (FIRS) – la cui determinazione complessiva annuale è collegata ai *livelli uniformi* di assistenza e costituisce il vincolo rispetto al quale risulterebbero determinati i compiti di protezione sanitaria. La ripartizione del FIRS è definita sulla base di una quota capitaria determinata con un sistema di coefficienti parametrici riferiti alla popolazione residente,

alla mobilità sanitaria per tipo di prestazione (ovvero al numero di assistiti che si recano in altre Regioni per ricevere l'assistenza), alla consistenza e allo stato delle strutture e degli impianti e al riequilibrio della dotazione territoriale.

Le Regioni, sulla base della nuova normativa, dovrebbero far fronte con risorse proprie alle spese derivanti dall'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli *uniformi*, definiti dal PSN, nonché agli eventuali disavanzi di gestione. A tale scopo viene loro concesso di aumentare l'aliquota dei contributi sanitari – che dal 1.1.1993 sono attribuiti direttamente alle Regioni in relazione al domicilio fiscale degli iscritti al SSN – e quelle dei tributi di loro competenza, di intervenire sulle modalità di esonero dal pagamento delle quote di partecipazione alla spesa e di aumentare le quote fisse sulle prescrizioni di farmaci e di altre prestazioni. Questo processo di *regionalizzazione* della sanità si accentua nel momento in cui si stabilisce che i criteri di finanziamento delle USL e delle aziende ospedaliere siano fissati, appunto dalle Regioni, avendo come riferimento la popolazione residente e tenendo conto di eventuali condizioni particolari e della mobilità sanitaria. Con questo coinvolgimento diretto delle Regioni si cerca di attenuare il dichiarato intento della legge 833/78 di perseguire obiettivi di uniformità nel riequilibrio territoriale e nell'articolazione della spesa a livello regionale, spostandosi verso quello del soddisfacimento dei bisogni locali della popolazione, con differenziazioni delle prestazioni e del loro finanziamento. Agli squilibri che possono venire a generarsi dovrebbe provvedere un apposito Fondo di riequilibrio destinato a: a) le Regioni con dotazioni di servizi eccedenti gli *standard* di riferimento, riequilibrio da attuarsi nel corso del primo triennio di applicazione del decreto; b) le Regioni particolarmente svantaggiate sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria, con particolare riguardo alla capacità di soddisfare la domanda mediante strutture pubbliche.

L'efficacia di tali elementi di riforma del finanziamento del SSN dipenderà in modo cruciale dalle modalità operative di gestione del nuovo assetto ancora in evoluzione. Nel novembre 1993 il Piano sanitario nazionale è stato finalmente approvato ed è divenuto operativo nel gennaio 1994. L'aspetto forse più delicato, dal punto di vista del finanziamento, è rappresentato dalla definizione dei summenzionati *livelli uniformi di assistenza* che dovrebbero rappresentare la «quota di domanda sanitaria che il SSN si impegna a soddisfare». L'idea dei livelli uniformi compare già con la normativa del 1991, ma è solo con il DPR attuativo della legge n. 438 del 1992 che il governo ha dato luogo alla loro, se pur imperfetta, definizione. In particolare, si è pro-

ceduto alla definizione di sei macro livelli, corrispondenti alle fondamentali funzioni assistenziali del Ssn – prevenzione, assistenza ospedaliera, ecc. – e all'indicazione per ciascuno di essi: *i*) degli obiettivi, *ii*) delle prestazioni che il Ssn deve porre in atto per raggiungere tali obiettivi, *iii*) di un insieme di indicatori che dovrebbero dare una misura del grado di raggiungimento degli obiettivi e *iv*) di un parametro capitaro di finanziamento, uguale per tutte le Regioni<sup>1</sup>, per cui l'ammontare del finanziamento destinato al Ssn scaturisce dal prodotto tra la quota capitaria e la popolazione residente.

L'approccio basato sui livelli uniformi di assistenza si presta a due critiche principali. In primo luogo, tende ad imporre uno stesso modello di consumi sanitari in tutte le Regioni mentre le differenze sono molto marcate. In secondo luogo, non garantisce un'effettiva uguaglianza di accesso ai servizi perché alla parità di spesa pro-capite si dovrebbe associare l'uguaglianza della produttività media dei servizi tra le regioni. Più in generale il criterio non tiene in alcun conto la differenziazione dei rischi di malattia, strettamente connessi alle caratteristiche socio-demografiche della popolazione. Sarebbe auspicabile quindi che la formula allocativa del Ssn fosse rivista per tenere conto, come in altri paesi, dei bisogni della popolazione (Sciclone, Vettorazzi, Leva).

In linea di principio, la differenza tra il livello necessario a finanziare lo *standard* uniforme sul territorio nazionale (quota capitaria complessiva per la popolazione) e l'ammontare dei contributi sanitari raccolti andrebbe a definire le integrazioni a carico del bilancio statale, mentre la spesa sovrastandard dovrebbe essere finanziata dalla Regione con le imposte locali. Tuttavia, i contributi e le integrazioni sono sistematicamente inferiori alle esigenze di finanziamento della spesa storica, per cui si genera un debito delle Usl al cui ripiano provvede *ex post* il bilancio statale, con un modesto contributo delle Regioni. Per il futuro, in assenza di significativi interventi, permarrà la prospettiva di entrate inferiori alla spesa e, quindi, si avrà ogni anno un disavanzo (Artoni e Saraceno).

Il meccanismo contiene incentivi perversi: nella spesa storica sono indistintamente accumulate, oltre che le effettive esigenze di prestazione dei servizi, anche le inefficienze e le distorsioni dei comportamenti delle varie agenzie sanitarie e le Regioni sono indotte a capitalizzare i benefici politici e sociali della spesa senza sopportare il costo

<sup>1</sup> Ad esempio per il 1995 la *quota capitaria* è stata fissata in 1.532.000 lire (+2,5% sul 1994) e per il 1996 in 1.536.000 lire (+2%).

dell'impopolarità del chiedere le tasse. Si tratta del fenomeno dell'*irresponsabilità finanziaria delle Regioni*, originato, come si vede, da motivazioni che l'analisi economica riconduce alla forme classiche dell'*azzardo morale*. Per superare questo stato di inefficienza diffusa è opinione generale che si debba completare la riforma attuandone l'intento iniziale e quindi muovere con più decisione e coerenza nella direzione di un maggior decentramento alle Regioni delle responsabilità finanziarie e di spesa, entro vincoli di bilancio rigidi e credibili.

#### 4. I saggi della raccolta

Questa antologia di saggi – che trae origine dalla sessione sull'economia della sanità organizzata dalla Società Italiana degli Economisti nella riunione annuale del novembre 1995 – propone una serie di contributi che, pur non avendo la pretesa di fornire una trattazione esauriente, riguardano importanti elementi di questa disciplina. I contributi sono in parte teorici e in parte connessi alla specifica realtà istituzionale italiana, attualmente come abbiamo detto in via di mutamento. Per comodità i saggi sono stati raggruppati in tre sezioni.

I. La prima sezione, dedicata ai nessi tra *sanità, analisi economica e intervento pubblico*, fornisce alcuni significativi elementi per studiare questo fenomeno sociale attraverso gli strumenti e le categorie concettuali fornite dall'economia politica e quindi utilizzate dalla politica economica e dalla economia pubblica. Il saggio di A. Petretto, *Recenti filoni teorici e fondamenti dell'economia della salute*, esamina alcuni sviluppi della moderna teoria economica che possono essere considerati come preliminari e di supporto per lo studio dell'economia sanitaria. In particolare vengono sinteticamente trattati cinque campi di studio: la fornitura pubblica di beni privati, i mercati assicurativi, la teoria degli incentivi e della regolamentazione, l'organizzazione industriale e i fondamenti teorici dell'equità. Il successivo saggio di A. Bariletti e G. France, *Economia della sanità: alcuni sviluppi tematici e punti controversi*, formula un quadro sintetico dell'articolazione dell'economia della salute e delle sue tematiche più rilevanti: dalle condizioni che definiscono, da un lato, la domanda e il consumo e, dall'altro, la produzione e l'offerta di tutela sanitaria, ai problemi e metodi della valutazione economica in sanità, e alla definizione degli assetti alternativi di organizzazione e finanziamento dei sistemi sanitari. Le motivazioni dell'intervento pubblico nel campo della sanità sono riferite ai tradizionali elementi di valutazione economica relativi all'*efficienza* e alla

equità delle misure intraprese. In particolare il contributo di A. Balestrino, *L'assistenza sanitaria in un modello di trasferimenti intergenerazionali: non-altruismo, efficienza e intervento pubblico*, analizza attraverso un modello a generazioni sovrapposte a tre periodi (gioventù, età adulta e vecchiaia), dove l'assistenza è una forma di investimento nella salute dei figli, una possibile spiegazione teorica dell'intervento pubblico, nel campo soprattutto della prevenzione sanitaria. Il saggio di S. Bavetta, *Intervento pubblico e trapianti di organi a scopo terapeutico: alcune considerazioni generali*, utilizza l'analisi economica positiva per discutere alcuni argomenti teorici connessi alla regolamentazione di un particolare, sebbene emblematico, settore: i trapianti di organi. L'analisi concerne aspetti di efficienza economica e di tutela dei diritti della persona, due principi che interagiscono e più spesso confliggono nell'economia della salute.

II. La seconda sezione affronta il tema della *ristrutturazione dei sistemi sanitari in senso pro-concorrenziale*, discutendo, con riferimento specifico alla realtà italiana, le implicazioni delle innovazioni istituzionali che sembrano accomunare la «nuova» sanità di molti paesi industrializzati. In particolare, V. Mapelli, *Concorrenza e regolazione del servizio sanitario nazionale*, fornisce una descrizione dei vari modelli teorici di concorrenza amministrata per discutere gli orientamenti di riforma che emergono dalla legislazione italiana e sottolinea alcune incongruenze di questo indefinito progetto riformatore. Il contributo di P. Belli, *La rilevanza della teoria dei diritti di proprietà per lo studio della riforma sanitaria inglese*, affronta, quindi, uno dei nodi centrali della teoria dei quasi-mercati, consistente nella decisione di procedere (o no) alla separazione dei ruoli tra agenti economici coinvolti nel processo di erogazione dei servizi sanitari, facendo riferimento alla teoria moderna dell'impresa basata sull'allocazione dei diritti di proprietà. I due successivi lavori della sezione si soffermano sul meccanismo di finanziamento prospettico adottato anche dal sistema italiano; in particolare F. Vanara, *Sistema di pagamento prospettico per raggruppamenti omogenei di diagnosi: il rapporto intercorrente tra tariffe e costi di produzione*, fornisce un'analisi tecnica ed istituzionale del meccanismo di tariffe adottato in Italia, con particolare riferimento agli incentivi che sottintende, mentre G. Fiorentini, V. Rebba, D. Fabbri, *La regolamentazione della qualità delle prestazioni ospedaliere mediante tariffe: un'analisi dei sistemi di pagamento prospettico*, analizzano sotto il profilo teorico ed empirico la relazione cruciale tra qualità della prestazione e sistema di pagamento prospettico. M. Bordignon, *Medici di base e spesa farmaceutica: prolegomeni per la costruzione di un budget preventivo*

*di spesa*, presenta un modello econometrico per il calcolo di una spesa *standard* per farmaci, prevista per ciascun medico in funzione delle caratteristiche della popolazione assistita. L'istituzione di una forma di *budget* per medico è vista in tale contesto del tutto funzionale alla logica della riforma pro-concorrenziale.

III. La terza sezione è dedicata ad un aspetto, come abbiamo visto nel precedente paragrafo, molto importante per la realtà istituzionale italiana, in quanto connesso alla dimensione regionalistica del *sistema sanitario* e la conseguente politica di *decentramento regionale* dello stesso. La materia è, sotto il profilo istituzionale, in continua evoluzione per cui i saggi risultano in parte superati dall'introduzione di alcuni importanti nuovi istituti, come la nuova imposta regionale (IRAP). Ad ogni modo, i problemi discussi mantengono largamente intatta la loro rilevanza. In particolare, R. Artoni e P. Saraceno, *Finanziamento della sanità e trasferimenti interregionali*, confrontano modelli alternativi di decentramento del finanziamento che consentano una più accentuata responsabilizzazione delle regioni, pur nel rispetto della garanzia di livelli uniformi di assistenza nel territorio; mentre il saggio di N. Sciclone, *Distribuzione regionale della spesa e finanziamento delle risorse nel sistema sanitario nazionale*, propone una verifica della corrispondenza tra distribuzione regionale della spesa e distribuzione regionale dei fabbisogni di assistenza sanitaria, sintetizzati attraverso specifiche tecniche di statistica multivariata. S. Vettorazzi, *Dalla spesa storica alla spesa standard: una valutazione per l'assistenza ospedaliera* e A. Leva, *L'assistenza farmaceutica: un modello interpretativo della variabilità regionale* forniscono, infine, analisi econometriche atte alla definizione di *standard* di spesa regionale in assistenza, con particolare riferimento a quella ospedaliera e a quella farmaceutica, da cui desumere criteri coerenti di distribuzione regionale del finanziamento che superino l'inadeguatezza di quelli attualmente utilizzati.