IL SETTORE SOCIO-SANITARIO E SOCIO-ASSISTENZIALE

Analisi pilota su dimensione, caratteristiche

e organizzazione delle aziende del settore

SEZIONE I

I NUMERI DEL SETTORE

SOCIO-SANITARIO E SOCIO-ASSISTENZIALE

A cura di

INDICE

INDICE DELLE TABELLE 2
INDICE DELLE FIGURE 4
1. Il settore in Italia 5
1.1 Il peso di Fonservizi sul totale Italia 8
1.2 Il campione analizzato 11
2. Aspetti economici e patrimoniali dei servizi socio-sanitari/assistenziali 12
2.1 Valore economico degli enti iscritti a Fonservizi 13
2.1.1 Focus su Farmacie e Altri servizi 18
2.2 Risultati economici della gestione 21
2.2.1 Il Conto economico delle Farmacie e degli Altri servizi 23
2.3 La struttura patrimoniale 25
2.3.1 Lo Stato Patrimoniale delle Farmacie e degli Altri servizi 29
2.4 Analisi degli indici di bilancio 32
2.4.1 Gli indici di bilancio delle Farmacie e degli Altri servizi 37
3. Evoluzione economica e patrimoniale dei servizi socio-sanitari/assistenziali 39
3.1 Andamento dei risultati reddituali 39
3.2 Evoluzione della struttura patrimoniale 42
3.3 Trend degli indicatori di bilancio 44
3.4 Investimenti e fonti di finanziamento 48

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 – Istituti di cura socio-sanitari e socio-assistenziali in Italia 6

Tabella 2 – Istituti di cura socio-sanitari/assistenziali in Italia: distribuzione del personale per qualifica professionale - Anno 2012 7
Tabella 3 – Aziende farmacia in Italia: numero e personale - Anno 2011 8
Tabella 4 – Confronto Fonservizi-Italia 9
Tabella 5 – Confronto campione-Fonservizi 11
Tabella 6 – Composizione delle classi dimensionali per valore della produzione 12
Tabella 7 – Distribuzione per settore degli enti del settore socio-sanitario e socio-assistenziale 13
Tabella 8 – Distribuzione degli enti del settore tra Farmacie e Altri servizi 15
Tabella 9 – Distribuzione per classe dimensionale (volume di fatturato) degli enti del settore 16
Tabella 10 – Distribuzione per area geografica degli enti del settore 17
Tabella 11 – Distribuzione per area geografica e per risultato di esercizio degli enti del settore 18
Tabella 12 – Distribuzione per classe dimensionale e per risultato di esercizio degli enti 18
Tabella 13 – Farmacie - Distribuzione per classe dimensionale 19
Tabella 14 – Farmacie - Distribuzione per area geografica 19
Tabella 15 – Altri servizi socio-sanitari - Distribuzione per classe dimensionale 19
Tabella 16 – Altri servizi socio-sanitari - Distribuzione per area geografica 20
Tabella 17 – Conto Economico complessivo di settore per area geografica (Mgl €) 21
Tabella 18 – Conto Economico complessivo di settore per classe dimensionale (Mgl €) 22
Tabella 19 – Conto Economico per Farmacie e Altri servizi (Mgl €) 22
Tabella 20 – Farmacie - Conto Economico per classe dimensionale (Mgl €) 23
Tabella 21 – Altri servizi - Conto Economico per classe dimensionale (Mgl €) 23
Tabella 22 – Stato Patrimoniale complessivo di settore per area geografica (Mgl €) 26
Tabella 23 – Stato Patrimoniale complessivo di settore per classe dimensionale (Mgl €) 27
Tabella 24 – Stato Patrimoniale per Farmacie e Altri servizi (Mgl €) 28
Tabella 25 – Farmacie - Stato Patrimoniale per classe dimensionale (Mgl €) 30
Tabella 26 – Altri servizi - Stato Patrimoniale per classe dimensionale (Mgl €) 31
Tabella 27 – Descrizione degli indici di Bilancio calcolati 33
Tabella 28 – Indici di Bilancio complessivi del comparto per area geografica 34
Tabella 29 – Indici di Bilancio complessivi del comparto per classe dimensionale 35
Tabella 30 – Indici di Bilancio per Farmacie e Altri servizi 36
Tabella 31 – Farmacie - Indici di Bilancio per classe dimensionale 37
Tabella 32 – Altri servizi - Indici di Bilancio per classe dimensionale 38
Tabella 33 – Confronto tra il campione anno 2013 e il campione serie storica 39

Tabella 34 – Farmacie - Serie storica del Conto Economico (Mgl €) 40
Tabella 35 – Altri servizi - Serie storica del Conto Economico (Mgl €) 41
Tabella 36 – Farmacie - Serie storica dello Stato Patrimoniale (Mgl €) 42
Tabella 37 – Altri servizi - Serie storica dello Stato Patrimoniale (Mgl €) 43
Tabella 38 – Farmacie - Serie storica degli Indici di Bilancio 45
Tabella 39 – Altri servizi - Serie storica degli Indici di Bilancio 46
Tabella 40 – Stima degli investimenti (Mgl €) 48
Tabella 41 – Farmacie - Fonti di Finanziamento (Mgl €) 49
Tabella 42 – Altri servizi socio-sanitari - Fonti di Finanziamento (Mgl €) 50

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1 – Distribuzione del personale per qualifica professionale 7
Figura 2 – Farmacie: percentuale Fonservizi/Italia 9
Figura 3 – Altri servizi socio-sanitari/assistenziali: percentuale Fonservizi/Italia 9
Figura 4 – Distribuzione per settore 14
Figura 5 – Distribuzione del Valore della Produzione tra Farmacie e Altri servizi 15
Figura 6 – Distribuzione degli addetti tra Farmacie e Altri servizi 15
Figura 7 – Distribuzione degli enti del comparto per classe dimensionale 16
Figura 8 – Distribuzione degli enti del comparto per area geografica 17
Figura 9 – Farmacie – Variazioni delle principali voci del Conto Economico (base 2009) 40
Figura 10 – Altri servizi – Variazioni delle principali voci del Conto Economico (base 2009) 41
Figura 11 – Farmacie – Variazioni principali voci dello Stato Patrimoniale (base 2009) 43
Figura 12 – Altri servizi – Variazioni principali voci dello Stato Patrimoniale (base 2009) 43
Figura 13 – Farmacie - Analisi della redditività 47
Figura 14 – Altri servizi - Analisi della solvibilità 47
Figura 15 – Variazione annuale degli investimenti 48
Figura 16 – Farmacie - Variazione su base 2009 delle Fonti di finanziamento 49
Figura 17 – Altri servizi - Variazione su base 2009 delle Fonti di finanziamento 50

1. Il settore in Italia

Prima di illustrare i processi di cambiamento in atto e gli scenari evolutivi previsti, per poi affrontare il tema delle competenze e dei profili professionali tipici del comparto, si ritiene opportuno descrivere l'attuale sistema degli operatori dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, allo scopo di valutarne la consistenza, le caratteristiche e gli aspetti economico-finanziari e patrimoniali, anche attraverso indicatori e indici di bilancio, con l'obiettivo di fornire una fotografia quanto più chiara possibile del settore, sia relativamente all'intero sistema nazionale che alla sola quota di iscritti a Fonservizi.

Nei capitoli che seguono si illustra dapprima il quadro degli operatori dei servizi socio-sanitari e assistenziali in Italia, considerando tutti i soggetti che a qualunque titolo operano nelle diverse tipologie di servizio offerto, per poi proseguire in un'analisi più dettagliata dei soli gestori iscritti a Fonservizi.

Al fine di una migliore lettura delle informazioni e in linea con la diversa natura dell'attività economica svolta dai diversi soggetti (enti o aziende) del comparto (commercio e vendita al dettaglio per i primi ed erogazione di servizi sociali per i secondi), nel corso della ricerca gli operatori sono stati spesso suddivisi in due macro categorie di servizi:

- ✓ Farmacie;
- ✓ Altri servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.

Le informazioni relative al settore in Italia sono state acquisite da fonti pubbliche, quali l'Istat, mentre quelle sugli operatori iscritti a Fonservizi provengono da fonti diverse:

- ✓ i dati anagrafici sono stati estratti direttamente dal database del Fondo;
- ✓ i dati contabili sono tratti dai bilanci pubblicati, reperiti tramite i siti web degli enti, tramite richiesta diretta telefonica o mail, o tramite il database AIDA di Bureau Van Dijk;
- ✓ sempre sui siti web sono state reperite le ulteriori informazioni necessarie ai fini della ricerca, quali, ad esempio, i dati sugli addetti.

Tutte le informazioni sono state raccolte nell'anno 2015. I dati di tipo economico, finanziario e patrimoniale si riferiscono ai bilanci consuntivi dell'anno 2013, in quanto i dati 2014 erano spesso mancanti nel periodo di esecuzione della ricerca. Per quanto riguarda il trend di evoluzione, il data set è relativo al periodo 2009-2013.

Entrando nel merito dell'analisi ed osservando la Tabella 1, risulta che in Italia gli operatori attivi nei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali (escluse le Farmacie) sono circa 7.500 e danno lavoro a quasi 155.000 addetti.

Tabella 1 – Istituti di cura socio-sanitari e socio-assistenziali in Italia

		N. enti/aziende	Personale
Case di cura private (anno 2010)			
Casa di cura privata accreditata		531	83.968
Casa di cura privata non accreditata		30	16.784
	Totale	**561**	**100.752**
Servizi di assistenza sociale (anno 2011)			
Servizi di assistenza sociale residenziale		2.456	33.205
Assistenza sociale non residenziale		4.486	20.688
	Totale	**6.942**	**53.893**
TOTALE Italia		**7.503**	**154.645**

Fonte: elaborazioni Utilitatis su dati Istat

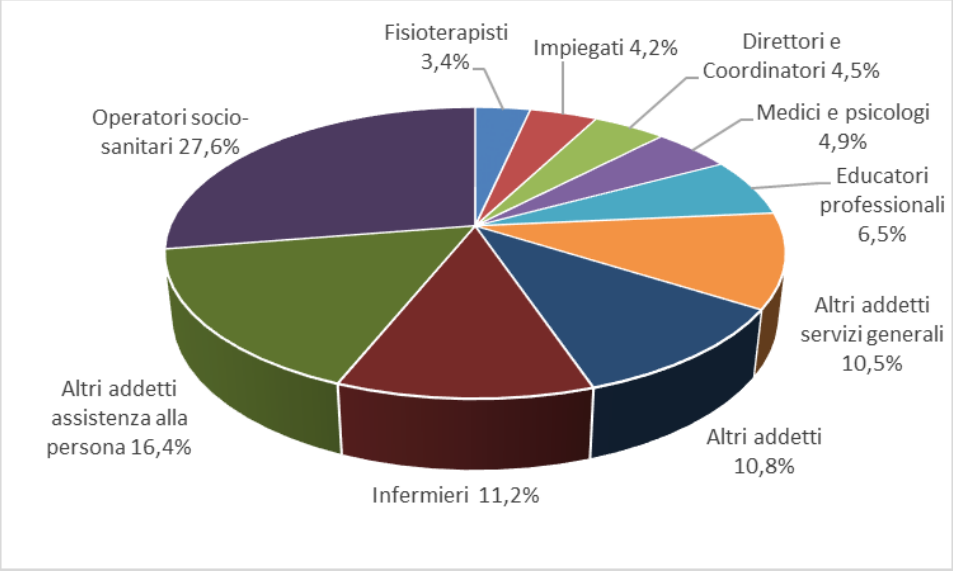
Analizzando la distribuzione del personale per qualifica professionale, informazione utile alla ricerca condotta nei capitoli successivi sulle figure professionali emergenti e sui fabbisogni di formazione, emerge che il 27,6% degli addetti del settore sono operatori socio-sanitari, il 16,4% altri addetti assistenza alla persona, l'11,2% infermieri, il 10,5% altri addetti ai servizi generali, il 6,5% educatori professionali e, con percentuali via via più basse, medici, direttori e coordinatori, impiegati, fisioterapisti, ecc. (Tabella 2 e Figura 1).

Tabella 2 – Istituti di cura socio-sanitari/assistenziali in Italia: distribuzione del personale per qualifica professionale - Anno 2012

Qualifica professionale	Percentuale
Direttori e Coordinatori	4,5%
Impiegati	4,2%
Medici generici	2,2%
Medici specialisti	1,1%
Psicologi	1,5%
Sociologi	0,1%
Assistenti sociali	1,1%
Insegnanti	0,1%
Educatori professionali	6,5%
Animatori	2,0%
Mediatori culturali	0,1%
Infermieri	11,2%
Fisioterapisti	3,4%
Terapisti riabilitazione	0,2%
Logopedisti	0,3%
Operatori socio-sanitari	27,6%
Altri addetti assistenza alla persona	16,4%
Altri addetti servizi generali	10,5%
Altri addetti prepar. distribuz. cibo	3,6%
Altra qualifica	3,4%
Totale	**100,0%**

Fonte: Istat

Figura 1 – Distribuzione del personale per qualifica professionale



Fonte: Istat

Passando alle Farmacie, i dati che emergono a livello nazionale sono quelli descritti nella Tabella 3:

- ✓ in Italia operano attivamente circa 16.500 aziende farmacia (intese come esercizi di vendita al dettaglio di medicinali e parafarmaci, da non confondersi quindi con le aziende farmaceutiche di produzione dei farmaci), di cui circa mille pubbliche, ovvero con uno o più soci di natura pubblica che detengono il totale o la maggioranza del capitale, e la restante parte private;
- ✓ tali aziende occupano oltre 81.000 addetti.

Tabella 3 – Aziende farmacia in Italia: numero e personale - Anno 2011

Tipo di azienda	N. aziende farmacia	Personale
Private (*)	15.406	76.086
Pubbliche (*)	1.020	5.037
Totale Italia	**16.426**	**81.123**

Fonte: stime Utilitatis su dati censuari Istat

1.1 Il peso di Fonservizi sul totale Italia

Per rendere più esaustivo il quadro descrittivo dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali (comprese le farmacie), in questo paragrafo si pongono a confronto i valori di alcune grandezze degli operatori del settore iscritti a Fonservizi, con i valori assunti dalle stesse grandezze a livello nazionale.

I dati utilizzati per il confronto sono riportati nella Tabella 4: il numero di enti/operatori e il numero di addetti che lavorano in tali enti. I dati a livello nazionale sono stati estratti dalla banca dati dell'ISTAT (anni 2010 e 2011), mentre quelli rappresentativi del settore nell'ambito degli iscritti al Fondo provengono da Fonservizi, dalla rilevazione Utilitatis sui bilanci dei gestori e dalla banca dati AIDA Bureau Van Dijk e si riferiscono agli anni 2013-2015.

Dalla lettura della Tabella 4 e dei due grafici successivi (Figura 2 e Figura 3) si rilevano due situazioni molto diverse a seconda che il peso del settore venga calcolato sulla base del numero di operatori o sulla base del numero di addetti.

Sulla base del numero di enti la situazione è la seguente:

- ✓ le farmacie iscritte al Fondo sono il 4,9% delle farmacie pubbliche presenti in Italia;
- ✓ gli operatori iscritti a Fonservizi che erogano gli altri servizi socio-sanitari e assistenziali sono l'1,9% del totale nazionale.

Entrambi i pesi aumentano in maniera molto consistente se si analizzano gli addetti, lasciando quindi supporre che gli iscritti a Fonservizi siano, in entrambi i settori, aziende o enti mediamente più grandi del valore medio nazionale:

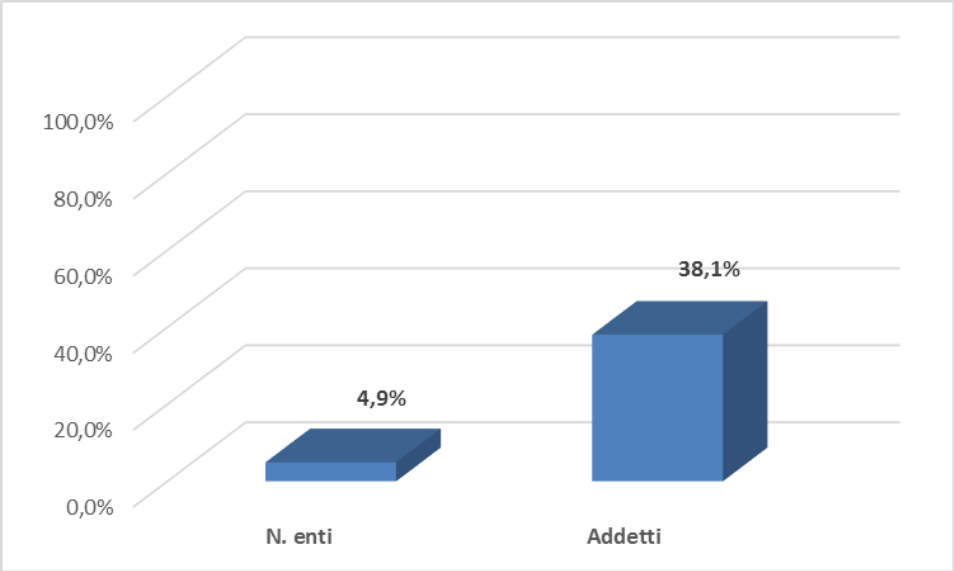
- ✓ gli addetti delle farmacie iscritte al Fondo sono il 38,1% dei lavoratori delle farmacie pubbliche presenti in Italia;
- ✓ gli addetti degli operatori che erogano gli altri servizi socio-sanitari e assistenziali sono il 9,5% del totale nazionale.

Tabella 4 – Confronto Fonservizi-Italia

	N° enti/istituti			N° addetti		
	Fonservizi	Italia	% Fons./ Italia	Fonservizi	Italia	% Fons./ Italia
Farmacie pubbliche	50	1.020	4,9%	1.917	5.037	38,1%
Altri servizi socio-sanitari/assistenziali	143	7.503	1,9%	14.739	154.645	9,5%
TOTALE	**193**	**8.523**	**2,3%**	**16.656**	**159.682**	**10,4%**

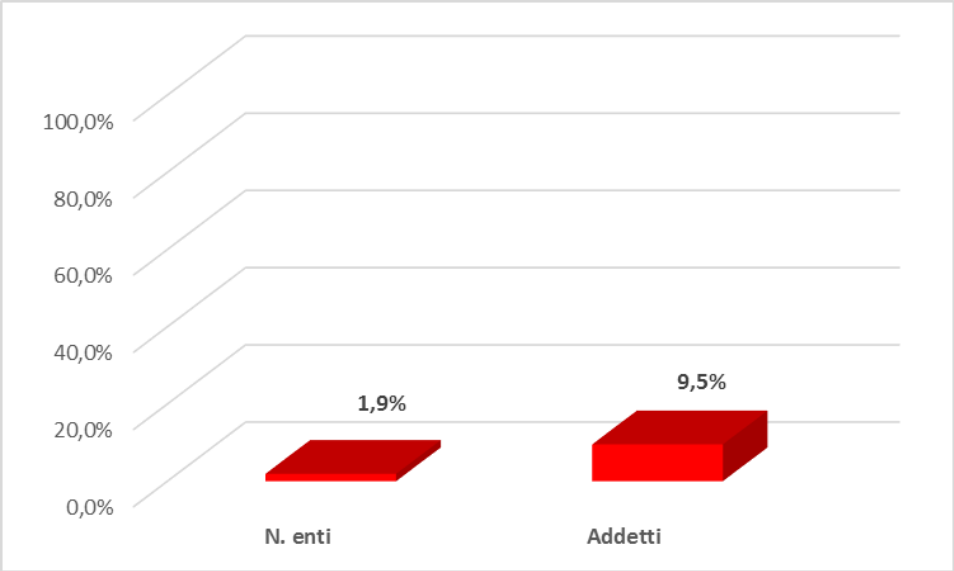
Fonte: Fonservizi, rilevazione Utilitatis, banca dati AIDA Bureau Van Dijk e dati Istat

Figura 2 – Farmacie: percentuale Fonservizi/Italia



Fonte: Fonservizi, rilevazione Utilitatis, banca dati AIDA Bureau Van Dijk e dati Istat

Figura 3 – Altri servizi socio-sanitari/assistenziali: percentuale Fonservizi/Italia



Fonte: Fonservizi, rilevazione Utilitatis, banca dati AIDA Bureau Van Dijk e dati Istat

1.2 Il campione analizzato

Poiché non è stato possibile reperire i bilanci di tutti gli operatori del comparto socio-sanitario e socio-assistenziale iscritti al Fondo, nella Tabella 5 viene descritto il peso del campione di enti/aziende per i quali, tramite rilevazione diretta o tramite la banca dati AIDA Bureau Van Dijk, si è proceduto nell'analisi di dettaglio degli aspetti economici e patrimoniali dei capitoli successivi.
Il campione ha un peso che a livello di Farmacie raggiunge quasi il 97%, mentre a livello degli Altri servizi socio-sanitari e socio-assistenziali è pari al 35,6%. In questo ultimo caso la percentuale più bassa rispetto alle Farmacie è dovuta alla mancata pubblicazione dei bilanci per molti operatori del settore Altri servizi. Anche in questo caso il campione si può ritenere comunque soddisfacente, superando un terzo dell'universo Fonservizi e dunque rappresentativo delle caratteristiche del totale degli iscritti al Fondo.

Tabella 5 – Confronto campione-Fonservizi

	N° enti/istituti			N° addetti		
	Campione	**Fonservizi**	**% camp./ Fons.**	**Campione**	**Fonservizi**	**% camp./ Fons.**
Farmacie	35	50	70,0%	1.856	1.917	96,8%
Altri servizi socio-sanitari e assistenziali	75	143	52,4%	5.249	14.739	35,6%
TOTALE	**110**	**193**	**57,0%**	**7.105**	**16.656**	**42,7%**

Fonte: Fonservizi, rilevazione Utilitatis e banca dati AIDA Bureau Van Dijk

2. Aspetti economici e patrimoniali dei servizi socio-sanitari/assistenziali

Quello dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali è un comparto di servizi di interesse generale e anche se gli aspetti di bilancio, inteso nella sua valenza economica, non sono i primi in ordine di importanza per dei servizi che rispondo ai bisogni di assistenza sociale e sanitaria dei cittadini, tali aspetti (economici e patrimoniali) assumo comunque rilevanza nel momento in cui si vuole dimensionare il settore, se ne vuole capire l'evoluzione degli ultimi anni e si vuole valutare la sua sostenibilità nel futuro. Appare dunque opportuno presentare un'analisi dei principali valori economici e patrimoniali registrati dagli enti e le aziende operative nel settore.

L'intento è quello di cogliere le caratteristiche salienti relative alle situazioni reddituali e gli equilibri finanziari e patrimoniali degli operatori che erogano il servizio pubblico in esame.

Come descritto nei capitoli precedenti, i gestori analizzati in questa parte della ricerca sono un totale di 110 sui 193 presenti nella banca dati Fonservizi e sono quelli per i quali è stato possibile reperire i dati di bilancio.

Tali dati relativi ai bilanci sono stati rilevati direttamente da Utilitatis o estratti dalla banca dati AIDA Bureau Van Dijk. Si tratta unicamente di bilanci di esercizio, non sono dunque presenti bilanci consolidati.

Oltre che per i due settori "Farmacie" e "Altri servizi socio-sanitari e socio-assistenziali", per meglio analizzare il comparto sono state effettuate altre due classificazioni degli operatori:

- ✓ per area geografica: Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud e Isole;
- ✓ per classe dimensionale, come descritto nella Tabella 6.

I valori riportati per i singoli cluster identificati in base alle diverse classificazioni degli operatori (tipologia di servizio, area geografica e classe dimensionale) non sono da intendersi come media di valori, ma sempre come valori aggregati, con l'obiettivo di fornire un quadro di sintesi circa l'entità di ciascun segmento oggetto di osservazione.

Tabella 6 – Composizione delle classi dimensionali per valore della produzione

Classe dimensionale	Valore della Produzione (Mgl €)
Top	VP>50.000
Grandi	15.000>VP>50.000
Medio Grandi	5.000>VP>15.000

Medie	5.000>VP>1.000
Piccole	VP<1.000

Il presente capitolo è strutturato in quattro parti (paragrafi):

1) la prima parte presenta una stima delle principali grandezze del settore servizi socio-sanitari e assistenziali nell'anno 2013, al fine di valutare complessivamente gli operatori iscritti a Fonservizi che lavorano nel comparto.
2) Nella seconda e terza parte vengono analizzate rispettivamente la situazione economica e patrimoniale degli operatori.
3) Nella quarta e ultima parte si prova ad offrire una lettura sintetica delle performance economiche, finanziarie e patrimoniali degli operatori del settore iscritti a Fonservizi tramite il calcolo di una serie di indici di bilancio.

2.1 Valore economico degli enti iscritti a Fonservizi

Dalla Tabella 7 emerge subito l'importanza degli operatori del settore socio-sanitario e socio-assistenziale iscritti a Fonservizi: i 110 gestori del settore analizzati occupano 7.105 addetti e danno origine a un valore della produzione che supera il miliardo di euro.

Tabella 7 – Distribuzione per settore degli enti del settore socio-sanitario e socio-assistenziale

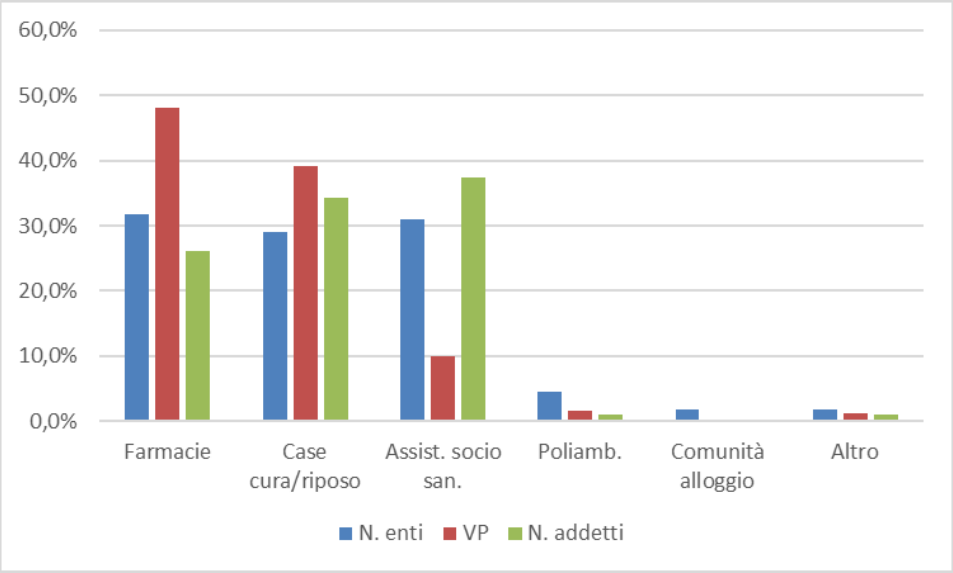
Settore	N° enti/operatori	VP (Mgl €)	N° addetti (Dato AIDA)	N° addetti (Dato Fonservizi)
Farmacie	35	521.782	1.856	1.355
Casa di cura/riposo	32	424.405	2.431	2.275
Assistenza socio sanitaria	34	108.757	2.655	2.590
Poliambulatorio	5	17.877	76	72
Comunità alloggio	2	344	13	13
Altro	2	13.051	74	71
TOTALE	**110**	**1.086.215**	**7.105**	**6.376**

Fonte: Fonservizi, rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Se si analizza la distribuzione degli operatori per tipologia di servizio erogato, tre sono i settori che fanno registrare i valori più importanti (vedi anche Figura 4):

- ✓ il settore Farmacie, con 35 operatori, 521 milioni di euro di fatturato e 1.856 addetti;
- ✓ il settore Case di cura e Case di riposo, con 32 enti gestori, 424 milioni di euro di fatturato e 2.431 addetti;
- ✓ il settore dell'Assistenza socio sanitaria (anche non residenziale), con 34 operatori, 109 milioni di euro di valore della produzione e 2.655 addetti.

Figura 4 – Distribuzione per settore



Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Come sopra più volte specificato lo studio è poi proseguito raggruppando gli iscritti a Fonservizi in due diverse macro categorie di servizi, in linea con la diversa natura dell'attività economica svolta dai diversi soggetti (enti o aziende) del comparto (commercio e vendita al dettaglio per i primi ed erogazione di servizi per i secondi):

- ✓ Farmacie;
- ✓ Altri servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.

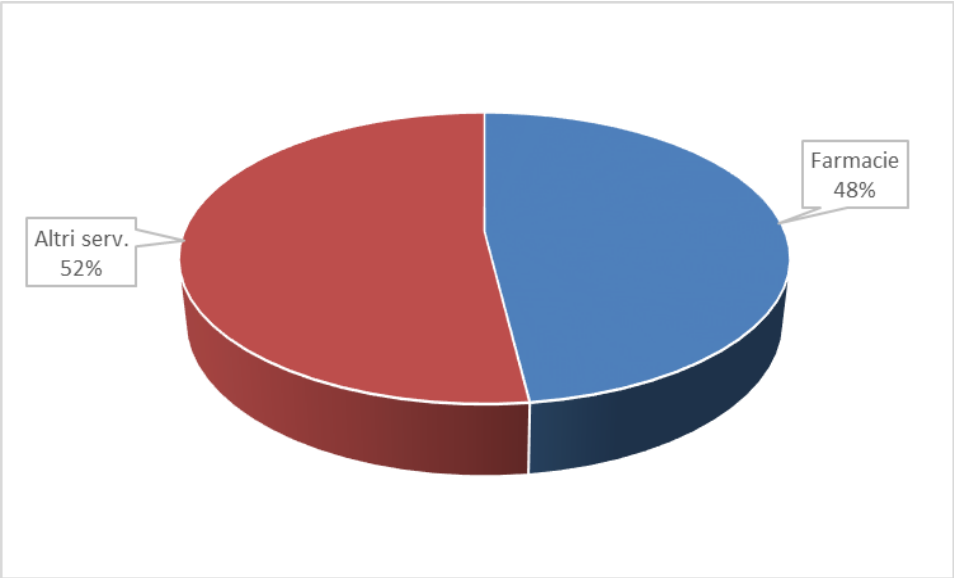
Sulla base di questa classificazione (vedi Tabella 8, Figura 5 e Figura 6), i due settori si equivalgono in termini di valore della produzione, mentre in termini di addetti gli Altri servizi occupano il 74% della forza lavoro contro il 36% delle Farmacie.

Tabella 8 – Distribuzione degli enti del settore tra Farmacie e Altri servizi

Macro settore	N° enti/operatori	VP (Mgl €)	N° addetti (Dato AIDA)	N° addetti (Dato Fonservizi)
Farmacie	35	521.782	1.856	1.355
Tutti gli altri servizi socio sanitari	75	564.433	5.249	5.021
TOTALE	**110**	**1.086.215**	**7.105**	**6.376**

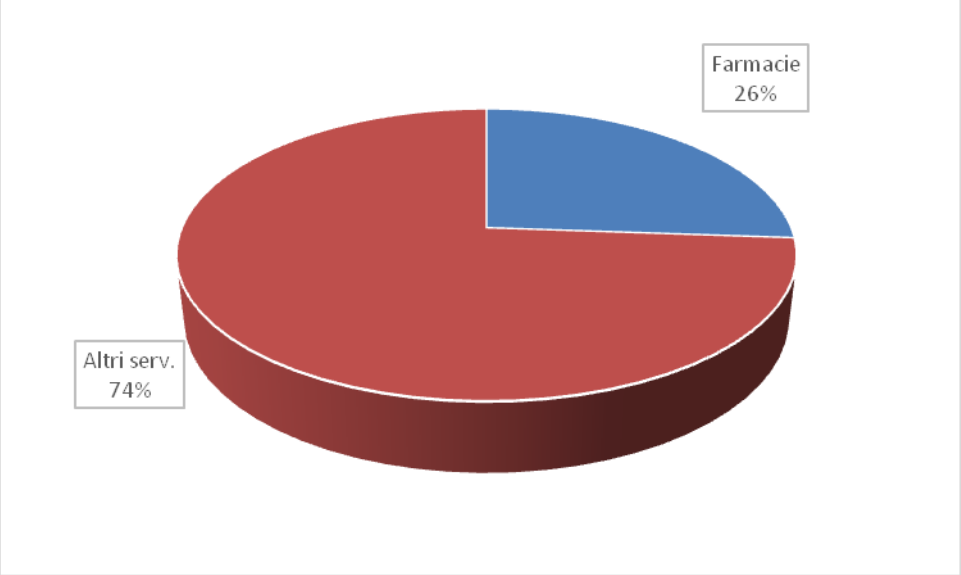
Fonte: Fonservizi, rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Figura 5 – Distribuzione del Valore della Produzione tra Farmacie e Altri servizi



Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Figura 6 – Distribuzione degli addetti tra Farmacie e Altri servizi



Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Passando a un'analisi dei gestori dei servizi del comparto per classe dimensionale (Tabella 9 e Figura 7) e per area geografica (Tabella 10 e Figura 8), emerge che:

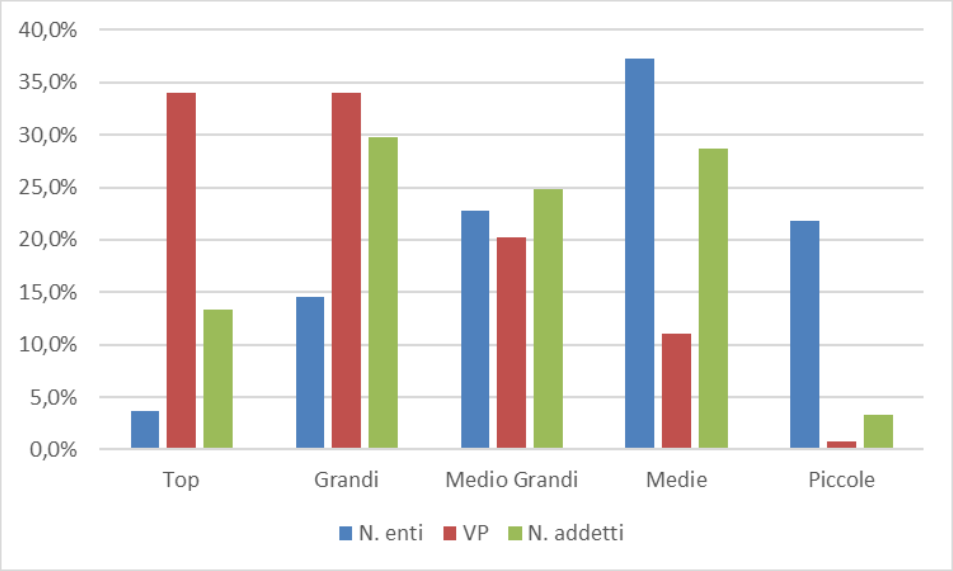
- ✓ 20 enti grandi e molto grandi danno origine al 68% circa del valore della produzione, mentre 65 operatori di dimensioni medio-piccole producono meno del 12% dei ricavi; quindi è presente una certa frammentazione del settore;
- ✓ nella macro area geografica Nord si concentra il 55% degli operatori, il 76% del valore della produzione e il 71% degli addetti.

Tabella 9 – Distribuzione per classe dimensionale (volume di fatturato) degli enti del settore

Classe dimensionale	N° enti/operatori	VP (Mgl €)	N° addetti (Dato AIDA)	N° addetti (Dato Fonservizi)
Top	4	369.719	949	803
Grandi	16	368.737	2.117	1.963
Medio Grandi	25	219.348	1.762	1.537
Medie	41	120.211	2.041	1.821
Piccole	24	8.200	236	252
TOTALE	**110**	**1.086.215**	**7.105**	**6.376**

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Figura 7 – Distribuzione degli enti del comparto per classe dimensionale



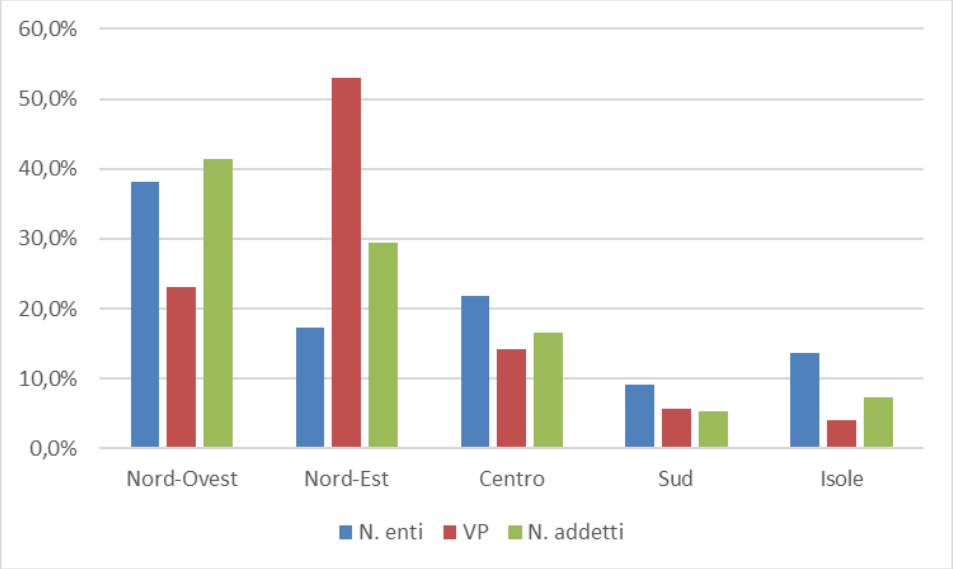
Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Tabella 10 – Distribuzione per area geografica degli enti del settore

Macro area	N° enti/operatori	VP (Mgl €)	N° addetti (Dato AIDA)	N° addetti (Dato Fonservizi)
Nord-Ovest	42	250.358	2.940	2.733
Nord-Est	19	575.646	2.087	1.915
Centro	24	153.865	1.175	855
Sud	10	61.558	381	377
Isole	15	44.789	522	496
TOTALE	**110**	**1.086.215**	**7.105**	**6.376**

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Figura 8 – Distribuzione degli enti del comparto per area geografica



Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Un'ultima chiave di lettura dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali a livello aggregato (inteso come totale degli iscritti a Fonservizi che appartengono al settore) è per risultato di esercizio (utile o perdita), tenendo comunque presente da una parte la valenza sociale dei servizi analizzati e, dall'altra parte, la sostenibilità stessa degli operatori che erogano tali servizi.

La ricerca ha rilevato che (vedi Tabella 11 e Tabella 12):

- ✓ sui 110 operatori analizzati, 79 sono in utile e 31 in perdita;
- ✓ le perdite sono più rilevanti nell'area geografica Centro
- ✓ e nelle aziende di medie dimensioni.

Tabella 11 – Distribuzione per area geografica e per risultato di esercizio degli enti del settore

		Utili	Perdite	TOTALE
Nord-Ovest	N° aziende	32	10	**42**
	Mgl €	4.198	-2.177	**2.021**
Nord-Est	N° aziende	17	2	**19**
	Mgl €	13.912	-3.176	**10.736**
Centro	N° aziende	13	11	**24**
	Mgl €	2.032	-7.476	**-5.443**
Sud	N° aziende	8	2	**10**
	Mgl €	10.048	-497	**9.551**
Isole	N° aziende	9	6	**15**
	Mgl €	2.659	-893	**1.766**
TOTALE	N° aziende	79	31	**110**
	Mgl €	32.849	-14.218	**18.631**

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Tabella 12 – Distribuzione per classe dimensionale e per risultato di esercizio degli enti

		Utili	Perdite	TOTALE
Top	N° aziende	4	0	**4**
	Mgl €	6.995	0	**6.995**
Grandi	N° aziende	14	2	**16**
	Mgl €	12.247	-1.122	**11.125**
Medio Grandi	N° aziende	16	9	**25**
	Mgl €	11.927	-4.668	**7.259**
Medie	N° aziende	29	12	**41**
	Mgl €	1.530	-8.034	**-6.504**
Piccole	N° aziende	16	8	**24**
	Mgl €	150	-394	**-244**
TOTALE	N° aziende	79	31	**110**
	Mgl €	32.849	-14.218	**18.631**

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

2.1.1 Focus su Farmacie e Altri servizi

Analizzando i macro valori del settore (valore della produzione e addetti) non più in maniera aggregata ma distinta per Farmacie (Tabella 13 e Tabella 14) e Altri servizi socio-sanitari e assistenziali (Tabella 15 e Tabella 16), sempre secondo le caratteristiche dimensionali e geografiche, emerge quanto segue:

- ✓ 9 delle 35 aziende del settore Farmacie producono il 74% dei ricavi e occupano il 66% degli addetti;

- ✓ sempre nel settore Farmacie la quasi totalità degli iscritti a Fonservizi è collocata al Centro e Nord Italia;

mentre, passando agli Altri servizi:

- ✓ il 68% degli operatori è di dimensioni medio-piccole, occupa il 38% degli addetti e dà origine al solo 14% del valore della produzione;
- ✓ nell'area geografica Nord si concentrano la maggior parte degli enti del settore iscritti a Fonservizi (il 53%, con il 75% del valore della produzione e il 70% degli addetti).

Tabella 13 – Farmacie - Distribuzione per classe dimensionale

Classe dimensionale	N° enti/operatori	VP (Migl. EUR)	N° addetti (Dato AIDA)	N° addetti (Dato Fonservizi)
Top	2	232.902	446	370
Grandi	7	152.257	777	680
Medio Grandi	11	86.110	355	165
Medie	14	49.866	267	133
Piccole	1	648	11	7
TOTALE	**35**	**521.782**	**1.856**	**1.355**

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Tabella 14 – Farmacie - Distribuzione per area geografica

Macro area	N° enti/operatori	VP (Migl. EUR)	N° addetti (Dato AIDA)	N° addetti (Dato Fonservizi)
Nord-Ovest	12	56.949	279	125
Nord-Est	9	348.660	1.085	963
Centro	13	111.537	477	258
Sud	1	4.636	15	9
Isole	0	0	0	0
TOTALE	**35**	**521.782**	**1.856**	**1.355**

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Tabella 15 – Altri servizi socio-sanitari - Distribuzione per classe dimensionale

Classe dimensionale	N° enti/operatori	VP (Migl. EUR)	N° addetti (Dato AIDA)	N° addetti (Dato Fonservizi)
Top	2	136.817	503	433

Grandi	9	216.480	1.340	1.283
Medio Grandi	14	133.238	1.407	1.372
Medie	27	70.346	1.774	1.688
Piccole	23	7.552	225	245
TOTALE	**75**	**564.433**	**5.249**	**5.021**

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Tabella 16 – Altri servizi socio-sanitari - Distribuzione per area geografica

Macro area	N° enti/operatori	VP (Migl. EUR)	N° addetti (Dato AIDA)	N° addetti (Dato Fonservizi)
Nord-Ovest	30	193.409	2.661	2.608
Nord-Est	10	226.985	1.002	952
Centro	11	42.328	698	597
Sud	9	56.921	366	368
Isole	15	44.789	522	496
TOTALE	**75**	**564.433**	**5.249**	**5.021**

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

2.2 Risultati economici della gestione

Dopo aver presentato la stima del settore socio sanitario e assistenziale all'interno del totale degli iscritti a Fonservizi in termini di valore della produzione e addetti, si analizzano ora più in dettaglio i risultati reddituali e patrimoniali conseguiti dagli operatori e, successivamente, viene effettuata un'analisi per indici volta ad esprimere in maniera sintetica tali risultati economici, finanziari e patrimoniali.

Nel presente paragrafo si parte con la descrizione dei risultati economici intermedi e finali degli operatori del settore, che rappresenta un primo livello di analisi per rilevare criticità positive e negative riscontrate nelle diverse aree di gestione aziendale, da quella caratteristica (che identifica l'attività *core* delle imprese), a quella extra caratteristica (che attiene ai risultati della gestione finanziaria, straordinaria e fiscale).

L'analisi delle principali voci del Conto Economico (Tabella 17) mette in evidenza una sostanziale capacità degli operatori del settore, se analizzati a livello aggregato, di coprire i costi della produzione con i ricavi della gestione, garantendo risultati positivi, sia misurati in termini di reddito operativo che misurati come risultato di esercizio.

Tale capacità è confermata se si analizza il Conto Economico secondo l'area geografica di appartenenza degli operatori (vedi sempre Tabella 17), eccezione fatta per l'area Centro, dove il reddito operativo esprime un sostanziale pareggio e il risultato di esercizio, in seguito in particolare al peso degli oneri finanziari, diventa negativo nella consistente misura del 3,5% del valore della produzione.

Tabella 17 – Conto Economico complessivo di settore per area geografica (Mgl €)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole	TOTALE
Valore della Produzione	250.358	575.646	153.865	61.558	44.789	1.086.215
di cui Ricavi vendite e prestazioni	*234.205*	*561.016*	*150.104*	*60.747*	*44.296*	*1.050.368*
Costi della Produzione	244.586	558.307	153.808	61.762	40.343	1.058.806
di cui Costi del Personale	*84.709*	*80.863*	*40.582*	*14.266*	*13.065*	*233.485*
di cui costi per servizi	*76.118*	*111.167*	*21.954*	*20.184*	*13.885*	*243.308*
Valore Aggiunto	105.448	113.798	50.830	17.879	19.064	307.017
Reddito Operativo	5.772	17.339	57	-205	4.446	27.410
Oneri Finanziari	3.256	9.754	4.990	4.140	978	23.118
Utile/Perdita d'esercizio	2.021	10.736	-5.443	9.551	1.766	18.631
Addetti	2.940	2.087	1.175	381	522	7.105

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Passando ad analizzare il Conto Economico articolato per classe dimensionale (Tabella 18), gli enti di dimensioni da medio grandi a molto grandi mostrano una sostanziale solidità della gestione economica, mentre i gestori dei servizi di dimensioni medio piccole evidenziano risultati negativi già a livello di reddito operativo, che peggiorano poi in termini di risultato netto di esercizio.

Tabella 18 – Conto Economico complessivo di settore per classe dimensionale (Mgl €)

	Top	Grandi	Medio Grandi	Medie	Piccole	TOTALE
Valore della Produzione	369.719	368.737	219.348	120.211	8.200	1.086.215
di cui Ricavi vendite e prestazioni	*363.324*	*364.177*	*205.410*	*109.518*	*7.939*	*1.050.368*
Costi della Produzione	360.156	349.089	215.945	125.180	8.436	1.058.806
di cui Costi del Personale	*38.925*	*77.817*	*60.855*	*51.497*	*4.391*	*233.485*
di cui costi per servizi	*74.459*	*83.064*	*56.673*	*26.999*	*2.113*	*243.308*
Valore Aggiunto	59.996	115.351	77.195	50.169	4.307	307.017
Reddito Operativo	9.564	19.648	3.403	-4.969	-237	27.410
Oneri Finanziari	2.137	11.163	8.762	1.003	52	23.118
Utile/Perdita d'esercizio	6.995	11.125	7.259	-6.504	-244	18.631
Addetti	949	2.117	1.762	2.041	236	7.105

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Infine, nella verifica delle principali voci di Conto Economico distribuite tra Farmacie e Altri servizi socio-sanitari e assistenziali (vedi Tabella 19), a livello aggregato entrambi i settori mostrano una solidità nella gestione economica, segno questo che l'eventuale scostamento da tale positiva situazione non è legato alla tipologia di servizio offerto ma alle altre caratteristiche sopra evidenziate (area geografica o dimensione aziendale).

Tabella 19 – Conto Economico per Farmacie e Altri servizi (Mgl €)

	Farmacie	Altri SSS	TOTALE
Valore della Produzione	521.782	564.433	1.086.215
di cui Ricavi vendite e prestazioni	*507.174*	*543.194*	*1.050.368*
Costi della Produzione	509.567	549.239	1.058.806
di cui Costi del Personale	*82.184*	*151.301*	*233.485*
di cui costi per servizi	*38.713*	*204.596*	*243.308*
Valore Aggiunto	109.995	197.022	307.017
Reddito Operativo	12.215	15.195	27.410
Oneri Finanziari	4.630	18.488	23.118
Utile/Perdita d'esercizio	5.117	13.514	18.631
Addetti	1.856	5.249	7.105

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

2.2.1 Il Conto economico delle Farmacie e degli Altri servizi

Focalizzando l'attenzione sul Conto Economico delle Farmacie (Tabella 20) e degli Altri servizi (Tabella 21), analizzato per classe dimensionale in maniera distinta tra le due diverse tipologie di servizio, risulta quanto segue:

- ✓ il settore Farmacie risulta in equilibrio dal punto di vista economico in tutti i cluster dimensionali individuati;
- ✓ il gruppo di operatori appartenenti agli Altri servizi socio-sanitari e assistenziali mostra invece un disavanzo nelle classi di enti medi e piccoli.

Tabella 20 – Farmacie - Conto Economico per classe dimensionale (Mgl €)

	Top	Grandi	Medio Grandi	Medie	Piccole	TOTALE farmacie
Valore della Produzione	232.902	152.257	86.110	49.866	648	521.782
di cui Ricavi vendite e prestazioni	*229.140*	*150.271*	*78.673*	*48.455*	*635*	*507.174*
Costi della Produzione	231.121	147.687	81.108	49.029	622	509.567
di cui Costi del Personale	*20.061*	*32.481*	*17.348*	*12.171*	*123*	*82.184*
di cui costi per servizi	*19.500*	*8.435*	*7.300*	*3.440*	*37*	*38.713*
Valore Aggiunto	24.165	42.138	28.988	14.550	154	109.995
Reddito Operativo	1.781	4.570	5.001	836	26	12.215
Oneri Finanziari	47	764	3.526	294	0	4.630
Utile/Perdita d'esercizio	1.127	2.921	902	152	15	5.117
Addetti	446	777	355	267	11	1.856

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Tabella 21 – Altri servizi - Conto Economico per classe dimensionale (Mgl €)

	Top	Grandi	Medio Grandi	Medie	Piccole	TOTALE Altri SSS
Valore della Produzione	136.817	216.480	133.238	70.346	7.552	564.433
di cui Ricavi vendite e prestazioni	*134.185*	*213.906*	*126.737*	*61.063*	*7.304*	*543.194*
Costi della Produzione	129.035	201.402	134.836	76.151	7.815	549.239
di cui Costi del Personale	*18.864*	*45.336*	*43.507*	*39.325*	*4.269*	*151.301*
di cui costi per servizi	*54.959*	*74.629*	*49.373*	*23.559*	*2.076*	*204.596*
Valore Aggiunto	35.830	73.213	48.207	35.618	4.153	197.022
Reddito Operativo	7.783	15.078	-1.598	-5.805	-263	15.195
Oneri Finanziari	2.090	10.400	5.237	709	52	18.488
Utile/Perdita d'esercizio	5.868	8.204	6.357	-6.656	-259	13.514
Addetti	503	1.340	1.407	1.774	225	5.249

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

2.3 La struttura patrimoniale

Per conoscere come si compone la struttura degli impieghi e quale mix di fonti è in prevalenze adottato nel settore, nel prosieguo dello studio si riportano i principali valori contenuti nel prospetto di Stato Patrimoniale dei gestori dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali iscritti a Fonservizi.
L'articolazione di dettaglio è utile alla riclassificazione delle voci di stato patrimoniale, anche ai fini del calcolo degli indici di bilancio che sarà descritta nel paragrafo successivo.

A livello globale di settore gli operatori del settore socio-sanitario e assistenziale iscritti al Fondo (vedi Tabella 22) presentano un totale attivo pari a 1,34 miliardi di euro, costituito per il 57% da immobilizzazioni, la cui natura è principalmente di tipo materiale, per 498 milioni di euro.
L'attivo circolante (562 milioni di euro) è presente per il 42% del totale impieghi ed è prevalentemente caratterizzato da crediti in scadenza entro i 12 mesi (70% dell'attivo circolante).
Dal lato del passivo si riscontra un livello di patrimonializzazione discreto (circa il 39% del totale fonti è costituito dal capitale proprio, con 527 milioni di euro), mentre i debiti pesano per il 51%, concentrandosi in particolare in quelli in scadenza entro l'anno.
Le restanti percentuali si dividono tra ratei e risconti passivi, fondo rischi e oneri e fondo TFR.

Nella Tabella 22 e nella Tabella 23 le principali voci dello Stato Patrimoniale sono anche articolate rispettivamente per area geografica e per classe dimensionale.

Tabella 22 – Stato Patrimoniale complessivo di settore per area geografica (Mgl €)

		Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole	TOTALE
TOTALE ATTIVITA'		**367.349**	**432.686**	**385.477**	**105.730**	**50.015**	**1.341.257**
A	**Crediti vs/soci**	1.268	0	20	0	19	1.307
B	**Immobilizzazioni**	247.541	178.322	283.695	28.346	24.354	762.259
B I	*Immobilizzazioni immateriali*	*28.403*	*50.182*	*31.069*	*810*	*4.239*	114.703
B II	*Immobilizzazioni materiali*	*197.126*	*46.506*	*233.840*	*16.928*	*3.699*	498.100
B III	*Immobilizzazioni finanziarie*	*22.012*	*81.634*	*18.787*	*10.607*	*16.416*	149.456
	immob. finanz. entro 12 mesi	*4.858*	*71.164*	*3.841*	*152*	*13.930*	93.945
	immob. finanz. oltre 12 mesi	*17.154*	*10.471*	*14.946*	*10.455*	*2.485*	*55.510*
C	**Attivo Circolante**	114.081	253.074	97.747	71.222	25.485	561.608
C I	*Rimanenze*	*9.318*	*38.273*	*30.679*	*1.043*	*511*	*79.826*
C II	*Crediti no immobilizzazioni*	*84.497*	*191.741*	*58.512*	*48.693*	*22.792*	*406.235*
	crediti no immob. entro 12 mesi	*78.415*	*191.040*	*55.732*	*48.639*	*22.792*	*396.618*
	crediti no immob. oltre 12 mesi	*6.082*	*701*	*2.780*	*53*	*0*	*9.617*
C III	*Attività finanziarie no immobil.*	*6.967*	*5.124*	*896*	*18.800*	*0*	*31.787*
C IV	*Disponibilità liquide*	*13.299*	*17.936*	*7.660*	*2.686*	*2.181*	*43.761*
D	**Ratei e risconti attivi**	4.458	1.290	4.015	6.163	157	16.083
TOTALE PASSIVITA'		**367.349**	**432.686**	**385.477**	**105.730**	**50.015**	**1.341.257**
A	**Patrimonio netto**	175.184	166.978	175.415	-5.900	15.176	526.852
B	**Fondi rischi e oneri**	3.252	36.279	5.090	11.908	7.501	64.030
C	**Fondo TFR**	12.247	18.323	8.382	2.549	2.538	44.039
D	**Debiti**	171.963	210.521	179.519	95.178	24.466	681.647
	debiti entro 12 mesi	*109.177*	*208.891*	*100.240*	*67.235*	*23.776*	*509.319*
	debiti oltre 12 mesi	*62.786*	*1.630*	*79.280*	*27.942*	*691*	*172.328*
E	**Risconti e Ratei Passivi**	4.703	585	17.071	1.996	334	24.689

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Tabella 23 – Stato Patrimoniale complessivo di settore per classe dimensionale (Mgl €)

		Top	Grandi	Medio Grandi	Medie	Piccole	TOTALE
TOTALE ATTIVITA'		**299.456**	**472.416**	**447.401**	**115.779**	**6.205**	**1.341.257**
A	**Crediti vs/soci**	208	1.041	13	37	7	1.307
B	**Immobilizzazioni**	165.176	267.461	285.007	41.874	2.740	762.259
B I	*Immobilizzazioni immateriali*	*18.232*	*56.333*	*21.323*	*18.587*	*228*	114.703
B II	*Immobilizzazioni materiali*	*107.184*	*135.480*	*239.518*	*13.831*	*2.088*	498.100
B III	*Immobilizzazioni finanziarie*	*39.760*	*75.649*	*24.166*	*9.457*	*424*	149.456
	immob. finanz. entro 12 mesi	*39.081*	*46.598*	*7.546*	*559*	*161*	93.945
	immob. finanz. oltre 12 mesi	*679*	*29.051*	*16.620*	*8.897*	*264*	*55.510*
C	**Attivo Circolante**	130.806	202.394	151.717	73.275	3.416	561.608
C I	*Rimanenze*	*28.110*	*18.801*	*27.435*	*4.998*	*482*	*79.826*
C II	*Crediti no immobilizzazioni*	*90.319*	*168.292*	*90.664*	*54.866*	*2.093*	*406.235*
	crediti no immob. entro 12 mesi	*143.202*	*152.986*	*144.989*	*64.490*	*3.652*	*509.319*
	crediti no immob. oltre 12 mesi	*3.824*	*2.225*	*3.178*	*325*	*64*	*9.617*
C III	*Attività finanziarie no immobil.*	*7.229*	*2.924*	*19.773*	*1.861*	*0*	*31.787*
C IV	*Disponibilità liquide*	*5.149*	*12.376*	*13.845*	*11.550*	*840*	*43.761*
D	**Ratei e risconti attivi**	3.266	1.518	10.664	592	42	16.083
TOTALE PASSIVITA'		**299.456**	**472.416**	**447.401**	**115.779**	**6.205**	**1.341.257**
A	**Patrimonio netto**	131.202	237.276	122.964	34.815	596	526.852
B	**Fondi rischi e oneri**	3.288	42.957	15.683	2.088	14	64.030
C	**Fondo TFR**	8.898	14.752	13.019	6.511	859	44.039
D	**Debiti**	154.980	170.692	282.518	68.786	4.670	681.647
	debiti entro 12 mesi	*143.202*	*152.986*	*144.989*	*64.490*	*3.652*	*509.319*
	debiti oltre 12 mesi	*11.778*	*17.706*	*137.529*	*4.296*	*1.018*	*172.328*
E	**Risconti e Ratei Passivi**	1.088	6.739	13.217	3.579	66	24.689

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Passando a un'analisi dello Stato Patrimoniale suddiviso tra il settore Farmacie e il settore Altri servizi socio-sanitari e assistenziali (Tabella 24), dal lato degli impieghi possiamo notare un maggior peso delle immobilizzazioni nelle Farmacie (65%) sul totale delle attività rispetto agli Altri servizi (50%).

Nella scelta delle fonti di finanziamento gli Altri servizi vedono una maggiore prevalenza del ricorso al finanziamento con fonti di terzi (debiti per il 57% del totale passivo) rispetto alle Farmacie (42%).

Tabella 24 – Stato Patrimoniale per Farmacie e Altri servizi (Mgl €)

		FARMACIE	Altri SSS	TOTALE
TOTALE ATTIVITA'		**583.280**	**757.977**	**1.341.257**
A	**Crediti vs/soci**	0	1.307	1.307
B	**Immobilizzazioni**	379.584	382.675	762.259
B I	*Immobilizzazioni immateriali*	*74.280*	*40.423*	114.703
B II	*Immobilizzazioni materiali*	*278.205*	*219.895*	498.100
B III	*Immobilizzazioni finanziarie*	*27.099*	*122.357*	149.456
	immob. finanz. entro 12 mesi	*1.654*	*92.292*	93.945
	immob. finanz. oltre 12 mesi	*25.446*	*30.065*	*55.510*
C	**Attivo Circolante**	198.369	363.239	561.608
C I	*Rimanenze*	*58.073*	*21.753*	*79.826*
C II	*Crediti no immobilizzazioni*	*102.162*	*304.072*	*406.235*
	crediti no immob. entro 12 mesi	*169.563*	*339.755*	*509.319*
	crediti no immob. oltre 12 mesi	*3.588*	*6.028*	*9.617*
C III	*Attività finanziarie no immobil.*	*6.570*	*25.217*	*31.787*
C IV	*Disponibilità liquide*	*31.565*	*12.196*	*43.761*
D	**Ratei e risconti attivi**	5.327	10.757	16.083
TOTALE PASSIVITA'		**583.280**	**757.977**	**1.341.257**
A	**Patrimonio netto**	288.077	238.775	526.852
B	**Fondi rischi e oneri**	7.182	56.848	64.030
C	**Fondo TFR**	21.970	22.069	44.039
D	**Debiti**	247.973	433.674	681.647
	debiti entro 12 mesi	*169.563*	*339.755*	*509.319*
	debiti oltre 12 mesi	*78.410*	*93.918*	*172.328*
E	**Risconti e Ratei Passivi**	18.077	6.611	24.689

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

2.3.1 Lo Stato Patrimoniale delle Farmacie e degli Altri servizi

Passando a un'analisi delle principali voci dello Stato Patrimoniale delle Farmacie (Tabella 25Tabella 20) e degli Altri servizi (Tabella 26Tabella 21) articolati per classe dimensionale, in maniera distinta tra le due diverse tipologie di servizio, risulta quanto segue:

- ✓ dal punto di vista dell'attivo il settore Farmacie mostra un maggior peso delle immobilizzazioni sul totale impieghi rispetto all'attivo circolante in tutti i cluster dimensionali ad eccezione della classe degli operatori di piccole dimensioni;
- ✓ sempre il settore Farmacie dal lato del passivo mostra un ricorso all'indebitamento esterno maggiore rispetto alla presenza di capitale proprio nelle classi dimensionali top, medie e piccole aziende;
- ✓ dal lato impieghi, il gruppo di operatori appartenenti agli Altri servizi socio-sanitari/assistenziali mostra invece un peso dell'attivo circolante sul totale attivo maggiore di quello delle immobilizzazioni in tutti i cluster dimensionali ad eccezione della classe top;
- ✓ sempre il gruppo di gestori degli Altri servizi mette in evidenza un ricorso al capitale proprio maggiore dell'indebitamento verso terzi nelle classi di enti grandi e molto grandi (top), dal punto di vista delle fonti di finanziamento.

Tabella 25 – Farmacie - Stato Patrimoniale per classe dimensionale (Mgl €)

		Top	Grandi	Medio Grandi	Medie	Piccole	TOTALE farmacie
TOTALE ATTIVITA'		**119.049**	**181.742**	**230.330**	**50.750**	**1.409**	**583.280**
A	**Crediti vs/soci**	0	0	0	0	0	0
B	**Immobilizzazioni**	31.680	133.787	185.747	27.902	468	379.584
B I	*Immobilizzazioni immateriali*	*16.067*	*42.905*	*1.371*	*13.934*	*3*	74.280
B II	*Immobilizzazioni materiali*	*15.341*	*76.208*	*180.055*	*6.136*	*465*	278.205
B III	*Immobilizzazioni finanziarie*	*272*	*14.674*	*4.321*	*7.832*	*0*	27.099
	immob. finanz. entro 12 mesi	*0*	*1.069*	*544*	*41*	*0*	1.654
	immob. finanz. oltre 12 mesi	*272*	*13.606*	*3.777*	*7.791*	*0*	*25.446*
C	**Attivo Circolante**	86.852	47.731	40.468	22.381	937	198.369
C I	*Rimanenze*	*25.897*	*15.676*	*11.547*	*4.505*	*448*	*58.073*
C II	*Crediti no immobilizzazioni*	*54.938*	*17.200*	*18.334*	*11.582*	*109*	*102.162*
	crediti no immob. entro 12 mesi	*70.978*	*40.290*	*34.439*	*22.872*	*983*	*169.563*
	crediti no immob. oltre 12 mesi	*13*	*260*	*3.112*	*203*	*0*	*3.588*
C III	*Attività finanziarie no immobil.*	*1.500*	*2.924*	*938*	*1.207*	*0*	*6.570*
C IV	*Disponibilità liquide*	*4.517*	*11.931*	*9.649*	*5.087*	*381*	*31.565*
D	**Ratei e risconti attivi**	517	224	4.115	467	4	5.327
TOTALE PASSIVITA'		**119.049**	**181.742**	**230.330**	**50.750**	**1.409**	**583.280**
A	**Patrimonio netto**	41.337	115.502	110.414	20.619	205	288.077
B	**Fondi rischi e oneri**	270	1.888	3.568	1.456	0	7.182
C	**Fondo TFR**	5.684	6.321	6.307	3.438	221	21.970
D	**Debiti**	71.709	52.268	97.964	25.050	983	247.973
	debiti entro 12 mesi	*70.978*	*40.290*	*34.439*	*22.872*	*983*	*169.563*
	debiti oltre 12 mesi	*731*	*11.977*	*63.525*	*2.178*	*0*	*78.410*
E	**Risconti e Ratei Passivi**	50	5.765	12.076	187	0	18.077

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Tabella 26 – Altri servizi - Stato Patrimoniale per classe dimensionale (Mgl €)

		Top	Grandi	Medio Grandi	Medie	Piccole	TOTALE Altri SSS
TOTALE ATTIVITA'		**180.407**	**290.673**	**217.072**	**65.029**	**4.796**	**757.977**
A	**Crediti vs/soci**	208	1.041	13	37	7	1.307
B	**Immobilizzazioni**	133.496	133.675	99.260	13.972	2.272	382.675
B I	*Immobilizzazioni immateriali*	*2.165*	*13.428*	*19.953*	*4.652*	*225*	40.423
B II	*Immobilizzazioni materiali*	*91.843*	*59.272*	*59.462*	*7.695*	*1.622*	219.895
B III	*Immobilizzazioni finanziarie*	*39.488*	*60.974*	*19.845*	*1.625*	*424*	122.357
	immob. finanz. entro 12 mesi	*39.081*	*45.529*	*7.002*	*518*	*161*	92.292
	immob. finanz. oltre 12 mesi	*407*	*15.445*	*12.843*	*1.106*	*264*	*30.065*
C	**Attivo Circolante**	43.954	154.663	111.249	50.894	2.478	363.239
C I	*Rimanenze*	*2.213*	*3.125*	*15.888*	*493*	*34*	*21.753*
C II	*Crediti no immobilizzazioni*	*35.381*	*151.092*	*72.330*	*43.284*	*1.984*	*304.072*
	crediti no immob. entro 12 mesi	*72.224*	*112.695*	*110.550*	*41.617*	*2.669*	*339.755*
	crediti no immob. oltre 12 mesi	*3.811*	*1.965*	*66*	*122*	*64*	*6.028*
C III	*Attività finanziarie no immobil.*	*5.729*	*0*	*18.835*	*653*	*0*	*25.217*
C IV	*Disponibilità liquide*	*631*	*446*	*4.196*	*6.463*	*460*	*12.196*
D	**Ratei e risconti attivi**	2.749	1.294	6.549	126	39	10.757
TOTALE PASSIVITA'		**180.407**	**290.673**	**217.072**	**65.029**	**4.796**	**757.977**
A	**Patrimonio netto**	89.864	121.774	12.550	14.196	390	238.775
B	**Fondi rischi e oneri**	3.019	41.069	12.115	632	14	56.848
C	**Fondo TFR**	3.214	8.431	6.712	3.073	639	22.069
D	**Debiti**	83.271	118.425	184.554	43.736	3.688	433.674
	debiti entro 12 mesi	*72.224*	*112.695*	*110.550*	*41.617*	*2.669*	*339.755*
	debiti oltre 12 mesi	*11.048*	*5.729*	*74.004*	*2.119*	*1.018*	*93.918*
E	**Risconti e Ratei Passivi**	1.038	974	1.141	3.393	66	6.611

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

2.4 Analisi degli indici di bilancio

Dopo aver osservato la composizione dei risultati economici della gestione e la struttura dello stato patrimoniale, per una lettura sintetica delle performance reddituali, patrimoniali, nonché degli equilibri economici e finanziari, si riporta di seguito l'analisi degli indici di bilancio, raggruppati per categoria a seconda dello scopo conoscitivo per il quale vengono calcolati. Si deve comunque sottolineare che non è consigliabile un'analisi separata e indipendente tra i diversi gruppi di indicatori, ma che la loro lettura, per essere più efficace, deve essere sempre congiunta (sistemica).
L'analisi per indici delle voci dei prospetti di Conto Economico e di Stato Patrimoniale è stata preceduta da una riclassificazione delle voci di bilancio necessaria ai fini del calcolo stesso degli indicatori.

L'elenco degli indici con la descrizione della formula che li genera è riportato nella Tabella 27.
Nella Tabella 28 gli indicatori sono calcolati per area geografica e nella Tabella 29 per classe dimensionale.

L'analisi dei valori assunti dagli indicatori mostra degli operatori sostanzialmente solidi dal punto di vista economico, finanziario e patrimoniale, con alcune eccezioni di situazioni più problematiche in riferimento ai cluster Centro e Sud nell'analisi per area geografica e ai cluster di enti medi e piccoli dal punto di vista dimensionale.
Un elemento di criticità è messo in evidenza anche dagli indici di solvibilità, che, anche al di fuori dei gruppi suddetti, mostrano talvolta valori inferiori all'unità e quindi da tenere sotto controllo.

L'analisi degli indici di bilancio differenziata tra Farmacie e Altri servizi socio-sanitari e assistenziali (Tabella 30) non mette in evidenza grandi differenze tra i due settori, se non nel maggior ricorso all'indebitamento degli operatori degli Altri servizi (già messo in evidenza in precedenza) e la maggior redditività delle Farmacie, come era logico aspettarsi dalla diversa natura delle due tipologie di servizio (più commerciale la prima, più sociale la seconda).

Tabella 27 – Descrizione degli indici di Bilancio calcolati

INDICI	CALCOLO	UM
Indici Finanziari e Patrimoniali		
Analisi dell'Attivo (Impieghi)		
Disponibilità del Capitale	Capitale circolante / Capitale investito	n.
Immobilizzo del Capitale	Immobilizzazioni / Capitale investito	
Analisi del Passivo (Fonti)		
Autonomia (indipendenza) finanziaria	Patrimonio netto / Capitale investito	n.
Grado di indipendenza da terzi	Patrimonio netto / Capitale di terzi (Debiti)	n.
Indice di indebitamento a breve	Passività correnti / Capitale investito	n.
Indice di indebitamento a lungo	Passività consolidate / Capitale investito	n.
Costo denaro a prestito ROD (Return On Debt)	Oneri finanziari / Capitale di terzi (Debiti)	%
Analisi della solvibilità		
Indice di liquidità	Liquidità / Passività correnti	n.
Indice di disponibilità	(Liquidità+Disponibilità) / Passività correnti	n.
Indici della Gestione Corrente		
Oneri finanziari su fatturato	Oneri finanziari / VP	%
Oneri finanziari su EBIT	Oneri finanziari / EBIT	%
Valore Aggiunto su Valore della Produzione	VA / VP	%
Rotazione del capitale investito ROT (Capital Turn Over)	RV / Capitale investito	volte
Indici di Redditività		
ROE (Return On Equity) Redditività del capitale proprio	Reddito Netto / Patrimonio Netto	%
ROI (Return On Investiment) Redditività del capitale investito	Reddito Operativo / Capitale Investito	%
ROS (Return On Sale) Redditività delle vendite	Reddito Operativo / Ricavi vendite e prest.	%
Indici di Produttività		
N. dipendenti		n.
Ricavi pro-capite	Ricavi da vendite e prestazioni / addetti	Euro
VA pro-capite	VA / addetti	Euro
Costo del lavoro procapite	Costo del personale / addetti	Euro
Rendimento dipendenti	Ricavi vendite e prest. / Costo del personale	n.

Tabella 28 – Indici di Bilancio complessivi del comparto per area geografica

	UM	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud	Isole
Indici Finanziari e Patrimoniali						
Analisi dell'Attivo (Impieghi)						
Disponibilità del Capitale	n.	0,31	0,59	0,26	0,73	0,51
Immobilizzo del Capitale		0,68	0,25	0,73	0,27	0,21
Analisi del Passivo (Fonti)						
Autonomia finanziaria	n.	0,48	0,39	0,46	-0,06	0,30
Indipendenza da terzi	n.	0,91	0,63	0,84	-0,05	0,44
Indice di indebit. a breve	n.	0,31	0,48	0,30	0,65	0,48
Indice di indebit. a lungo	n.	0,69	0,52	0,70	0,35	0,52
Return On Debt	%	1,69%	3,67%	2,38%	3,71%	2,81%
Analisi della solvibilità						
Indice di liquidità	n.	0,88	1,02	0,55	1,01	1,04
Indice di disponibilità	n.	1,00	1,21	0,84	1,12	1,06
Indici della Gestione Corrente						
Oneri finanziari su fatturato	%	1,30%	1,69%	3,24%	6,73%	2,18%
Oneri finanziari su EBIT	%	56,41%	56,25%	8746,64%	-2024,04%	22,01%
VA/VP	%	42,12%	19,77%	33,04%	29,04%	42,56%
Capital Turn Over	volte	0,64	1,30	0,39	0,57	0,89
Indici di Redditività						
ROE	%	1,15%	6,43%	-3,10%	-161,88%	11,64%
ROI	%	1,57%	4,01%	0,01%	-0,19%	8,89%
ROS	%	2,46%	3,09%	0,04%	-0,34%	10,04%
Indici di Produttività						
N. dipendenti	n.	2.940	2.087	1.175	381	522
Ricavi pro-capite	Euro	79,66	268,81	127,75	159,44	84,86
VA pro-capite	Euro	35,87	54,53	43,26	46,93	36,52
Costo del lavoro procapite	Euro	28,81	38,75	34,54	37,44	25,03
Rendimento dipendenti	n.	2,76	6,94	3,70	4,26	3,39

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Tabella 29 – Indici di Bilancio complessivi del comparto per classe dimensionale

	UM	Top	Grandi	Medio Grandi	Medie	Piccole
Indici Finanziari e Patrimoniali						
Analisi dell'Attivo (Impieghi)						
Disponibilità del Capitale	n.	0,44	0,43	0,36	0,64	0,55
Immobilizzo del Capitale		0,43	0,47	0,63	0,36	0,43
Analisi del Passivo (Fonti)						
Autonomia finanziaria	n.	0,44	0,50	0,27	0,30	0,10
Indipendenza da terzi	n.	0,78	1,01	0,38	0,43	0,11
Indice di indebit. a breve	n.	0,48	0,34	0,35	0,59	0,60
Indice di indebit. a lungo	n.	0,52	0,66	0,65	0,41	0,40
Return On Debt	%	1,27%	4,75%	2,70%	1,24%	0,93%
Analisi della solvibilità						
Indice di liquidità	n.	0,69	1,14	0,77	1,00	0,77
Indice di disponibilità	n.	0,90	1,27	1,01	1,08	0,91
Indici della Gestione Corrente						
Oneri finanziari su fatturato	%	0,58%	3,03%	3,99%	0,83%	0,64%
Oneri finanziari su EBIT	%	22,34%	56,82%	257,48%	-20,19%	-22,17%
VA/VP	%	16,23%	31,28%	35,19%	41,73%	52,53%
Capital Turn Over	volte	1,21	0,77	0,46	0,95	1,28
Indici di Redditività						
ROE	%	5,33%	4,69%	5,90%	-18,68%	-41,00%
ROI	%	3,19%	4,16%	0,76%	-4,29%	-3,81%
ROS	%	2,63%	5,40%	1,66%	-4,54%	-2,98%
Indici di Produttività						
N. dipendenti	n.	949	2.117	1.762	2.041	236
Ricavi pro-capite	Euro	382,85	172,03	116,58	53,66	33,64
VA pro-capite	Euro	63,22	54,49	43,81	24,58	18,25
Costo del lavoro procapite	Euro	41,02	36,76	34,54	25,23	18,61
Rendimento dipendenti	n.	9,33	4,68	3,38	2,13	1,81

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Tabella 30 – Indici di Bilancio per Farmacie e Altri servizi

	UM	Farmacie	Altri servizi
Indici Finanziari e Patrimoniali			
Analisi dell'Attivo (Impieghi)			
Disponibilità del Capitale	n.	0,34	0,49
Immobilizzo del Capitale		0,65	0,39
Analisi del Passivo (Fonti)			
Autonomia finanziaria	n.	0,49	0,32
Indipendenza da terzi	n.	0,98	0,46
Indice di indebit. a breve	n.	0,32	0,46
Indice di indebit. a lungo	n.	0,68	0,54
Return On Debt	%	1,57%	3,56%
Analisi della solvibilità			
Indice di liquidità	n.	0,73	0,97
Indice di disponibilità	n.	1,07	1,07
Indici della Gestione Corrente			
Oneri finanziari su fatturato	%	0,89%	3,28%
Oneri finanziari su EBIT	%	37,91%	121,68%
VA/VP	%	21,08%	34,91%
Capital Turn Over	volte	0,87	0,72
Indici di Redditività			
ROE	%	1,78%	5,66%
ROI	%	2,09%	2,00%
ROS	%	2,41%	2,80%
Indici di Produttività			
N. dipendenti	n.	1.856	5.249
Ricavi pro-capite	Euro	273,26	103,49
VA pro-capite	Euro	59,26	37,54
Costo del lavoro procapite	Euro	44,28	28,82
Rendimento dipendenti	n.	6,17	3,59

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

2.4.1 Gli indici di bilancio delle Farmacie e degli Altri servizi

La Tabella 31 e la Tabella 32 illustrano gli indici di bilancio articolati per classe dimensionale rispettivamente del settore Farmacie e del settore Altri servizi.

Tabella 31 – Farmacie - Indici di Bilancio per classe dimensionale

	UM	Top	Grandi	Medio Grandi	Medie	Piccole	TOTALE
Indici Finanziari e Patrimoniali							
Analisi dell'Attivo (Impieghi)							
Disponibilità del Capitale	n.	0,73	0,26	0,18	0,45	0,67	0,34
Immobilizzo del Capitale		0,27	0,73	0,82	0,55	0,33	0,65
Analisi del Passivo (Fonti)							
Autonomia finanziaria	n.	0,35	0,64	0,48	0,41	0,15	0,49
Indipendenza da terzi	n.	0,53	1,74	0,92	0,68	0,17	0,98
Indice di indebit. a breve	n.	0,60	0,25	0,20	0,45	0,70	0,32
Indice di indebit. a lungo	n.	0,40	0,75	0,80	0,55	0,30	0,68
Return On Debt	%	0,06%	1,15%	2,94%	0,98%	0,00%	1,57%
Analisi della solvibilità							
Indice di liquidità	n.	0,86	0,69	0,55	0,77	0,50	0,73
Indice di disponibilità	n.	1,23	1,04	0,89	0,98	0,96	1,07
Indici della Gestione Corrente							
Oneri finanziari su fatturato	%	0,02%	0,50%	4,09%	0,59%	0,00%	0,89%
Oneri finanziari su EBIT	%	2,62%	16,71%	70,49%	35,22%	0,00%	37,91%
VA/VP	%	10,38%	27,68%	33,66%	29,18%	23,82%	21,08%
Capital Turn Over	volte	1,92	0,83	0,34	0,95	0,45	0,87
Indici di Redditività							
ROE	%	2,73%	2,53%	0,82%	0,74%	7,32%	1,78%
ROI	%	1,50%	2,51%	2,17%	1,65%	1,88%	2,09%
ROS	%	0,78%	3,04%	6,36%	1,73%	4,17%	2,41%
Indici di Produttività							
N. dipendenti	n.	446	777	355	267	11	1.856
Ricavi pro-capite	Euro	513,77	193,40	221,61	181,48	57,71	273,26
VA pro-capite	Euro	54,18	54,23	81,66	54,50	14,03	59,26
Costo del lavoro procapite	Euro	44,98	41,80	48,87	45,58	11,14	44,28
Rendimento dipendenti	n.	11,42	4,63	4,53	3,98	5,18	6,17

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Tabella 32 – Altri servizi - Indici di Bilancio per classe dimensionale

	UM	Top	Grandi	Medio Grandi	Medie	Piccole	TOTALE
Indici Finanziari e Patrimoniali							
Analisi dell'Attivo (Impieghi)							
Disponibilità del Capitale	n.	0,24	0,53	0,54	0,78	0,51	0,49
Immobilizzo del Capitale		0,54	0,31	0,43	0,21	0,45	0,39
Analisi del Passivo (Fonti)							
Autonomia finanziaria	n.	0,50	0,42	0,06	0,22	0,08	0,32
Indipendenza da terzi	n.	0,99	0,72	0,06	0,28	0,09	0,46
Indice di indebit. a breve	n.	0,41	0,39	0,51	0,69	0,57	0,46
Indice di indebit. a lungo	n.	0,59	0,61	0,49	0,31	0,43	0,54
Return On Debt	%	2,31%	6,16%	2,56%	1,39%	1,19%	3,56%
Analisi della solvibilità							
Indice di liquidità	n.	0,52	1,33	0,85	1,12	0,87	0,97
Indice di disponibilità	n.	0,59	1,36	1,05	1,13	0,90	1,07
Indici della Gestione Corrente							
Oneri finanziari su fatturato	%	1,53%	4,80%	3,93%	1,01%	0,69%	3,28%
Oneri finanziari su EBIT	%	26,86%	68,97%	-327,67%	-12,21%	-19,94%	121,68%
VA/VP	%	26,19%	33,82%	36,18%	50,63%	54,99%	34,91%
Capital Turn Over	volte	0,74	0,74	0,58	0,94	1,52	0,72
Indici di Redditività							
ROE	%	6,53%	6,74%	50,65%	-46,89%	-66,44%	5,66%
ROI	%	4,31%	5,19%	-0,74%	-8,93%	-5,48%	2,00%
ROS	%	5,80%	7,05%	-1,26%	-9,51%	-3,60%	2,80%
Indici di Produttività							
N. dipendenti	n.	503	1.340	1.407	1.774	225	5.249
Ricavi pro-capite	Euro	266,77	159,63	90,08	34,42	32,46	103,49
VA pro-capite	Euro	71,23	54,64	34,26	20,08	18,46	37,54
Costo del lavoro procapite	Euro	37,50	33,83	30,92	22,17	18,97	28,82
Rendimento dipendenti	n.	7,11	4,72	2,91	1,55	1,71	3,59

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

3. Evoluzione economica e patrimoniale dei servizi socio-sanitari/assistenziali

Nel presente capitolo viene osservato l'andamento del settore nell'arco temporale di cinque anni, dal 2009 al 2013, per un campione di gestori per i quali è stato possibile procurarsi i bilanci per tutti gli anni della serie storica.

Il panel è costituito da 81 operatori (vedi Tabella 33), rappresentanti il 74% dei 110 gestori esaminati nei capitoli precedenti (76% in termini di valore della produzione, 72% in termini di addetti), si tratta dunque di un campione significativo che può ben rappresentare l'evoluzione economica e patrimoniale del comparto in ambito Fonservizi.

Gli operatori continuano ad essere distinti in Farmacie e Altri servizi socio-sanitari e assistenziali.

Tabella 33 – Confronto tra il campione anno 2013 e il campione serie storica

	N° enti/ operatori	Valore della Produzione (Mgl €)	Addetti
Campione ultimo anno			
Farmacie	35	521.782,23	1.856
Altri servizi socio sanitari	75	564.433,12	5.249
TOTALE	**110**	**1.086.215,35**	**7.105**
Campione serie storica			
Farmacie	29	325.754,03	1.429
Altri servizi socio sanitari	52	499.768,89	3.663
TOTALE	**81**	**825.522,92**	**5.092**
% serie storica su ultimo anno			
Farmacie	82,9%	62,4%	77,0%
Altri servizi socio sanitari	69,3%	88,5%	69,8%
TOTALE	**73,6%**	**76,0%**	**71,7%**

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

3.1 Andamento dei risultati reddituali

Lo studio della variazione delle principali voci di Conto Economico è finalizzata all'individuazione delle aree gestionali maggiormente caratterizzate da eventuali cambiamenti in positivo o in negativo.

Dall'analisi dell'evoluzione dei valori economici del settore Farmacie (Tabella 34 e Figura 9) si osserva nell'arco dei cinque anni una lieve diminuzione del valore della produzione a cui si accompagna comunque una corrispondente diminuzione dei costi di produzione, consentendo una sostanziale invarianza dei risultati reddituali.

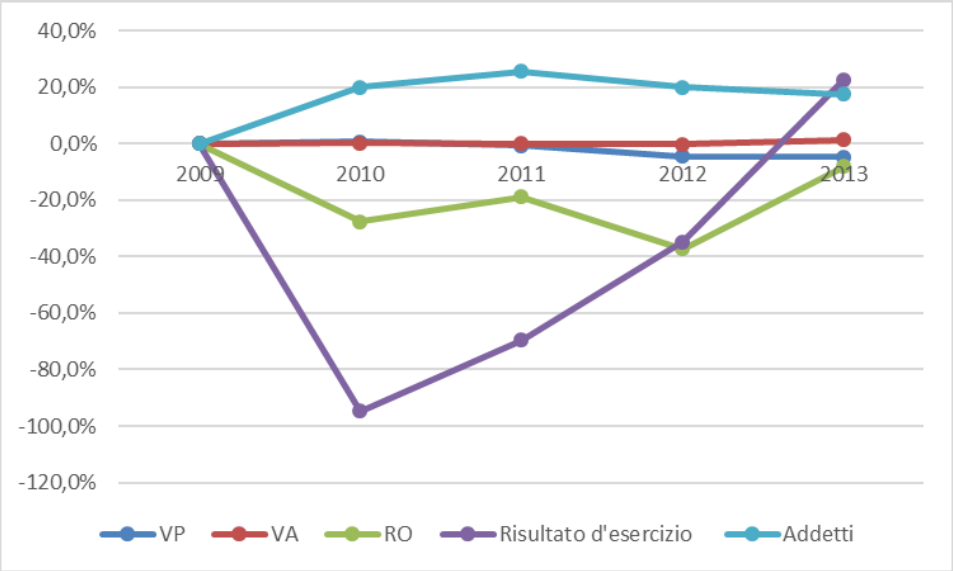
Aumentano invece gli addetti del settore dal 2009 al 2013, passando da 1.217 a 1.429 unità (+17%).

Tabella 34 – Farmacie - Serie storica del Conto Economico (Mgl €)

	2009	2010	2011	2012	2013
Valore della Produzione	341.736	343.570	339.312	326.550	325.754
di cui Ricavi vendite e prestazioni	334.518	333.595	332.341	315.362	312.711
Costi della Produzione	330.274	335.286	330.015	319.369	315.212
di cui Costi del Personale	62.034	63.845	63.091	62.494	62.162
di cui Ammortamenti e Svalutazioni	11.548	12.368	11.823	13.001	12.702
di cui Accantonamenti	518	1.314	1.387	2.648	1.305
Valore Aggiunto	85.562	85.810	85.598	85.325	86.710
MOL	23.528	21.965	22.506	22.830	24.548
Reddito Operativo	11.463	8.284	9.297	7.181	10.542
Oneri Finanziari	4.891	5.304	5.396	5.081	4.588
Utile/Perdita d'esercizio	3.444	181	1.044	2.244	4.227
Addetti	1.217	1.461	1.529	1.459	1.429

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Figura 9 – Farmacie – Variazioni delle principali voci del Conto Economico (base 2009)



Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

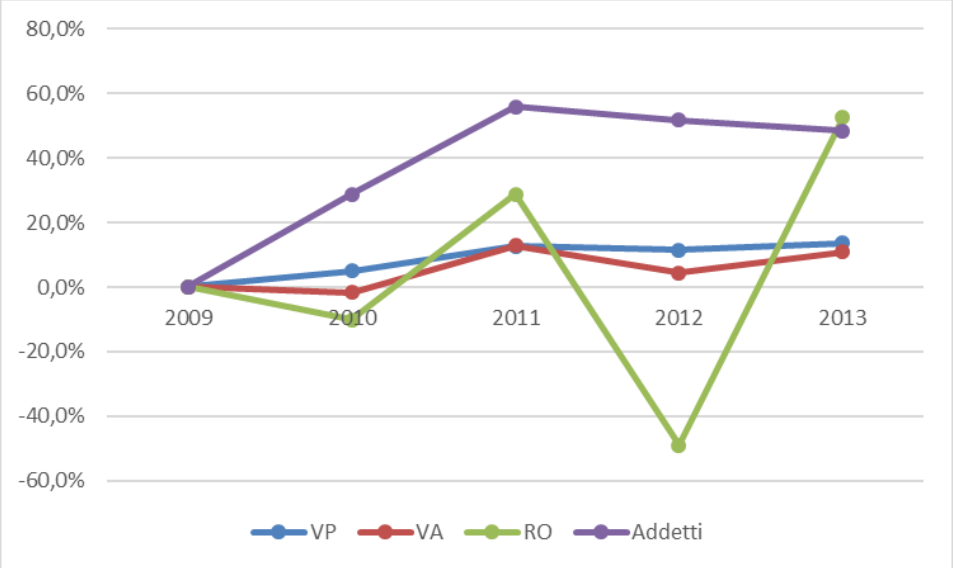
La Tabella 35 e la Figura 10 mostrano come gli operatori degli Altri servizi socio-sanitari e socio-assistenziali facciano registrare un aumento di tutte le principali grandezze del Conto Economico nell'arco dei cinque anni esaminati.

Tabella 35 – Altri servizi - Serie storica del Conto Economico (Mgl €)

	2009	2010	2011	2012	2013
Valore della Produzione	439.828	461.987	495.250	490.391	499.769
di cui Ricavi vendite e prestazioni	412.185	452.016	479.875	470.948	488.686
Costi della Produzione	428.824	452.091	481.087	484.778	482.989
di cui Costi del Personale	101.002	112.150	120.688	121.695	119.181
di cui Ammortamenti e Svalutazioni	23.144	17.834	18.193	18.924	18.620
di cui Accantonamenti	12.784	5.598	13.901	8.241	9.550
Valore Aggiunto	147.934	145.478	166.945	154.473	164.130
MOL	46.932	33.327	46.257	32.778	44.950
Reddito Operativo	11.004	9.896	14.163	5.613	16.780
Oneri Finanziari	13.498	14.772	19.045	16.204	17.568
Utile/Perdita d'esercizio	1.664	1.027	999	-35.792	16.219
Addetti	2.470	3.182	3.847	3.747	3.663

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Figura 10 – Altri servizi – Variazioni delle principali voci del Conto Economico (base 2009)



Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

3.2 Evoluzione della struttura patrimoniale

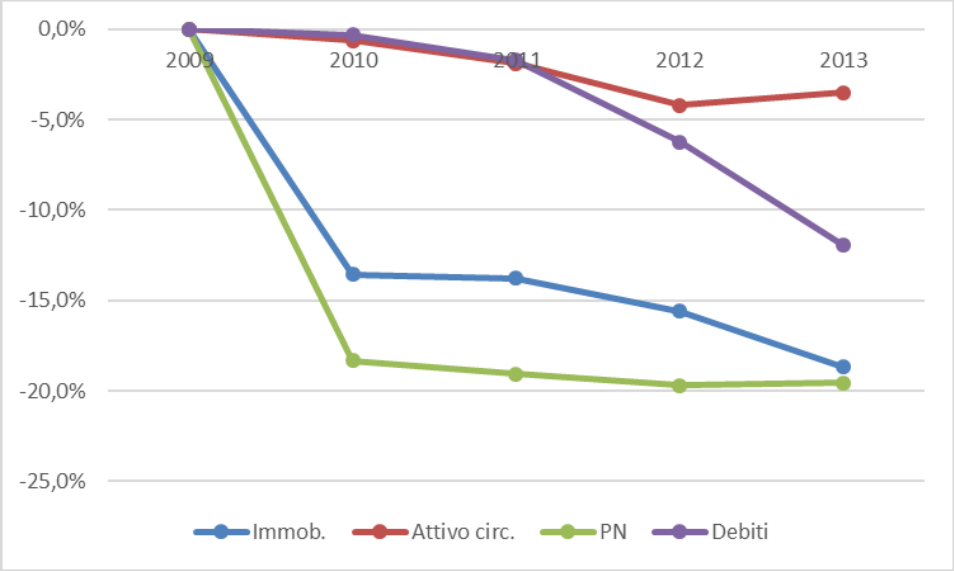
L'osservazione dell'andamento assunto dalle grandezze patrimoniali offre una prima analisi delle dinamiche evolutive del capitale investito, della eventuale variazione nella sua composizione e, dove presenti, delle diverse scelte di finanziamento effettuate per la copertura degli impieghi.
La Tabella 36 e la Figura 11 mettono in evidenza una diminuzione di tutte le principali voci dello Stato Patrimoniale per il settore Farmacie nell'arco dei cinque anni esaminati.
Al contrario delle Farmacie il settore Altri servizi socio-sanitari e assistenziali mostra un aumento di tutte le principali grandezze patrimoniali tra il 2009 e il 2013 (Tabella 37 e Figura 12).

Tabella 36 – Farmacie - Serie storica dello Stato Patrimoniale (Mgl €)

		2009	2010	2011	2012	2013
TOTALE ATTIVITA'		**583.281**	**521.873**	**519.244**	**509.129**	**495.103**
A	**Crediti vs/soci**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
B	**Immobilizzazioni**	**444.277**	**383.928**	**383.017**	**374.919**	**361.290**
B I	*Immobilizzazioni immateriali*	*84.041*	*81.468*	*79.215*	*75.328*	*72.794*
B II	*Immobilizzazioni materiali*	*340.046*	*280.743*	*278.455*	*274.164*	*261.712*
B III	*Immobilizzazioni finanziarie*	*20.190*	*21.717*	*25.347*	*25.427*	*26.784*
	immob. finanz. entro 12 mesi	*2.904*	*2.630*	*2.450*	*1.406*	*1.654*
	immob. finanz. oltre 12 mesi	*17.286*	*19.086*	*22.898*	*24.021*	*25.130*
C	**Attivo Circolante**	***133.709***	***132.879***	***131.175***	***128.061***	***129.019***
C I	*Rimanenze*	*37.329*	*37.048*	*37.871*	*38.439*	*39.188*
C II	*Crediti no immobilizzazioni*	*62.928*	*62.004*	*61.615*	*60.090*	*59.425*
	crediti entro 12 mesi	*58.691*	*59.568*	*57.883*	*56.323*	*56.012*
	crediti oltre 12 mesi	*4.237*	*2.436*	*3.732*	*3.767*	*3.413*
C III	*Attività finanziarie no immobil.*	*2.794*	*4.805*	*6.087*	*6.502*	*5.070*
C IV	*Disponibilità liquide*	*30.657*	*29.021*	*25.604*	*23.030*	*25.336*
D	**Ratei e risconti attivi**	**5.295**	**5.066**	**5.052**	**6.148**	**4.795**
TOTALE PASSIVITA'		**583.281**	**521.873**	**519.244**	**509.129**	**495.103**
A	**Patrimonio netto**	**335.295**	**273.804**	**271.361**	**269.237**	**269.743**
B	**Fondi rischi e oneri**	**2.333**	**4.483**	**4.672**	**6.183**	**6.633**
C	**Fondo TFR**	**15.388**	**13.350**	**14.641**	**14.857**	**14.964**
D	**Debiti**	**211.007**	**210.325**	**207.363**	**197.830**	**185.752**
	debiti entro 12 mesi	*113.229*	*109.543*	*111.592*	*104.573*	*108.208*
	debiti oltre 12 mesi	*97.778*	*100.782*	*95.771*	*93.257*	*77.544*
E	**Risconti e Ratei Passivi**	**19.257**	**19.912**	**21.208**	**21.022**	**18.011**

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Figura 11 – Farmacie – Variazioni principali voci dello Stato Patrimoniale (base 2009)



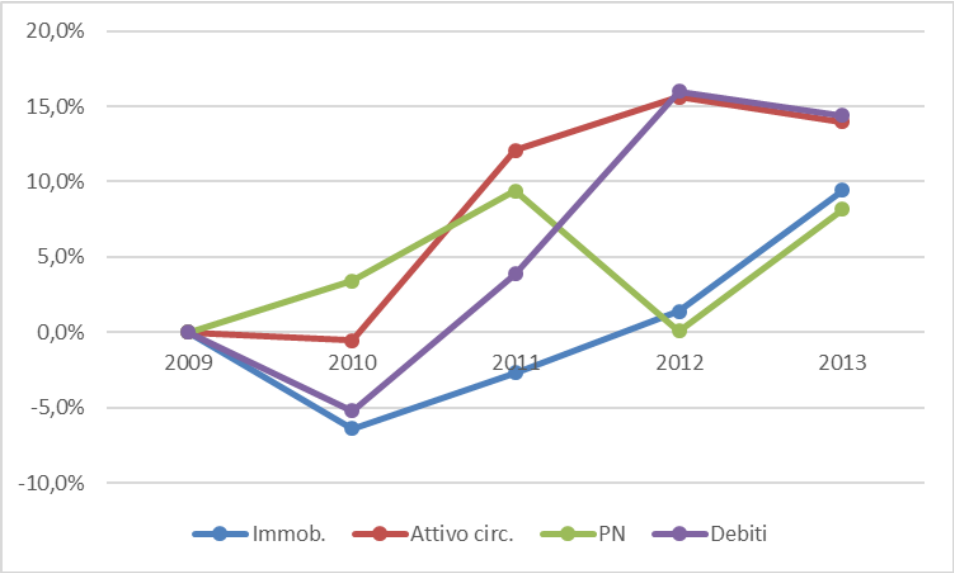
Fonte: rielaborazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Tabella 37 – Altri servizi - Serie storica dello Stato Patrimoniale (Mgl €)

		2009	2010	2011	2012	2013
TOTALE ATTIVITA'		**639.940**	**621.357**	**674.030**	**694.319**	**716.156**
A	**Crediti vs/soci**	**362**	**33**	**2.782**	**1.302**	**1.293**
B	**Immobilizzazioni**	**336.685**	**315.154**	**327.647**	**341.363**	**368.483**
B I	*Immobilizzazioni immateriali*	*29.352*	*36.009*	*39.153*	*32.750*	*34.436*
B II	*Immobilizzazioni materiali*	*223.810*	*218.127*	*208.275*	*214.418*	*212.430*
B III	*Immobilizzazioni finanziarie*	*83.523*	*61.017*	*80.218*	*94.195*	*121.617*
	immob. finanz. entro 12 mesi	*51.311*	*43.746*	*64.348*	*76.773*	*92.237*
	immob. finanz. oltre 12 mesi	*32.212*	*17.272*	*15.871*	*17.422*	*29.380*
C	**Attivo Circolante**	***294.602***	***292.956***	***330.200***	***340.627***	***335.721***
C I	*Rimanenze*	*24.799*	*20.981*	*20.779*	*26.539*	*21.309*
C II	*Crediti no immobilizzazioni*	*239.896*	*255.301*	*286.889*	*291.055*	*279.381*
	crediti entro 12 mesi	*235.870*	*252.182*	*277.531*	*280.097*	*273.527*
	crediti oltre 12 mesi	*4.026*	*3.120*	*9.357*	*10.958*	*5.854*
C III	*Attività finanziarie no immobil.*	*2.660*	*300*	*7.655*	*12.009*	*24.717*
C IV	*Disponibilità liquide*	*27.246*	*16.373*	*14.877*	*11.024*	*10.315*
D	**Ratei e risconti attivi**	**8.291**	**13.215**	**13.401**	**11.026**	**10.658**
TOTALE PASSIVITA'		**639.940**	**621.357**	**674.030**	**694.319**	**716.156**
A	**Patrimonio netto**	**218.762**	**226.225**	**239.263**	**218.910**	**236.667**
B	**Fondi rischi e oneri**	**39.905**	**40.961**	**48.124**	**45.894**	**55.653**
C	**Fondo TFR**	**19.604**	**19.652**	**20.393**	**20.558**	**19.300**
D	**Debiti**	**348.224**	**330.071**	**361.722**	**403.856**	**398.363**
	debiti entro 12 mesi	*257.556*	*246.605*	*289.622*	*309.975*	*306.710*
	debiti oltre 12 mesi	*90.668*	*83.467*	*72.101*	*93.882*	*91.653*
E	**Risconti e Ratei Passivi**	**13.446**	**4.448**	**4.528**	**5.100**	**6.172**

Fonte: rielaborazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Figura 12 – Altri servizi – Variazioni principali voci dello Stato Patrimoniale (base 2009)



Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

3.3 Trend degli indicatori di bilancio

Nel presente paragrafo vengono analizzati gli andamenti degli indici di bilancio ne periodo dal 2009 al 2013.

L'analisi dei trend dei risultati economici e patrimoniali viene effettuata osservando i valori assunti dagli indicatori nella Tabella 38 e Figura 13 per le Farmacie e nella Tabella 39 e Figura 14 per gli Altri servizi socio-sanitari e socio-assistenziali.

Da una prima lettura emerge che, sia per il settore Farmacie che per gli Altri servizi, i valori degli equilibri finanziari e patrimoniali si sono mantenuti pressoché costanti.

Per le Farmacie anche la liquidità, la redditività e la produttività, non mostrano variazioni di rilievo nell'arco dei cinque anni, mentre per gli Altri servizi gli indici relativi a questi tre fattori mettono in evidenza un, sia pur contenuto, aumento dei valori.

Tabella 38 – Farmacie - Serie storica degli Indici di Bilancio

	U.M.	2009	2010	2011	2012	2013
Indici di Redditività						
ROE	%	1,0%	0,1%	0,4%	0,8%	1,6%
ROI	%	2,5%	2,1%	2,4%	1,9%	2,8%
ROS	%	3,4%	2,5%	2,8%	2,3%	3,4%
Indici di Produttività						
N. dipendenti	n.	1.217	1.461	1.529	1.459	1.429
Ricavi pro-capite	Mgl.€	252,33	225,52	216,06	216,15	218,83
VA pro-capite	Mgl.€	63,67	58,10	55,84	58,48	60,68
Costo del lavoro procapite	Mgl.€	45,43	43,16	41,07	42,83	43,50
Rendimento dipendenti	n.	5,55	5,23	5,26	5,05	5,03
Indici della Gestione Corrente						
Oneri finanziari / VP	%	1,5%	1,6%	1,6%	1,6%	1,5%
Oneri finanziari / EBIT	%	42,7%	64,0%	58,0%	70,8%	43,5%
VA / VP	%	25,0%	25,0%	25,2%	26,1%	26,6%
Capital Turn Over	volte	0,57	0,64	0,64	0,62	0,63
Analisi della solvibilità						
Indice di liquidità	n.	0,72	0,74	0,69	0,69	0,70
Indice di disponibilità	n.	1,04	1,07	1,02	1,05	1,05
Analisi dell'Attivo (Impieghi)						
Disponibilità del Capitale	n.	0,24	0,26	0,26	0,26	0,27
Immobilizzo del Capitale	n.	0,76	0,74	0,74	0,74	0,73
Analisi del Passivo (Fonti)						
Autonomia finanziaria	n.	0,57	0,52	0,52	0,53	0,54
Indipendenza da terzi	n.	1,35	1,10	1,09	1,12	1,20
Indebitamento a breve	n.	0,23	0,25	0,26	0,25	0,25
Indebitamento a lungo	n.	0,77	0,75	0,74	0,75	0,75
Return On Debt	%	2,0%	2,1%	2,2%	2,1%	2,0%
OF/Debiti Finanziari	%	4,1%	4,6%	4,9%	4,6%	4,5%
Totale debiti/PN	n.	0,63	0,77	0,78	0,78	0,78
D/E	n.	0,36	0,42	0,40	0,41	0,38

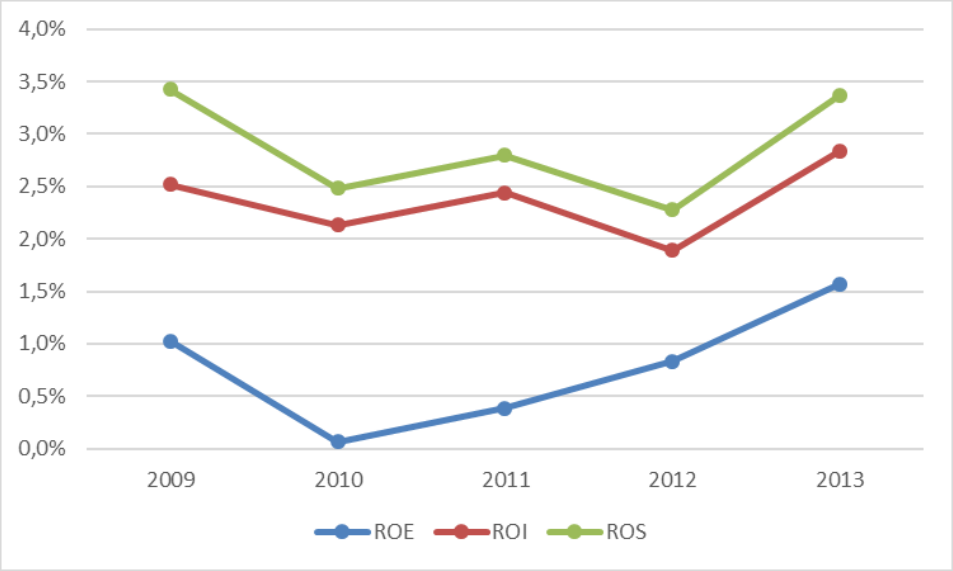
Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Tabella 39 – Altri servizi - Serie storica degli Indici di Bilancio

	U.M.	2009	2010	2011	2012	2013
Indici di Redditività						
ROE	%	0,8%	0,5%	0,4%	-16,4%	6,9%
ROI	%	2,9%	2,6%	3,6%	1,4%	4,4%
ROS	%	2,7%	2,2%	3,0%	1,2%	3,4%
Indici di Produttività						
N. dipendenti	n.	2.470	3.182	3.847	3.747	3.663
Ricavi pro-capite	Mgl.€	156,51	133,36	124,74	125,69	133,41
VA pro-capite	Mgl.€	54,80	42,72	43,40	41,23	44,81
Costo del lavoro procapite	Mgl.€	34,79	30,33	31,37	32,48	32,54
Rendimento dipendenti	n.	4,50	4,40	3,98	3,87	4,10
Indici della Gestione Corrente						
Oneri finanziari / VP	%	3,3%	3,3%	4,0%	3,4%	3,6%
Oneri finanziari / EBIT	%	122,7%	149,3%	134,5%	288,7%	104,7%
VA / VP	%	33,6%	31,5%	33,7%	31,5%	32,8%
Capital Turn Over	volte	0,64	0,73	0,71	0,68	0,68
Analisi della solvibilità						
Indice di liquidità	n.	1,17	1,25	1,25	1,21	1,29
Indice di disponibilità	n.	1,29	1,38	1,36	1,33	1,39
Analisi dell'Attivo (Impieghi)						
Disponibilità del Capitale	n.	0,55	0,56	0,60	0,60	0,61
Immobilizzo del Capitale	n.	0,45	0,44	0,40	0,40	0,39
Analisi del Passivo (Fonti)						
Autonomia finanziaria	n.	0,34	0,36	0,35	0,32	0,33
Indipendenza da terzi	n.	0,52	0,57	0,55	0,46	0,49
Indebitamento a breve	n.	0,42	0,40	0,44	0,45	0,44
Indebitamento a lungo	n.	0,58	0,60	0,56	0,55	0,56
Return On Debt	%	3,2%	3,7%	4,4%	3,4%	3,7%
OF/Debiti Finanziari	%	8,2%	9,4%	12,0%	8,9%	12,4%
Totale debiti/PN	n.	1,59	1,54	1,46	1,59	1,47
D/E	n.	0,75	0,69	0,66	0,83	0,60

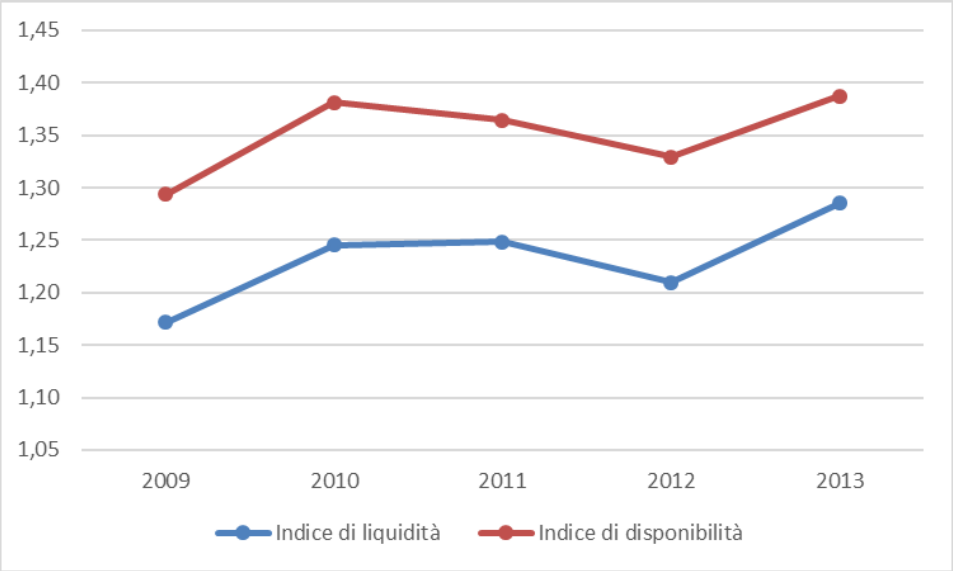
Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Figura 13 – Farmacie - Analisi della redditività



Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Figura 14 – Altri servizi - Analisi della solvibilità



Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

3.4 Investimenti e fonti di finanziamento

Considerando che dallo Stato Patrimoniale o dalle Note Integrative al Bilancio non è stato possibile rilevare direttamente l'ammontare degli investimenti annuali, è stata elaborata una simulazione degli investimenti effettuati nell'arco dei cinque anni rielaborando alcune poste di stato patrimoniale e conto economico, tramite il seguente calcolo:

investimenti (anno T) = immobilizzazioni materiali e immateriali (anno T)
+ ammortamenti immobilizzazioni materiali e immateriali (anno T)
– immobilizzazioni materiali e immateriali (anno T-1).

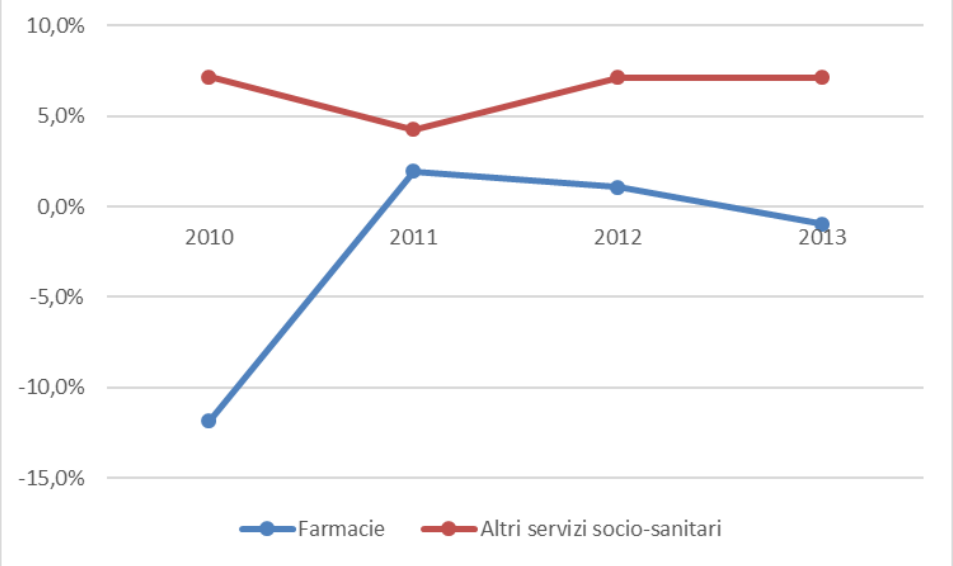
La Tabella 40 40 riporta il valore degli investimenti stimati per gli anni 2010, 2011, 2012 e 2013. Dal 2010 al 2013 gli investimenti stimati per gli operatori del gruppo Altri servizi socio sanitari e assistenziali mostrano, pur con un andamento discontinuo, variazioni annuali sempre positive. Per le Farmacie si registra invece un calo degli investimenti nel 2010 e 2013 (vedi anche Figura 15).

Tabella 40 – Stima degli investimenti (Mgl €)

	2010	2011	2012	2013
Farmacie	-50.380	7.044	3.863	-3.359
Altri Servizi Socio-Sanitari	18.123	10.878	17.673	17.626
Totale	**-32.256**	**17.922**	**21.536**	**14.267**

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Figura 15 – Variazione annuale degli investimenti



Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Dal lato del Passivo (Fonti di finanziamento) si osservano le variazioni del patrimonio netto e dei debiti.

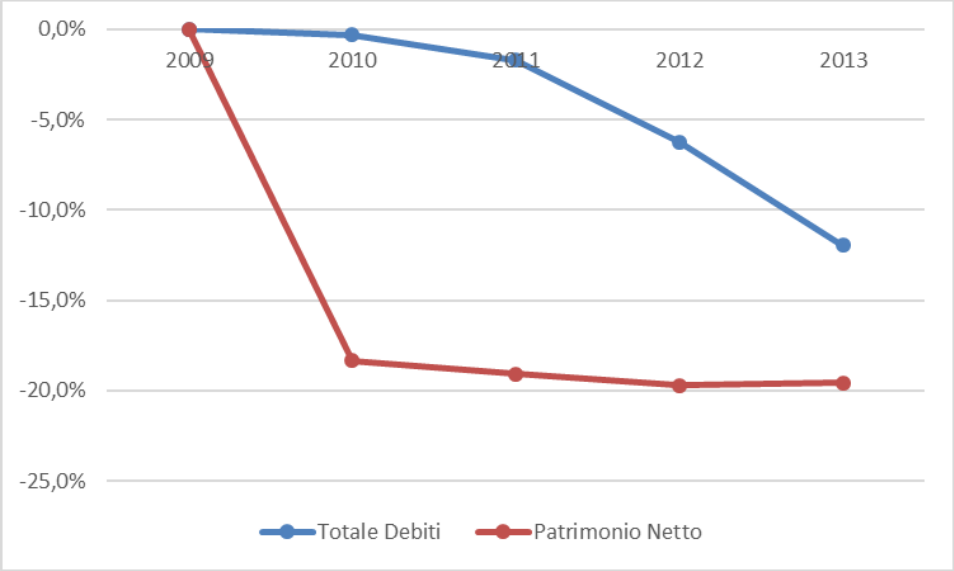
In linea con quanto emerso nell'analisi dei capitoli precedenti sugli aspetti patrimoniali, il settore Farmacie mostra un decremento di entrambe le voci nei cinque anni esaminati, più sensibile nel Patrimonio netto rispetto al totale dei Debiti (vedi Tabella 41 e Figura 16).

Tabella 41 – Farmacie - Fonti di Finanziamento (Mgl €)

	2009	2010	2011	2012	2013
Totale Debiti	211.007	210.325	207.363	197.830	185.752
Patrimonio Netto	335.295	273.804	271.361	269.237	269.743
Totale	**546.303**	**484.129**	**478.724**	**467.067**	**455.495**

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Figura 16 – Farmacie - Variazione su base 2009 delle Fonti di finanziamento



Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

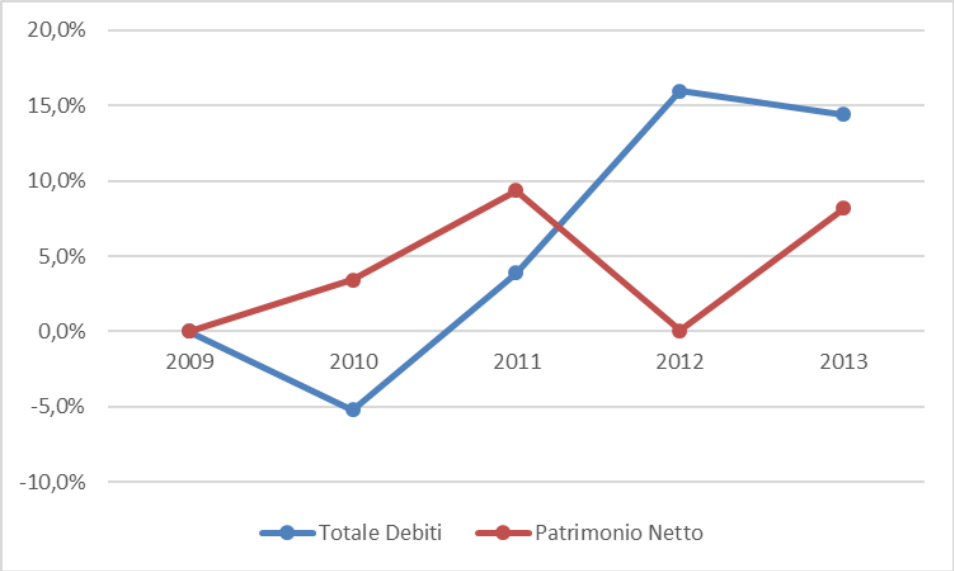
Opposta risulta invece l'evoluzione delle stesse grandezze per gli Altri servizi socio-sanitari e socio-assistenziali: totale Debiti +14% nell'arco dei cinque anni, Patrimonio netto +8% nello stesso periodo (Tabella 42 e Figura 17).

Tabella 42 – Altri servizi socio-sanitari - Fonti di Finanziamento (Mgl €)

	2009	2010	2011	2012	2013
Totale Debiti	348.224	330.071	361.722	403.856	398.363
Patrimonio Netto	218.762	226.225	239.263	218.910	236.667
Totale	**566.986**	**556.297**	**600.985**	**622.767**	**635.030**

Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

Figura 17 – Altri servizi - Variazione su base 2009 delle Fonti di finanziamento



Fonte: rilevazione Utilitatis ed elaborazioni su dati AIDA Bureau Van Dijk

IL SETTORE SOCIO-SANITARIO E SOCIO-ASSISTENZIALE

Analisi pilota su dimensione, caratteristiche

e organizzazione delle aziende del settore

SEZIONE II

L'ASSISTENZA SANITARIA:

LE CASE DI CURA PRIVATE E LE FARMACIE PUBBLICHE

A cura di

SOMMARIO

1 Assistenza sanitaria 56

1.1 I numeri del servizio sanitario 56

1.1.1 Spesa sanitaria pubblica nelle regioni 57

1.1.2 Numero di strutture per tipologia di assistenza erogata 60

2 Case di cura 64

2.1 L'assistenza ospedaliera 64

BOX - LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) 64

BOX - Tipologia strutture assistenza ospedaliera 66

2.1.1 L'accreditamento delle strutture 67

2.1.2 Approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il Regolamento per la definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera 68

BOX - Patto per la Salute 2014 - 2016 71

2.2 Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate 73

BOX - Le case di cura private accreditate al 2014 73

2.2.1 Il personale delle strutture 81

2.3 Le tendenze del SSN 82

2.3.1 La testimonianza degli ospedali privati 83

2.4 La formazione continua del personale sanitario 86

2.4.1 Programma Ecm 86

2.4.2 Gli obiettivi formativi ECM 87

2.4.3 Organi Istituzionali ECM 88

2.4.4 Elenco Professioni ECM 89

2.4.5 Elenco delle professioni sanitarie 89

2.4.6 Crediti ECM 92

2.4.7 Accreditamento ECM 92

3 Farmacie 94
3.1 La presenza delle farmacie sul territorio 94
3.2 Il mercato delle farmacie 97
3.3 Meccanismi di regolazione della spesa farmaceutica 99
3.4 Le modalità di distribuzione del farmaco 100
BOX - La rilevanza della distribuzione diretta per le farmacie 102
3.5 Spesa farmaceutica 104
3.5.1 Il contributo delle farmacie al contenimento della spesa 107
3.5.2 Quote di partecipazione a carico dei cittadini 108
3.5.3 L'andamento della spesa a livello regionale 108
3.6 Le tendenze per la farmacia 110
BOX - Novità normative - Disegno di legge sulla concorrenza 110
BOX - Farmacia dei servizi 112
BOX - L'evoluzione del mercato 114
BOX - La vendita online 115
BOX - Forme di integrazione tra farmacie 116
3.7 Il Farmacista 119
3.8 Percorso formativo 122
3.8.1 Come si sviluppa la carriera? 125
3.8.2 Corsi di aggiornamento per farmacisti di comunità 126
3.8.3 L'offerta formativa 127
3.9 Farmacie comunali 128
3.9.1 Farmacia pubblica 128
3.9.2 Ruolo sociale delle farmacie comunali 129
3.9.3 La gestione delle farmacie comunali 130
ALLEGATO - Nuovi servizi: linee di indirizzo del ministero della salute 134

INDICE FIGURE

Figura 1: Spesa sanitaria pubblica corrente per abitante (Italia = 100) . Anno 2012.....57
Figura 2: Quota di spesa convenzionata (sul totale della Spesa sanitaria pubblica corrente regionale) per regione. Dati 2011.....58
Figura 3: Numero di strutture per tipologia di assistenza erogata - anno 2012 61
Figura 4: Quota di strutture pubbliche e private per tipologia di assistenza erogata - anno 2012.....62
Figura 5: Variazione percentuale dal 2009 al 2012 delle strutture divise per tipologie di assistenza. 63
Figura 6: Variazione percentuale 2009 2012 delle strutture di ricovero pubbliche e private (anno 2009=100).....73
Figura 7: Numerosità delle case di cura private accreditate e non. Dati al 2014.....74
Figura 8: Composizione % dei posti letto tra strutture pubbliche e private accreditate 74
Figura 9: Totale posti letto previsti nelle strutture di ricovero (pubbliche e accreditate) per 1.000 abitanti. Anno 2012.....75
Figura 10: Posti letto previsti accreditati per 1.000 abitanti. Anno 2012 77
Figura 11: Percentuale di utilizzo dei p.l. nelle strutture pubbliche e accreditate. Anno 2012 78
Figura 12: Percentuale di posti letto utilizzati per disciplina nelle strutture accreditate, sul totale dei posti letto effettivamente utilizzati. Anno 2012.....79
Figura 13: Quota regionale di addetti delle case di cura private accreditate ogni 100 addetti regionali in strutture di ricovero pubbliche ed equiparate. Anno 2012.....81
Figura 14: Percentuale di farmacie comunali sul totale farmacie per regione. Anno 2014.....96
Figura 15: Il mercato del farmaco.....98
Figura 16: Andamento spesa netta e numero ricette 2014/2013.....109
Figura 17: Prodotti preferiti. 115
Figura 18: Farmacie appartenenti a gruppi a livello europeo 117
Figura 19: Forme di integrazione.....118

INDICE TABELLE

Tabella 1: Discipline in cui non sono presenti posti letto utilizzati in strutture private accreditate. Anno 2012. 80
Tabella 2: Personale delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate e delle case di cura private. Anno 2012 82
Tabella 3: Professioni sanitarie 89
Tabella 4: Rapporto farmacie/abitanti in Italia (marzo 2015) 95
Tabella 2: La spesa farmaceutica territoriale 105
Tabella 6: Trattenute a carico delle farmacie 107

3.5 I numeri del servizio sanitario

La spesa sanitaria pubblica misura quanto viene destinato per soddisfare il bisogno di salute dei cittadini in termini di prestazioni sanitarie.
La nostra spesa sanitaria pubblica corrente supera i 110 miliardi di euro[1], circa il 7% del Pil, a cui si deve aggiungere un ulteriore 1,8% a carico delle famiglie[2].
In Italia la parte di prodotto interno lordo dedicata alla spesa sanitaria (pubblica e privata) è inferiore alla media dei paesi Ocse[3]. Come incidenza sul Pil, il nostro paese (8,8%) è simile a Spagna (8,9%), Portogallo (9%) e Grecia (9,2%), ma al di sotto dei livelli di Francia e Germania (rispettivamente 10,9% e 11,0%).
Spendiamo anche nel 2013[4] un valore pro capite pari a 3.077 dollari a fronte di una media Ocse pari a 3.453[5], pur mantenendo cure di qualità superiore. Un risultato portato in particolare dalla spesa farmaceutica, che in 4 anni si è ridotta più del 3%, grazie soprattutto alla maggiore diffusione dei farmaci equivalenti (o generici), utilizzo che comunque ancora non raggiunge la media dei principali paesi[6].
Un rallentamento quello della spesa farmaceutica emerso in gran parte dei paesi Ocse, contrario a quello rilevato invece per l'acquisto di farmaci ospedalieri. Proprio come è accaduto da noi, molti paesi hanno attuato politiche per incrementare il mercato dei generici[7].

L'analisi Ocse evidenzia le tendenze della popolazione italiana che ha ottime speranze di vita alla nascita– con una vita media di quasi 83 anni[8], tra i valori più elevati[9] – ma che non da buone

[1] Pari al 7 per cento del Pil del 2012.

[2] Rapporto Istat, Noi Italia 2014.

[3] Dal rapporto Ocse "Health at a Glance 2015".

[4] In discesa in termini reali già a partire dal 2011.

[5] A parità di potere d'acquisto.

[6] In Italia i farmaci equivalenti sono in termini di valore l'11% del mercato farmaceutico e il 19% dei volumi venduti, mentre la media Ocse è pari al 24% del valore e al 48% dei volumi venduti.

[7] La quota di mercato dei generici rimane ancora relativamente bassa anche in Svizzera, Grecia e Giappone.

[8] Contro una media di 80,5 anni.

[9] In testa il Giappone con 83,4 anni, seguito da Spagna (83,2) e Svizzera (82,9)

performance sulla prevenzione e sull'assistenza agli anziani, soprattutto in quella a lungo termine, infatti pur avendo una media di vita più lunga, dopo i 65 anni si vive mediamente peggio[10].

Nel nostro paese, più del 77% della spesa è pubblica - un dato leggermente al di sopra della media Ocse pari al 73% - ed il restate (pari quasi al 23%) è privata[11]. La spesa "out-of-pocket" dei cittadini italiani è relativamente elevata, rispetto ad altri paesi dell'Europa occidentale come Francia (7%), Germania (14%) e Regno Unito (10%), anche se ancora al di sotto di altri paesi dell'Europa meridionale come la Grecia (31%) e Portogallo (28%).

3.5.1 Spesa sanitaria pubblica nelle regioni[12]

L'Istat, nel 2014[13] rilevava che la maggiore partecipazione delle famiglie alla spesa sanitaria totale si registrava in Friuli-Venezia Giulia (28,1%), seguita da Emilia-Romagna (26,4%); le incidenze più basse si rilevavano invece per tutte regioni del Mezzogiorno, in particolare Sardegna (14,8%), Basilicata (15%) e Campania (15,8%).

Anche nella spesa pubblica pro capite, le regioni del Mezzogiorno sono quelle con un livello più basso[14], (un gap di poco più di 3 punti percentuali), al contrario le regioni del Centro stanno sopra la media (di più di 4 punti percentuali) mentre il Nord - Ovest è in linea col valore medio.

Figura 18: Spesa sanitaria pubblica corrente per abitante (Italia = 100) . Anno 2012

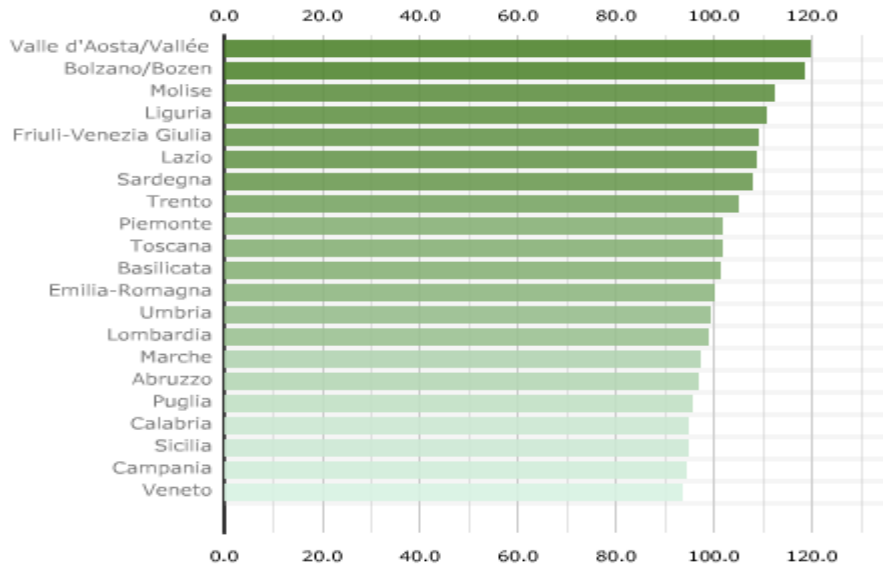
[10] Ocse: in Italia spesa sanitari sotto la media. Di R. Magnano, Il sole 24 Ore, 5 novembre 2015.

[11] Contro una media Ocse del 20% circa.

[12] Quanto scritto in questo paragrafo è in buona parte tratta dal report Istat 2015 "Noi Italia". http://noi-italia.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=41

[13] Rapporto Istat, Noi Italia 2014.

[14] Rapporto Istat 2015 "Noi Italia". http://noi-italia.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1%5Bid_pagina%5D=41.

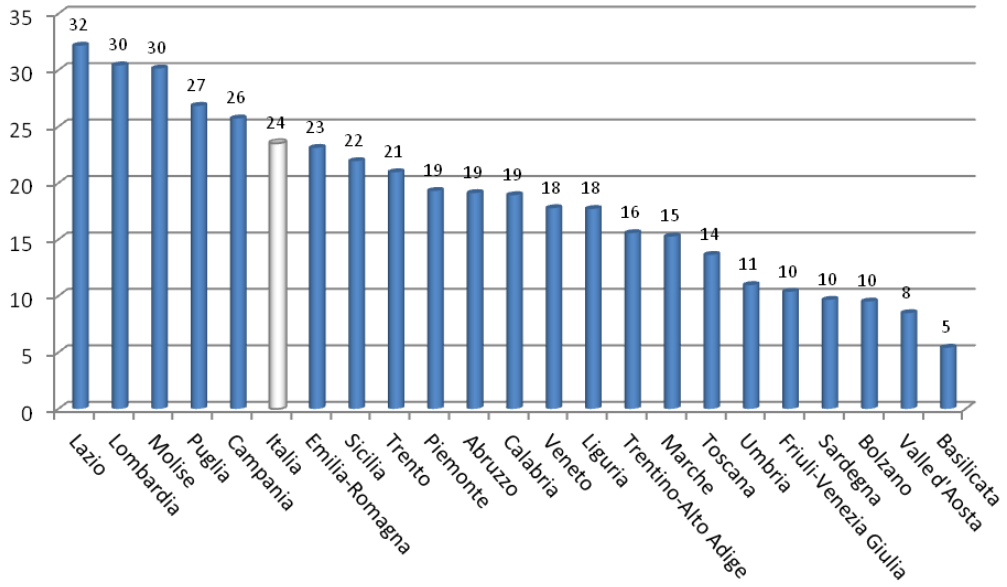


Fonte: Istat

Su base nazionale, il 36,4% della spesa sanitaria pubblica corrente è destinato a servizi in regime di convenzione, mentre ben oltre la metà (57%) riguarda la fornitura di servizi erogati direttamente. Anche a livello di singola regione si riscontra una prevalenza della spesa per servizi sanitari forniti direttamente, pur osservando una quota più elevata di spesa per servizi in regime di convenzione per le regioni Lombardia (43%), Campania (42%) e Lazio (42%). In Italia, la spesa in convenzione è indirizzata in prevalenza verso l'assistenza medica di base e specialistica (28%), l'assistenza farmaceutica (24%) e le prestazioni fornite dalle case di cura private (24%%).

Il Lazio ha la maggiore quota di spesa convenzionata affidata alle case di cura private (32%) seguito da Lombardia e Molise (entrambe con il 30%), mentre per Basilicata (5%) e Valle d'Aosta (8%) si rilevano le incidenze minori.

Figura 19: Quota di spesa convenzionata (sul totale della Spesa sanitaria pubblica corrente regionale) per regione. Dati 2011.



Fonte: Istat, Health for All - Italia. Noi Italia, edizione 2015

3.5.2 Numero di strutture per tipologia di assistenza erogata[15]

Il Ministero della Salute, nell'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale diffuso a maggio 2015, presenta i dati al 2012 delle strutture del SSN.
Le tipologie di assistenza individuate sono:
Assistenza ospedaliera,
Assistenza specialistica ambulatoriale[16],
Assistenza territoriale residenziale,
Assistenza territoriale semiresidenziale,
altra assistenza territoriale[17] e
Assistenza riabilitativa ex. art. 26 L. 833/78.

Illustriamo di seguito una breve sintesi delle Strutture di assistenza territoriale presenti a livello nazionale, suddivise per tipologia e natura (pubblica e privata).

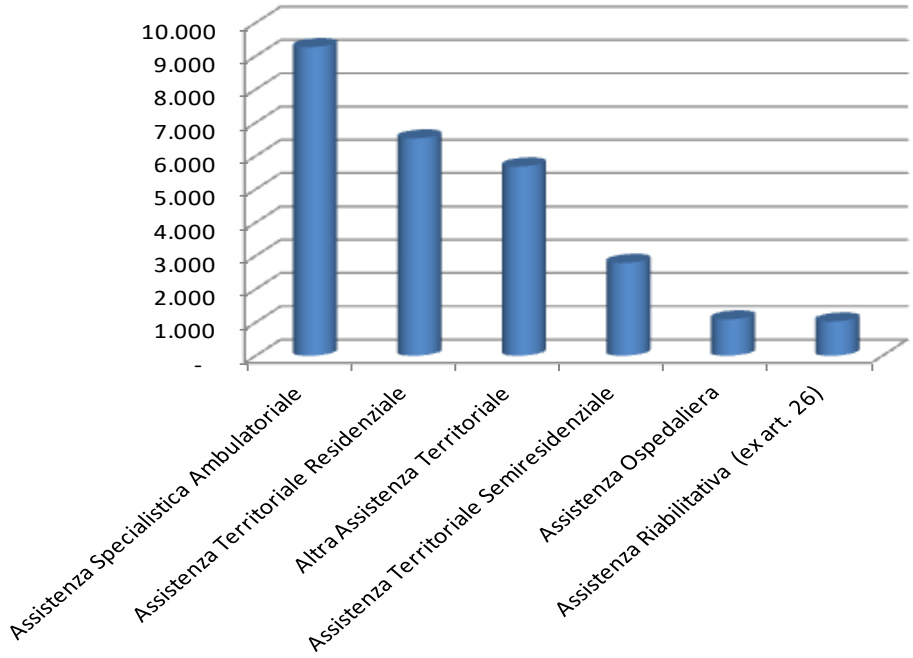
[15] *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN. Per i dati dell' 2012*. A cura del Ministero della Salute, Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, Anno 2015.

[16] Si riferisce alle attività di assistenza specialistica (clinica, laboratorio, diagnostica strumentale e per immagini) erogate da Ambulatori e Laboratori.

[17] Si riferisce alle attività di assistenza di tipo territoriale erogate da Centri dialisi ad assistenza limitata, Stabilimenti idrotermali, Centri di salute mentale, Consultori materno-infantili e Centri distrettuali.

Le strutture di assistenza territoriale censite risultano pari a 1.091 per l'assistenza ospedaliera, 9.268 per l'assistenza specialistica ambulatoriale, 6.526 per l'assistenza territoriale residenziale, 2.787 per l'assistenza territoriale semiresidenziale, 5.682 per l'altra assistenza territoriale e 1.027 per l'assistenza riabilitativa (ex. art. 26 L. 833/78).

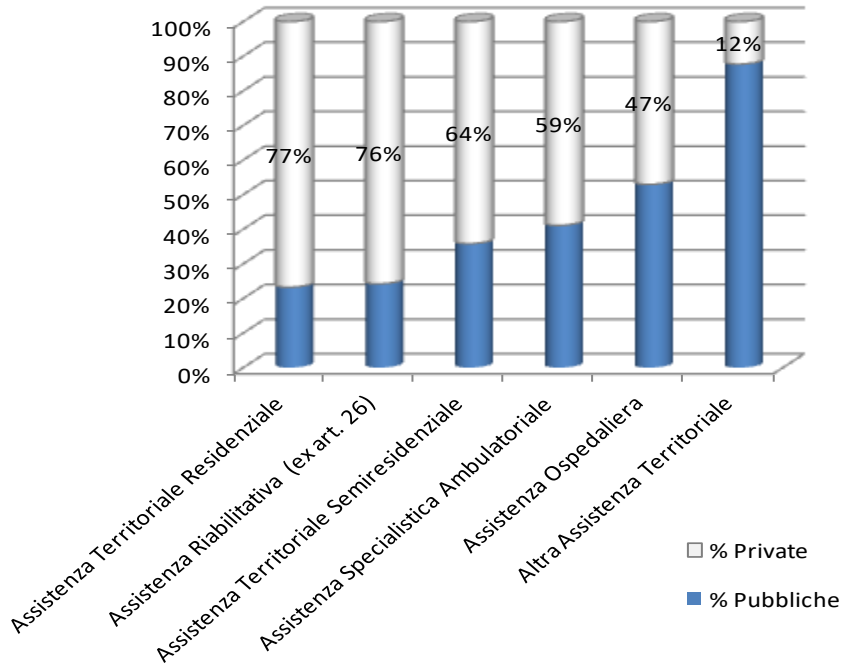
Figura 20: Numero di strutture per tipologia di assistenza erogata - anno 2012



Elaborazione dati Ministero della Salute

Il 53% delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e l'88% delle "altre strutture" di assistenza territoriale (attività di assistenza di tipo territoriale erogate da Centri dialisi ad assistenza limitata, Stabilimenti idrotermali, Centri di salute mentale, Consultori materno-infantili e Centri distrettuali) sono pubbliche. Sono in maggioranza private accreditate le strutture che erogano assistenza territoriale residenziale (76,7%) e semiresidenziale (64,2%) e quelle che erogano assistenza riabilitativa ex art.26 L. 833/78 (75,8%).

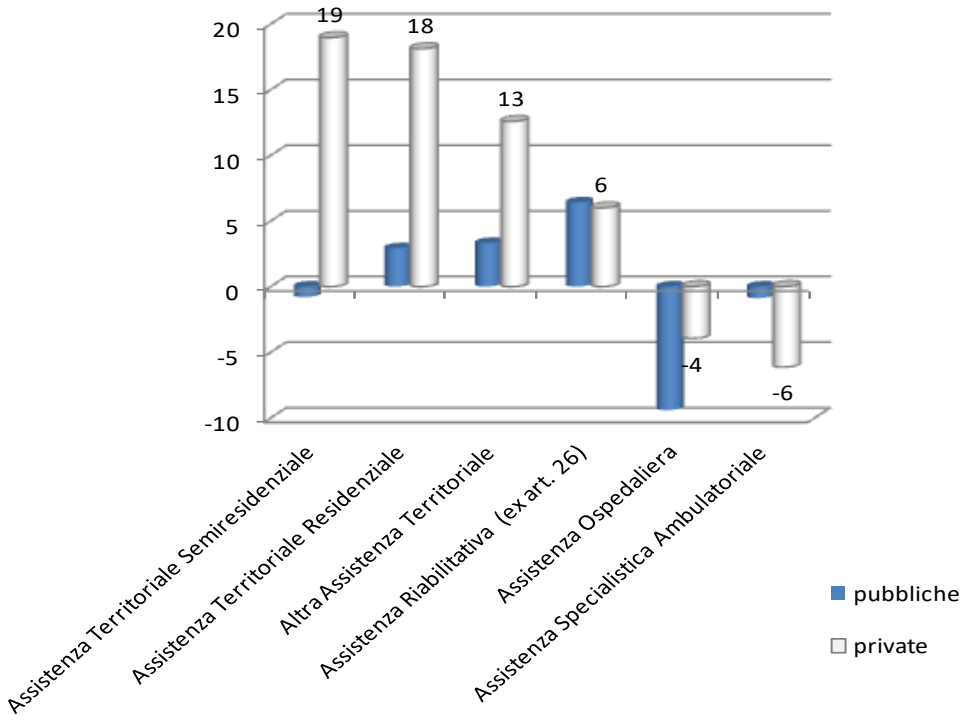
Figura 21: Quota di strutture pubbliche e private per tipologia di assistenza erogata - anno 2012



Elaborazione dati Ministero della Salute

L'assistenza ospedaliera, prevalentemente appannaggio di strutture pubbliche, è quella che ha visto il maggior ridimensionamento dal 2009 per effetto di razionalizzazioni e accorpamenti. Mentre l'assistenza prevalentemente privata delle strutture territoriali residenziali e semiresidenziali è aumenta di circa il 20%. Ciò conferma le dinamiche di spesa pubblica in atto e le esigente emergenti delle popolazione che si traducono in tagli della spesa pubblica sulla Sanità e parallelo incremento della popolazione anziana, la quale richiede maggior servizi di cura, coperti prevalentemente da spesa privata delle famiglie.

Figura 22: Variazione percentuale dal 2009 al 2012 delle strutture divise per tipologie di assistenza.



Elaborazione dati Ministero della Salute

3.6 L'assistenza ospedaliera[18]

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) garantisce l'assistenza ospedaliera che prevede tutte le prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza[19].

BOX - LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)

Con il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002 sono stati definiti i Livelli essenziali di assistenza (le principali fonti normative sui Livelli essenziali di assistenza sono il decreto legislativo n. 502 del 1992, aggiornato dal decreto legislativo n. 229 del 1999 e dalla legge n. 405 del 2001), vale a dire le prestazioni e i servizi che il Ssn è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket).

I Lea sono organizzati in tre grandi aree:

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro che include le attività di prevenzione rivolte alle collettività e ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);
- Assistenza distrettuale che comprende le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, Sert, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, etc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);

[18] http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=120&area=Servizi_al_cittadino_e_al_paziente.

[19] Per poter erogare qualsiasi prestazione, oltre alla struttura, occorre attenersi e rispettare i cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) con cui il SSN assicura prestazioni e servizi a tutti i cittadini indipendentemente dal reddito e luogo di residenza esigendo o meno il pagamento di un contributo meglio noto come ticket.

- Assistenza ospedaliera Pronto soccorso, riguardante il ricovero ordinario, day hospital e day surgery.

Il fine istituzionale di tutela della salute del SSN non è un compito esclusivo del sistema pubblico, ma è un obiettivo dell'intero sistema sociale, cui concorrono soggetti pubblici e privati che hanno ruoli diversi, ma di pari dignità.

I servizi inclusi nell'assistenza ospedaliera sono[20]:

- pronto soccorso;
- degenza ordinaria;
- day hospital;
- day surgery;
- interventi ospedalieri a domicilio (in base ai modelli organizzativi fissati dalle Regioni);
- riabilitazione;
- lungodegenza;
- raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali;
- attività di prelievo, conservazione e distribuzione di tessuti;
- attività di trapianto di organi e tessuti.

Il ricovero per l'assistenza ospedaliera può essere effettuato in:

- Presidi ospedalieri (PO),
- Aziende ospedaliere (AO),
- Aziende ospedaliero-universitarie (AOU) o Policlinici Universitari a gestione diretta,
- Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs)[21]
- Case di cura o strutture private accreditate con il Ssn.

[20]Dal sito Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=120&area=Servizi_al_cittadino_e_al_paziente.

[21] Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Il Ministero della Salute ha la vigilanza sugli Irccs per garantire che la ricerca da essi svolta sia finalizzata all'interesse pubblico con una diretta ricaduta sull'assistenza del malato.

BOX - Tipologia strutture assistenza ospedaliera

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera
sono definite strutture di ricovero pubbliche:
- le aziende ospedaliere;
- gli ospedali a gestione diretta;
- le aziende ospedaliere integrate con il Servizio Sanitario Nazionale;
- le aziende ospedaliere integrate con l'Università;
- gli IRCCS pubblici anche costituiti in fondazioni.

Sono definite strutture di ricovero equiparate alle pubbliche:
- i policlinici universitari privati;
- gli IRCCS privati e le fondazioni private;
- gli ospedali classificati o assimilati ai sensi dell'art.1, ultimo comma, L. 132/1968;
- gli istituti privati qualificati presidi A.S.L.;
- gli enti di ricerca.

Sono definite strutture di ricovero private le case di cura private autorizzate, accreditate e non accreditate con il SSN.

Nota: Normalmente nelle pubblicazioni che trattano l'argomento ove non diversamente specificato, il termine "strutture di ricovero pubbliche" ricomprende le strutture pubbliche e quelle equiparate.

Come viene riportato sul sito del Ministero della Salute, i professionisti e le strutture sanitarie private, sono una risorsa del SSN e la loro qualità è vincolata alla concessione dell'accreditamento all'esercizio dell'attività[22]. I cittadini quindi possono liberamente scegliere dove poter usufruire delle prestazioni individuate dai livelli essenziali di assistenza, vedendosi applicate le stesse condizioni del servizio pubblico.

I presidi del servizio sanitario nazionale, siano essi pubblici che privati, vanno considerati in linea di principio su di un piano di parità, grazie ad un meccanismo di finanziamento del settore basato sul sistema di remunerazione a tariffa delle prestazioni sanitarie rese nei confronti dell'utenza, sia ove vengano direttamente erogate dalle aziende sanitarie e ospedaliere, sia nel caso in cui vengano da quelle acquistate, in base ad accordo o contratto, da ogni altra struttura accreditata.

Questo sistema risponde all'esigenza, per un verso, di garantire elementi di concorrenza come fattore di stimolo dell'economicità e dell'efficienza e, per altro verso, di salvaguardare il diritto dell'assistito di scegliere liberamente la struttura, pubblica o privata, alla quale rivolgersi.

[22] Art.8 ter D.lgs n. 502/1992.

Esiste tuttavia un elemento che distingue l'operare delle strutture pubbliche da quelle private; i presidi sanitari pubblici, a differenza degli altri soggetti privati accreditati, hanno l'obbligo di rendere le prestazioni agli assistiti anche oltre il tetto preventivato, nei limiti ovviamente della loro capacità operativa determinata dall'assetto strutturale ed organizzativo. In definitiva, le strutture private, pur prestando un servizio pubblico del tutto analogo sotto ogni altro aspetto, sono vincolate ad erogare le prestazioni sanitarie richieste nell'ambito del servizio sanitario nazionale unicamente nei limiti stabiliti negozialmente[23].

3.6.1 L'accreditamento delle strutture

Ogni Regione, prima di concedere l'accreditamento, verifica i requisiti strutturali (inerenti agli spazi fisici) e organizzativi (delle professionalità) presso i soggetti che ne facciano richiesta, in seguito alla verifica dei quali, il privato potrà richiedere l'accreditamento, grazie al quale si controlla che la struttura possegga gli adeguati standard qualitativi e funzionali per erogare le prestazioni stabilite dal SSN. Solo in seguito sopraggiungono gli accordi regionali, attraverso cui il servizio sanitario regionale stabilisce quali e quante prestazioni quella struttura dovrà fornire in sua vece.

L' "accreditamento" include 3 step[24]:
• l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie;
• l'accreditamento, attraverso il quale il soggetto autorizzato acquisisce la condizione di idoneità a prestare tali servizi per conto del SSN;
• la stipula di accordi contrattuali tra Regione, ASL e soggetti accreditati, nell'ambito dei quali si acquisisce il diritto a fornire prestazioni a carico del SSN.

Le Regioni hanno la competenza di stabilire l'organizzazione dell'assistenza ospedaliera basandosi sugli standard strutturali, tecnologici e quali-quantitativi determinati a livello nazionale.
La rete ospedaliera regionale deve infatti assicurare, in base alla rispettiva popolazione residente, un determinato numero di posti letto.

Con le leggi di stabilità che negli ultimi anni si sono susseguite si è andati sempre più nella

[23] Strutture pubbliche e strutture private accreditate; Regimi di funzionamento a confronto. http://www.studiocataldi.it/news_giuridiche_asp/news_giuridica_14739.asp

[24] Osservatorio sulla Sanita' privata accreditata - a cura del Cergas Bocconi, 2007.

direzione di una maggiore riorganizzazione/razionalizzazione dei posti letto che le strutture devono mettere a disposizione. Ciò si sostanziano nell'incremento del tasso di occupazione dei posti letto, nella riduzione della degenza media e del tasso di ospedalizzazione. In particolare la Legge 135/2012 (spending review), ha previsto una riorganizzazione dei posti letto che dovevano passare a 3,7 posti letto per mille abitanti, di cui 0,7 destinati a riabilitazione e lungodegenza.

3.6.2 Approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il Regolamento per la definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera

Gli interventi normativi che si sono susseguiti[25], hanno operato un disegnato delle politiche sanitarie in cui le Regioni sono chiamate a rispondere secondo il principio della sostenibilità economica, pianificando il contenuto dell'azione strategica per rispondere ai bisogni dei cittadini.

Il nuovo regolamento per la definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera (Decreto n. 70 del 02/04/2015), disciplinato dal decreto legge sulla spending review del 2012 - che si inserisce nella più ampia cornice del Patto per la salute 2014-2016 - definisce appunto gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, ridisegnando la rete ospedaliera e impattando profondamente sull'attuale offerta di servizi ai cittadini, sul loro diritto alla salute e più in generale sul futuro assetto del Servizio sanitario nazionale (Ssn).

Il provvedimento avvia il processo di riassetto strutturale e di qualificazione della rete assistenziale ospedaliera; esso consentirà ai cittadini di poter usufruire, nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, di livelli qualitativi appropriati e sicuri, producendo, una significativa riduzione dei costi e garantendo al contempo l'effettiva erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.
Un sistema questo, basato sull'**integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali** e sull'**integrazione tra i servizi ospedalieri.**
Gli obiettivi di razionalizzazione che si traducono in "riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media ed del tasso di ospedalizzazione" ma che aumentano la

[25] Tra gli ultimi significativi ricordiamo la legge 135 del 7 agosto 2012 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95" e l'accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del Sistema della emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" ai sensi dell'art. 4 del D.lgs. 281/1997.

produttività e che quindi vanno nella direzione di promuovere "la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero ospedaliero, quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente"[26].

Tra le misure di interesse, nel regolamento si individuano:

- Limiti all'accreditamento delle strutture private prevedendo, per le strutture ospedaliere private accreditate, un numero minimo di posti letto: non possono essere più accreditate nuove strutture con meno di 60 posti letto per acuti e dal 1° luglio 2015 non potranno essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti, fatta eccezione per le strutture monospecialistiche. Dal 1° gennaio 2017 non potranno essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per acuti che non siano state interessate dalle aggregazioni previste dallo stesso Regolamento;
- Si indicano alle regioni i limiti sui posti letto: attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati il limite di 3 posti letto per mille abitanti a cui si aggiungono, anche per i presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati monospecialistici, funzioni di lungodegenza e riabilitazione, entro il limite di 0,7 posti letto per mille abitanti, di cui almeno 0,2 per la lungodegenza;
- Si fissa il tasso di occupazione del posto letto e durata di degenza. Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 abitanti) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 abitanti), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni;
- Si classificano le strutture ospedaliere in tre livelli a complessità crescente: presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti; presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti; presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti;
- Si forniscono criteri di riferimento che tengono conto del rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture. Sia per i volumi sia per gli esiti, le soglie minime, identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche, possono consentire di definire criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera ed eventuali valutazioni per l'accreditamento;
- Si rimodulano gli standard di qualità per i singoli Presidi basati sulla Clinical governance, dalla gestione del rischio clinico alla formazione del personale e alla valutazione della qualità delle cure;

[26] http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=1694.

- Si prevede che le Regioni e le Province Autonome organizzino la rete ospedaliera in reti specifiche in base al modello hub and spoke;
- Si forniscono indicazioni in merito alla integrazione ospedale-territorio e continuità di cura, anche relativamente alla creazione di strutture intermedie e dei cosiddetti ospedali di comunità.

Si attua in definitiva sia l'integrazione tra servizi ospedalieri, che quella tra ospedali e servizi territoriali per far si che la presa in carico del paziente avvenga garantendo che tutti gli attori della rete svolgano il proprio ruolo, garantendo qualità ed efficienza in base ai contesti. Non in un'ottica di semplice razionalizzazione ma per ridurre, all'interno del sistema sanitario nazionale, le differenze, spesso causa di inefficienza e minor sicurezza per i cittadini.

3.6.2.1 FORMAZIONE E RISORSE UMANE

Un altro importante adempimento previsto dal patto per la salute 2014-2016 (all'art. 22, comma, 4 lettera e) e strettamente connesso al regolamento è quello degli Standard di personale per livello di assistenza.

BOX - Patto per la Salute 2014 - 2016

ART. 22 Gestione e sviluppo delle risorse umane

[…]

3. Si conviene, …, di procedere ad innovare l"accesso delle professioni sanitarie al Servizio Sanitario Nazionale, nonché a ridisciplinare la formazione di base e specialistica, lo sviluppo professionale di carriera con l"introduzione di misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle attività professionali e nell"utilizzo del personale nell"ambito dell"organizzazione aziendale.

4. Al fine di realizzare le finalità di cui ai precedenti commi, si conviene che il Governo e le Regioni istituiscono apposito Tavolo politico per individuare, anche alla luce di esperienze di altri paesi UE, specifiche soluzioni normative. Il Tavolo concluderà i lavori entro il 31 ottobre 2014 e si concluderà con la definizione di un disegno di legge delega che dovrà specificamente dettare principi e criteri direttivi in ordine a:

a. valorizzazione delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale, per favorire l"integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi, senza nuovi maggiori oneri a carico della finanza pubblica;

b. accesso delle professioni sanitarie al Servizio Sanitario Nazionale ;

c. disciplina della formazione di base e specialistica per il personale dipendente e convenzionato della formazione di base specialistica;

d. disciplina dello sviluppo professionale di carriera con l"introduzione di misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle attività professionali e nell"utilizzo del personale nell"ambito dell"organizzazione aziendale;

e. introduzione di standards di personale per livello di assistenza, anche attraverso la

valorizzazione delle iniziative promosse a livello comunitario, ai fini di determinare il fabbisogno dei professionisti sanitari a livello nazionale;
[…]

È evidente, come ricorda l'associazione dei pazienti, che quando si ridefinisce l'offerta ospedaliera, attraverso standard, è necessario anche stabilire quante (e quali) risorse umane ne dovranno garantire il rispetto, tale adempimento però non è ancora stato portato a termine, mentre invece gli standard ospedalieri sono già operativi, una discrasia che rappresenta una criticità soprattutto per i cittadini[27].

A tale proposito il regolamento sugli standard ospedalieri riporta solo che la formazione continua del personale dovrà necessitare di:

– rilevazione e valutazione sistematica dei bisogni formativi, con particolare attenzione alla introduzione di innovazioni tecnologiche e organizzative nonché all'inserimento di nuovo personale,

– valutazione dell'efficacia dei programmi formativi attuati.

Quindi, come conviene il Presidente della Federazione delle Società medico-scientifiche italiane (Fism)[28], il possesso di capacità professionali specifiche per una determinata specializzazione da parte degli operatori è un importante elemento non trattato nel Regolamento degli standard, è quindi "indispensabile che le società scientifiche identifichino e aggiornino costantemente le capacità professionali degli specialisti, specie se sono dedicati alle problematiche dell'urgenza o se sono inseriti in strutture di riferimento". Il presidente prosegue sottolineando che per ridurre i costi sociali è indispensabile investire sulla professionalità degli specialisti, con un costante aggiornamento, di cui la società scientifica deve farsi carico, identificando sia gli standard professionali minimi - attualizzati ai nuovi metodi e procedure mediche o chirurgiche - sia quelli rivolti all'eccellenza

[27] Rivista trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Monitor nr. 38, "Elementi di analisi e osservazione del sistema salute", anno 2015.

[28] Franco Vimercati, Rivista trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Monitor nr. 38, "Elementi di analisi e osservazione del sistema salute", anno 2015.

3.7 Strutture di ricovero pubbliche e private accreditate[29]

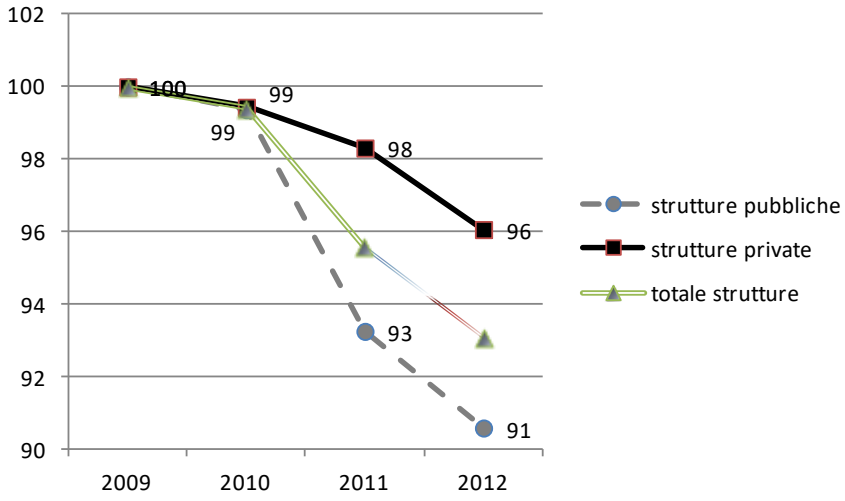
Nel 2012 l'assistenza ospedaliera annoverava 1.091 istituti di cura, di cui il 53% pubblici ed il rimanente 47% privati accreditati. Un numero che già dagli anni passati risulta in decrescita per effetto della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture.

Le strutture private però negli anni precedenti al 2012 hanno subito un ridimensionamento inferiore al 4%, meno marcato di quelle pubbliche, la cui diminuzione è stata di 9 punti e mezzo percentuali.

Il 65% delle strutture pubbliche è costituito da ospedali direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie Locali, il 10% da Aziende Ospedaliere, ed il restante 24% dalle altre tipologie di ospedali pubblici.

Al 2012 il 90% delle case di cura private erano accreditate.

Figura 23: Variazione percentuale 2009 2012 delle strutture di ricovero pubbliche e private (anno 2009=100)



Elaborazione su dati Ministero della Salute

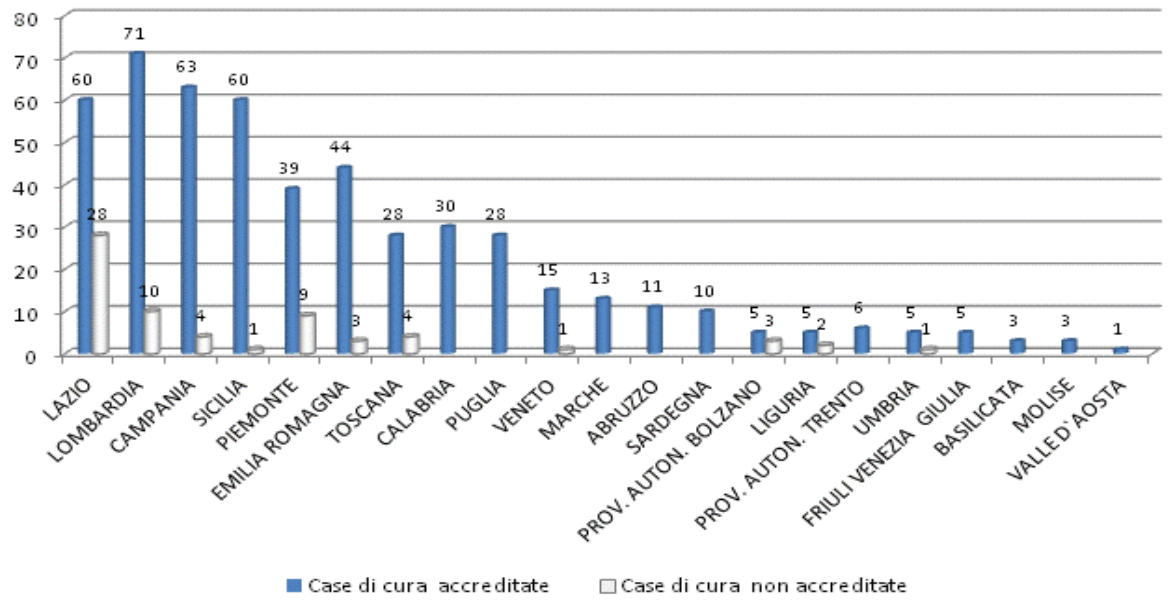
BOX - Le case di cura private accreditate al 2014

Al 2014 le case di cura private accreditate subiscono un ulteriore decremento di un punto e mezzo percentuale, prodotto soprattutto dalla Puglia (che da 33 strutture passa a 28) e dalla Sicilia (da 63 a 60), mentre Emilia-Romagna e Campania diminuiscano una struttura a testa. La maggior parte delle regioni ha invece mantenuto stabile il numero delle case di

[29] *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN. Anno 2012*. A cura del Ministero della Salute, Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, Anno 2015.

cura, solo la Liguria ed il Piemonte ne hanno aumentato la presenza, passando la prima da 4 a 5 strutture e il secondo da 37 a 39.

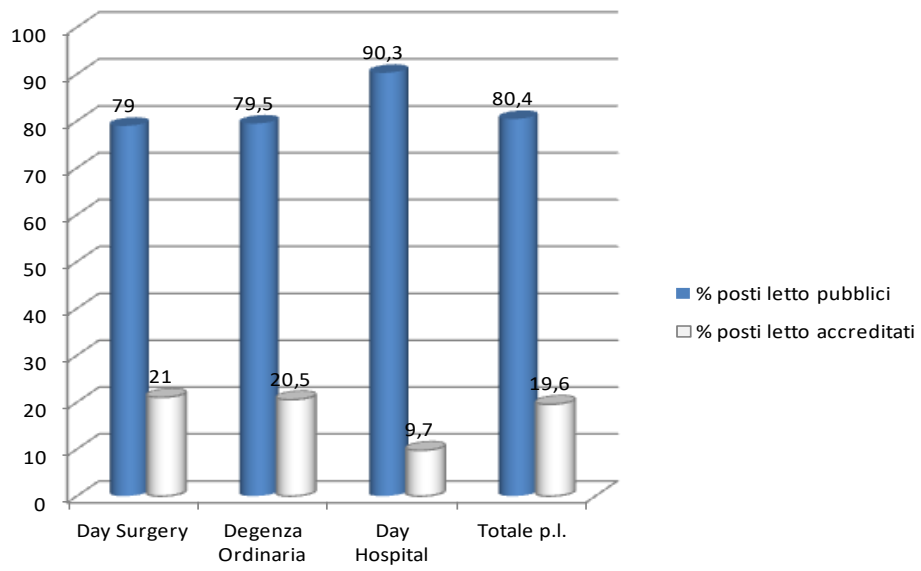
Figura 24: Numerosità delle case di cura private accreditate e non. Dati al 2014.



Elaborazioni su Open data Ministero della Salute

Il S.S.N. dispone di quasi 233 mila posti letto, il 20% dei quali facenti capo a case di cura private accreditate. Di questi, quasi 205 mila afferiscono alla degenza ordinaria con una quota privata del 21% - il 92% dei posti letto presenti in strutture accreditate fa riferimento alla degenza ordinaria mentre per le strutture pubbliche la stessa quota è del 87% - in day hospital ci sono invece 17 mila e 500 posti in cui la quota privata è inferiore al 10%, mentre il day surgery (chirurgia di un giorno) ha a disposizione più di 8 mila p.l. e in questo caso la quota di posti accreditati è del 21%.

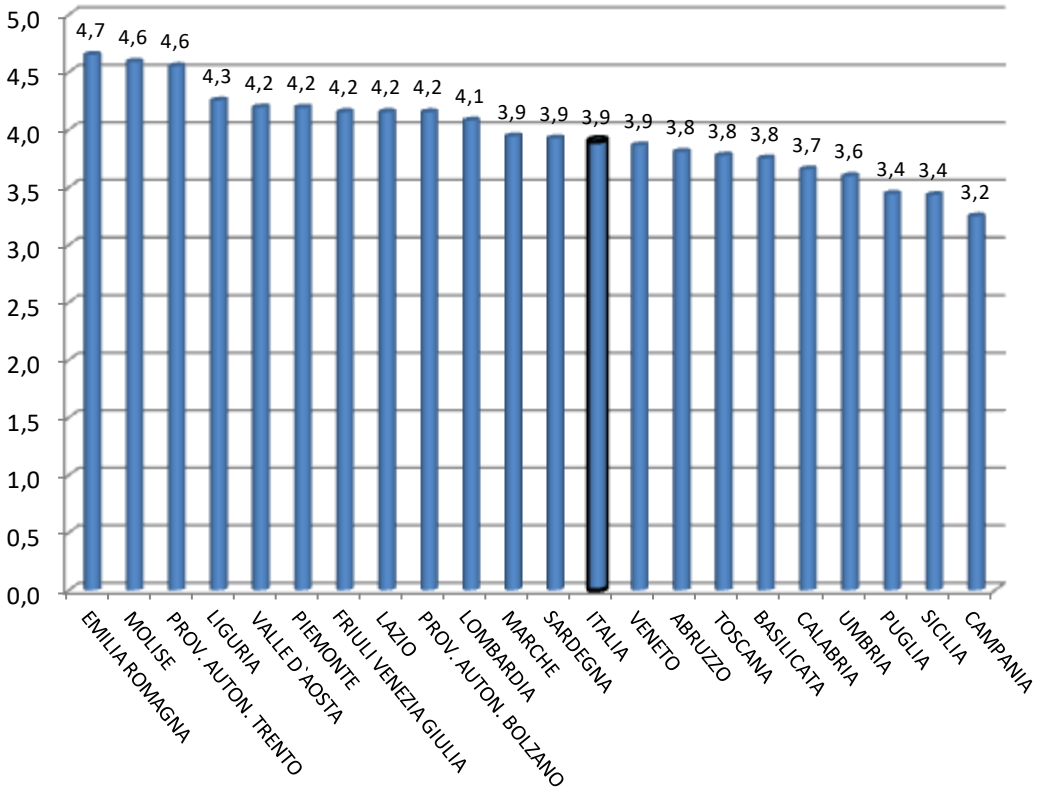
Figura 25: Composizione % dei posti letto tra strutture pubbliche e private accreditate



Elaborazione su dati Ministero della Salute

A livello nazionale nel 2012 erano disponibili 3,9 posti letto ogni 1.000 abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti erano 3,3 ogni 1.000 abitanti. Una presenza regionale disomogenea che vede Emilia-Romagna e Molise fra le Regioni con la maggiore densità di posti letto (rispettivamente 4,7 e 4,6), mentre Campania, Sicilia e Puglia (3.2 e 3.4 p.l.) risultano quelle con la minor disponibilità.

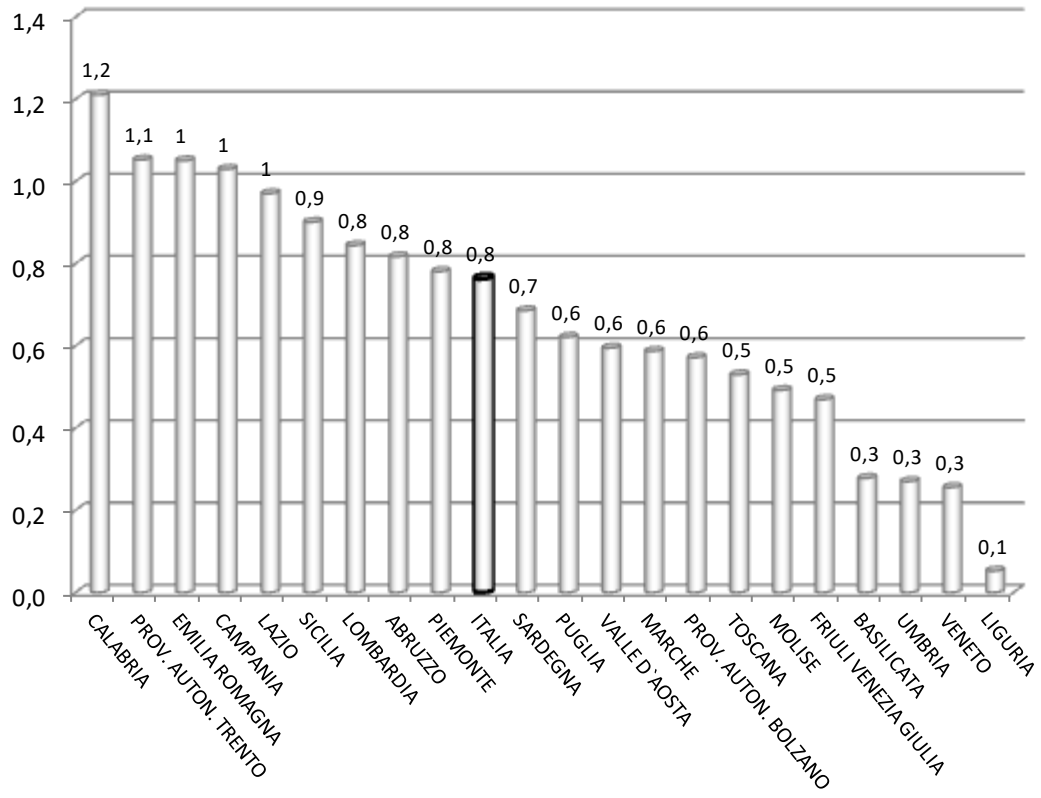
Figura 26: Totale posti letto previsti nelle strutture di ricovero (pubbliche e accreditate) per 1.000 abitanti. Anno 2012



Elaborazione su dati Ministero della Salute

Mediamente invece la presenza di posti letto in strutture accreditate è di 0,8 per 1000 abitanti. In questo caso la Calabria con 1,2 p.l è la Regione con la maggiore disponibilità, seguita da Trento, Emilia-Romagna, Campania e Lazio.

Figura 27: Posti letto previsti accreditati per 1.000 abitanti. Anno 2012

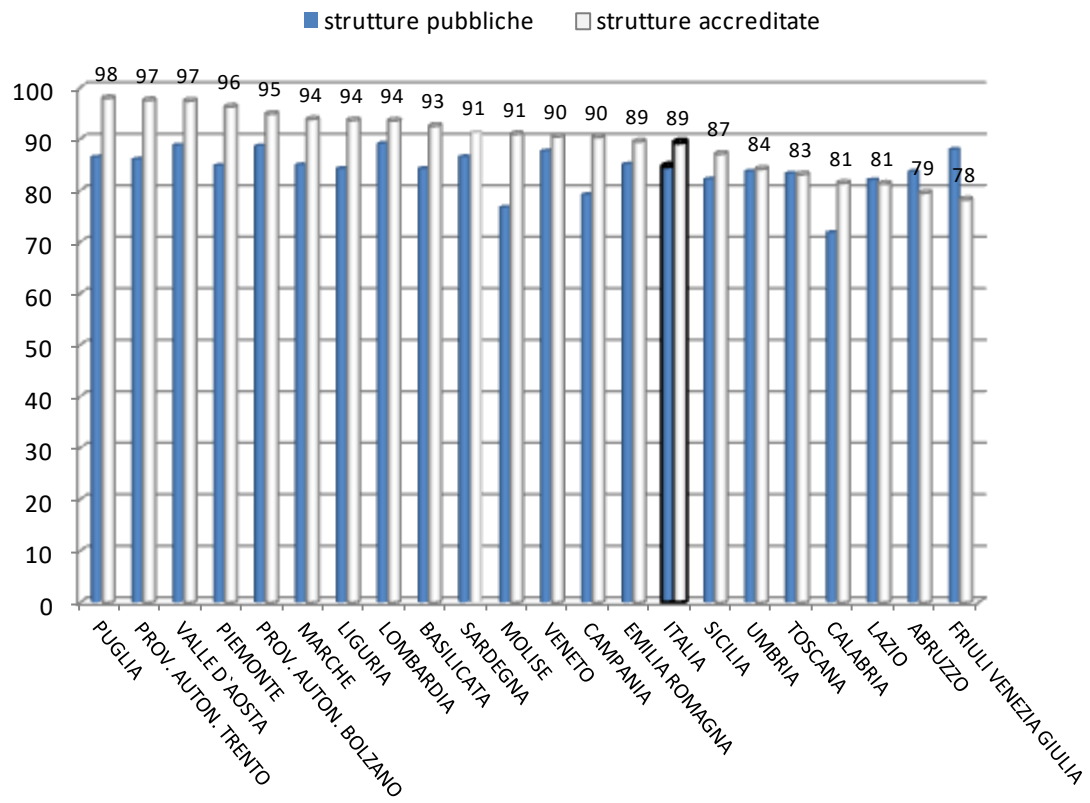


Elaborazione su dati Ministero della Salute

Mediamente circa l'85% dei posti letto in strutture pubbliche è utilizzato mentre la stessa quota per le strutture accreditate è superiore all'89%.

Solo in Friuli, Abruzzo, Lazio e Toscana, le strutture pubbliche hanno percentuali di utilizzo superiori alle strutture accreditate.

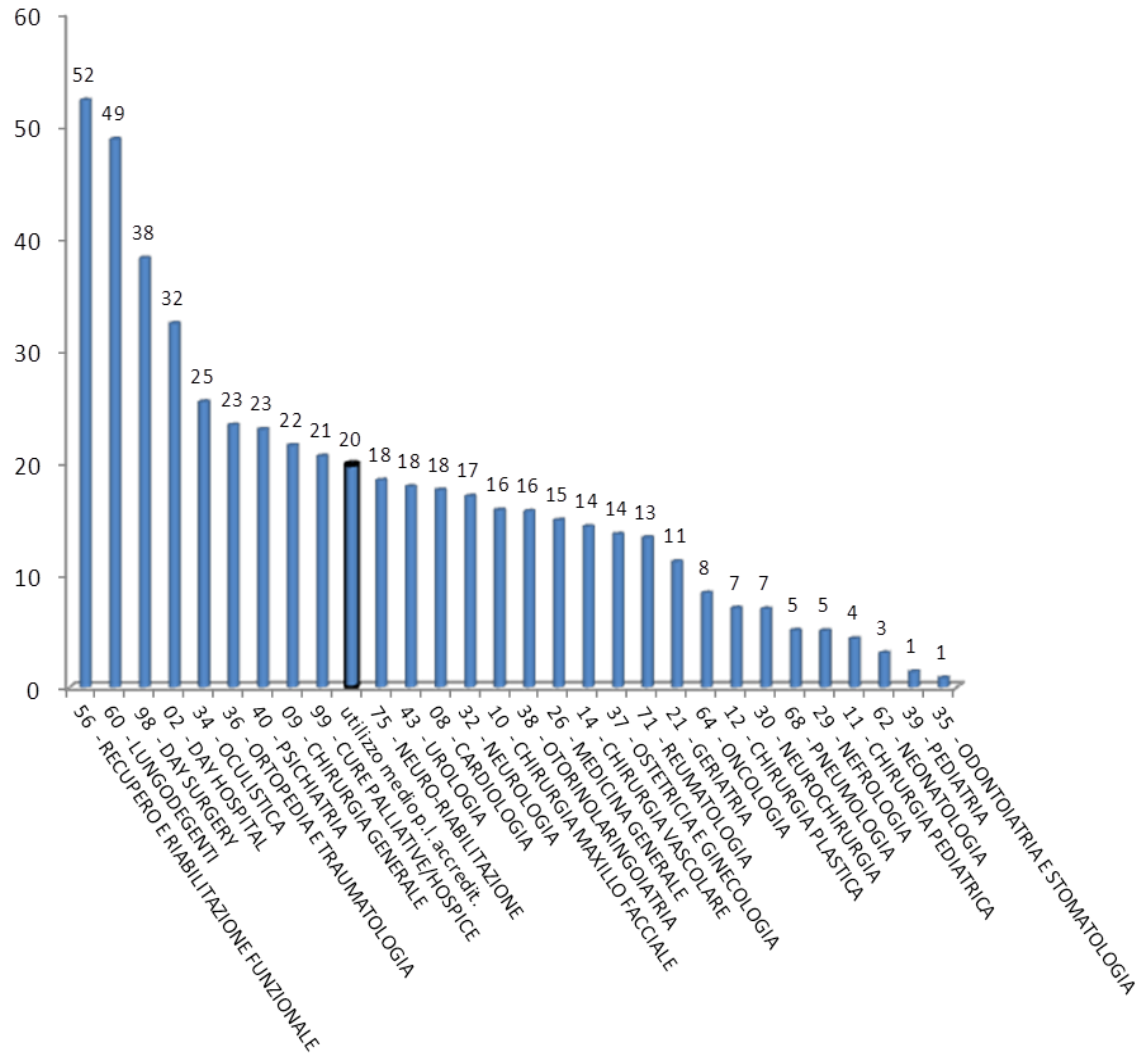
Figura 28: Percentuale di utilizzo dei p.l. nelle strutture pubbliche e accreditate. Anno 2012



Elaborazione su dati Ministero della Salute

Le discipline ospedaliere con una maggiore quota di utilizzo di posti letto in strutture accreditate sono soprattutto il "recupero e riabilitazione funzionale" in cui il 52% dei posti letto utilizzati fa riferimento alle strutture private, la lungodegenza (49%), il day surgery (38%), il day hospital (32%), oculistica, ortopedia e traumatologia, psichiatria, chirurgia generale, e le cure palliative/hospice tutte con un'incidenza superiore all'utilizzo medio di posti letto delle strutture accreditate (20%).

Figura 29: Percentuale di posti letto utilizzati per disciplina nelle strutture accreditate, sul totale dei posti letto effettivamente utilizzati. Anno 2012.



Elaborazione su dati Ministero della Salute

Delle 66 discipline in cui si utilizzano posti letto, le strutture accreditate sono presenti in 29, mentre in 37 non ci sono posti letto utilizzati in strutture private accreditate.

Tabella 43: Discipline in cui non sono presenti posti letto utilizzati in strutture private accreditate. Anno 2012.

Disciplina
01 - ALLERGOLOGIA
05 - ANGIOLOGIA
06 - CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA
07 - CARDIOCHIRURGIA
13 - CHIRURGIA TORACICA
15 - MEDICINA SPORTIVA
18 - EMATOLOGIA
19 - MALATTIE ENDOCRINE, RICAMBIO E NUTRIZ.
20 - IMMUNOLOGIA
24 - MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI
25 - MEDICINA DEL LAVORO
28 - UNITA` SPINALE
33 - NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
42 - TOSSICOLOGIA
46 - GRANDI USTIONI PEDIATRICHE
47 - GRANDI USTIONI
48 - NEFROLOGIA (ABILITAZ. AL TRAPIANTO RENE)
49 - TERAPIA INTENSIVA
50 - UNITA` CORONARICA
51 - ASTANTERIA
52 - DERMATOLOGIA
54 - EMODIALISI
55 - FARMACOLOGIA CLINICA
57 - FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA
58 - GASTROENTEROLOGIA
61 - MEDICINA NUCLEARE
65 - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA
66 - ONCOEMATOLOGIA
67 - PENSIONANTI
69 - RADIOLOGIA
70 - RADIOTERAPIA
73 - TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
74 - RADIOTERAPIA ONCOLOGICA
76 - NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA
77 - NEFROLOGIA PEDIATRICA
78 - UROLOGIA PEDIATRICA
97 - DETENUTI

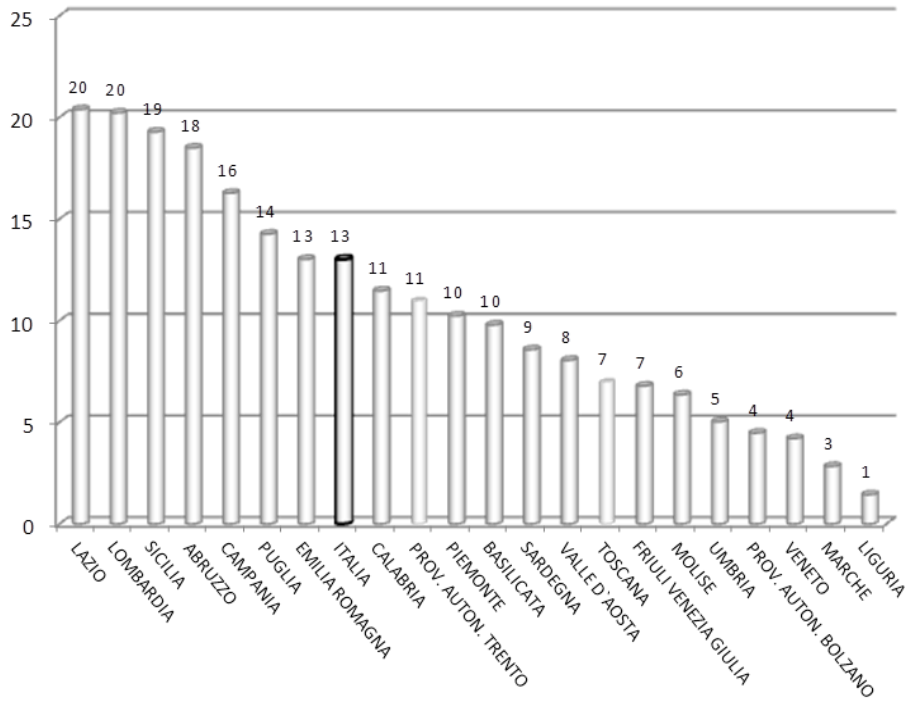
Elaborazione su dati Ministero della Salute

3.7.1 Il personale delle strutture

In Italia al 2012, 526 mila persone risultavano occupate in strutture di ricovero pubbliche ed equiparate, a cui vanno aggiunti più di 68 mila addetti delle case di cura private.

Risulta quindi che ogni 100 addetti pubblici se ne affiancano 13 delle case di cura private accreditate. Le regioni che vedono una presenza di addetti privati superiore a tale media sono: Lazio, Lombardia, Sicilia, Abruzzo, Campania, Puglia, mentre Liguria e Marche sono quelle con la minore presenza.

Figura 30: Quota regionale di addetti delle case di cura private accreditate ogni 100 addetti regionali in strutture di ricovero pubbliche ed equiparate. Anno 2012



Si comprendono le qualifiche atipiche. Non è compreso il personale universitario delle strutture pubbliche e il personale in servizio presso le strutture equiparate dipendente da altre istituzioni oppure a rapporto di collaborazione professionale coordinativa e continuativa, istituzioni oppure a rapporto di collaborazione professionale coordinativa e continuativa.

Elaborazione su dati Ministero della Salute

Tabella 44: Personale delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate e delle case di cura private. Anno 2012

	personale delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate	personale case di cura private
ABRUZZO	10.351	1.914
BASILICATA	5.314	520
CALABRIA	12.120	1.389
CAMPANIA	31.325	5.096
EMILIA ROMAGNA	42.509	5.532
FRIULI VENEZIA GIULIA	14.408	977
LAZIO	45.541	9.281
LIGURIA	18.839	269
LOMBARDIA	100.843	20.384
MARCHE	13.569	383
MOLISE	2.820	179
PIEMONTE	44.920	4.594
PROV. AUTON. BOLZANO	8.533	381
PROV. AUTON. TRENTO	6.199	679
PUGLIA	29.476	4.201
SARDEGNA	14.126	1.210
SICILIA	33.679	6.493
TOSCANA	35.418	2.464
UMBRIA	7.790	391
VALLE D`AOSTA	1.392	112
VENETO	46.768	1.960
ITALIA	**525.940**	**68.409**

Elaborazione su dati Ministero della Salute

3.8 Le tendenze del SSN

Le tendenze del SSN degli ultimi anni si possono riassumere sul versante dell'offerta con:

• stabilizzazione/limitazione delle risorse disponibili finanziarie e reali - nel 2013 si sono spesi in sanità 144 miliardi di euro[30] (112,6 lo Stato e 31,4 le famiglie) pari all'8,9% del Pil;

• concentrazione istituzionale ed operativa su posti letto ospedalieri e unità operative complesse;

• ridefinizione del setting di cura e delle relative relazioni tra ospedale, territorio, domicilio; • governo delle dinamiche esogene di crescita dei costi (farmaci, tecnologie);

• definizione dei percorsi di cura e delle reti assistenziali.

[30] 111 miliardi di spesa pubblica e 33 di spesa privata.

Dal punto di vista della domanda le tendenze consolidate in atto sono costituite da:

• invecchiamento della popolazione ed aumento della fragilità individuale e sociale;

• integrazione delle esigenze sanitarie e sociali e la ridefinizione dei ruoli del sociale anche considerando le carenti risorse;

• crescente prevalenza della cronicità (il 37,9% degli italiani soffre di almeno una malattia cronica con cui convive[31] che richiede cure più costose della non cronicità);

• crescente empowerment del cittadino nelle decisioni di cura e negli impegni conseguenti.

A fronte di questo quadro, l'ultima analisi del Censis[32] evidenzia che i cittadini italiani temono che in futuro la copertura pubblica del servizio sanitario diminuisca sempre più. Le liste di attesa sono infatti sempre più lunghe e le persone, anche quelle a basso reddito, sono costrette a rivolgersi al privato, pagando di tasca propria le prestazioni.

Nell'ultimo anno di analisi più di 9 milioni di italiani hanno effettuato visite specialistiche a pagamento[33], un terzo circa dei quali a basso reddito. Puglia e Campania sono le due regioni in cui è più alto il ricorso agli specialisti privati.

Le prestazioni per le quali si ricorre di più al privato sono odontoiatria, ginecologiche e le prestazioni di riabilitazione.

3.8.1 La testimonianza degli ospedali privati[34]

Il presidente dell'Aiop (associazione italiana ospedalità privata), Gabriele Pelissero sottolinea l'importanza dell'ospedalità privata dalla quale dipende35 un quarto della prestazioni ospedaliere ma che ha una incidenza inferiori (di 10 punti percentuali) in termini di spesa.

Il sistema tariffario è lo stesso di quello pubblico ma mentre un ospedale convenzionato ha un tetto di Budget definito, il pubblico usufruisce di un finanziamento "a bilancio" quindi a consuntivo.

---

[31] ISTAT, Analisi Multiscopo, 2013.

[32] Il ruolo della sanità integrativa nel servizio sanitario nazionale tutelare la buona salute di tutti: la funzione della sanità integrativa, giugno 2015, Fondazione CENSIS.

[33] Pagando l'intero importo.

[34] http://www.corriere.it/salute/14_luglio_23/italiani-fuga-servizio-sanitario-spesa-privata-giro-30-miliardi-9616aaae-1270-11e4-a6a9-5bc06a2e2d1a.shtml.

[35] Rapporto della Corte dei conti sul coordinamento della finanza pubblica 2014.

Le strutture convenzionate percepiscono un determinato finanziamento per effettuare un numero stabilito di prestazioni (tetto fisso predefinito). Mentre il servizio pubblico può usufruire di ripiani dal preventivato, che significa che può anche sforare, anche se queste tendenze vengono sempre più limitate.

Bisogna quindi rispettare gli stessi standard di qualità ma con meno risorse.

È inevitabile quindi che i tagli di budget si ripercuotano anche sulle strutture convenzionate, perciò si esercita uno stringente controllo sulla spesa (acquisti, consumi e personale). Tra le misure che le strutture private attuano si possono ritrovare il blocco del turnover, la rinegoziazione dei contratti con i fornitori, l'attuazione di acquisti centralizzati, il contenimento degli incentivi dello straordinario per il personale, la sostituzione del personale con liberi professionisti. Le strutture private si trovano sempre più a dover compensare i tagli di budget derivanti dalla razionalizzazione della spesa pubblica con l'offerta di servizi, sia ambulatoriali che di ricovero, attraverso una rinnovata offerta "a pagamento", con "tariffe sociali" per il cittadino.

Un altro aspetto che preoccupa il cittadino è la progressiva diminuzione dei posti letto negli ospedali coinciso con aumento del numero di accessi ai pronto soccorso.

Oggi si resta in ospedale mediamente 5-8 giorni, contro gli 8/10 di 10 anni fa, ma è ancora carente la rete territoriale che permette la rapida dimissione del paziente e la ricollocazione in altre strutture post acuzie.

Le strutture convenzionate sono quelle maggiormente controllate rispetto ai requisiti sull'accreditamento e all'appropriatezza delle prestazioni e rispetto alle strutture pubbliche constano meno proprio in ragione dei budget predeterminati.

In una situazione di tagli di budget sempre più cospicui, con una popolazione anziana che aumenta e accresce le sue conicità, con sempre maggiori e costose innovazioni in ambito medico, la sanità integrativa potrebbe diventare una soluzione sempre più praticata per l'avvenire, così come anche ricordato dallo stesso Ministro della Sanità Lorenzin.

Il Censis stima in 6 milioni gli italiani che hanno aderito a un fondo sanitario integrativo. Considerando anche i loro familiari, si sale a circa 11 milioni di assistiti. Pochi, rispetto a quanto si registra in altri Paesi europei. Secondo il recente rapporto «Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali» di Censis e Unipol, «l'Italia resta una delle poche economie avanzate in cui la spesa sanitaria "out of pocket" intermediata - vale a dire gestita attraverso assicurazioni integrative o strumenti simili - si ferma a una quota molto bassa: appena il 13,4% del totale della spesa

sanitaria privata, a fronte del 43% della Germania, del 65,8% della Francia, del 76,1% degli Stati Uniti[36]

[36] http://www.corriere.it/salute/14_luglio_23/italiani-fuga-servizio-sanitario-spesa-privata-giro-30-miliardi-9616aaae-1270-11e4-a6a9-5bc06a2e2d1a.shtml.

3.9 La formazione continua del personale sanitario

Gli operatori sanitari possiedono un insieme di skill (abilità tecniche) e conoscenze (competenze e conoscenze teoriche) che anche grazie ai continui progressi tecnologici e scientifici abbisognano di un continuo aggiornamento. Per tale ragione e per l'importanza del ruolo ricoperto, la professionalità degli operatori sanitari necessita di una particolare attenzione. Per questo sono nati i programmi di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.) che comprendono l'insieme organizzato e controllato di tutte le attività formative, teoriche e pratiche, promosse da Enti di Formazione in collaborazione con il Ministero della Salute con lo scopo di mantenere elevata la professionalità di tali figure.

Il Programma ECM deve ritenersi obbligatorio per tutti gli operatori sanitari dipendenti, convenzionati o liberi professionisti.

In merito alle ricadute ed ai fabbisogni formativi relativamente alle case di cura si veda il rapporto F.D.V.

3.9.1 Programma Ecm[37]

Ogni operatore della Sanità provvederà, al proprio aggiornamento; dovrà privilegiare, comunque, gli obiettivi formativi d'interesse nazionale e regionale.

L'ECM (Educazione Continua in Medicina) è finalizzata alla valutazione degli eventi formativi, in maniera tale che il professionista sanitario possa essere garantito della qualità degli eventi formativi. Si tratta di un sistema di aggiornamento grazie al quale il professionista sanitario si aggiorna per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze organizzative e operative del Servizio sanitario e del proprio sviluppo professionale.

Dall' 1 gennaio 2008, con l'entrata in vigore della Legge 24 dicembre 2007, n. 244, la gestione amministrativa del programma di ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua fino ad oggi competenze del Ministero della Salute, sono stati trasferiti all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). Con l'Accordo Stato Regioni dell' 1

[37] http://www.teseoformazione.it/info-ecm.html.

agosto 2007 - che definisce il Riordino del Programma di Formazione Continua in Medicina e stabilisce la nuova organizzazione e le nuove regole per la Governance del sistema ECM del triennio 2008-2010 - si ridefinisce la gestione e il monitoraggio delle competenze individuali.

3.9.2 Gli obiettivi formativi ECM

Gli obiettivi formativi di interesse nazionale stabiliti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome sono i seguenti[38]:

1. Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'Evidence Based Practice (EBM - EBN - EBP).
2. Linee guida, protocolli, procedure, documentazione clinica.
3. Percorsi clinico-assistenziali-diagnostici-riabilitativi, profili di assistenza, profili di cura.
4. Appropriatezza prestazioni sanitarie nei Lea. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia.
5. Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie.
6. La sicurezza del paziente.
7. La comunicazione efficace, la privacy ed il consenso informato.
8. Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale.
9. Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera.
10. Epidemiologia, prevenzione e promozione della salute
11. Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali.
12. Aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna, con paziente) e umanizzazione cure.
13. Metodologia e tecniche di comunicazione sociale per lo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria e promozione della salute.
14. Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità.
15. Multiculturalita' e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria.
16. Etica, bioetica e deontologia.
17. Argomenti di carattere generale: informatica e lingua inglese scientifica di livello avanzato, normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del Ssn

[38] Tratto da: http://www.salute.gov.it/ecm/paginaInternaEcm.jsp?id=1&menu=obiettivi - 08 02 2012.

18. Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, specializzazione e attività ultraspecialistica.
19. Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà.
20. Tematiche speciali del Ssn e Ssr ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissone nazionale ecm per far fronte a specifiche emergenze sanitarie.
21. Trattamento del dolore acuto e cronico, palliazione.
22. Fragilita' (minori, anziani, tossico-dipendenti, salute mentale): tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali.
23. Sicurezza alimentare e/o patologie correlate.
24. Sanità veterinaria.
25. Farmacoepidemiologia, farmacoeconomia, farmacovigilanza.
26. Sicurezza ambientale e/o patologie correlate.
27. Sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro e/o patologie correlate.
28. Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione-trapianto.
29. Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. Technology assessment.

3.9.3 Organi Istituzionali ECM

Presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) si trova la Commissione nazionale per la formazione continua che tra gli altri si avvale del Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie) che ha il ruolo di gestore della Anagrafe Nazionale dei crediti formativi acquisiti dai professionisti della Salute "consentendo a questi le *relative funzioni di certificazione delle attività formative svolte"*[39].

[39] Vedi dall'Accordo Stato Regioni del 5 Novembre 2009 recante Accreditamento dei provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero, liberi professionisti.

3.9.4 Elenco Professioni ECM

Il programma nazionale di ECM riguarda tutto il personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante nella sanità, sia privata che pubblica[40].

Il programma nazionale prevede che l'ECM sia controllata, verificata e misurabile; inoltre, che sia incoraggiata, promossa ed organizzata.

3.9.5 Elenco delle professioni sanitarie[41]

Le professioni sanitarie e le arti ausiliarie riconosciute dal Ministero della salute sono le seguenti:

Tabella 45: Professioni sanitarie

Professione	Principali rif. normativi
Farmacista	D. Lgs. 08.08.1991, n. 258 (G.U. 16.08.1991, n. 191)
Medico chirurgo	D. Lgs. 17.08.1999, n. 368 (G.U. 23.10.1999, n. 250, S.O.)
Odontoiatra	L. 24.07.1985, n. 409 (G.U.13.08.195, n. 190, S.O.)
Veterinario	L. 08.11.1984, n. 750 (G.U. 10.11.1984, n. 310)
Psicologo	L. 18.02.1989, n. 56 (G.U. 24.02.1989, n.46)

[40] E' esonerato dall'obbligo dell' ECM il personale sanitario che frequenta, in Italia o all'estero, corsi di formazione post-base propri della categoria di appartenenza (corso di specializzazione, dottorato di ricerca, master, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica, corso di formazione specifica in medicina generale, formazione complementare, corsi di formazione e di aggiornamento professionale) per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza). Sono esonerati, altresì, dall'obbligo ECM i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza.

[41] http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=91&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto.

Professione	Principali rif. normativi
Altri riferimenti normativi: • T.U. delle leggi sanitarie del 1934; • D.M. 28.11.2000, Determinazione delle classi delle lauree universitarie specialistiche, pubblicato nella G. U. 23.01.2001 n.18, S.O. • Direttiva comunitaria 2005/36 del 07.09.2005 • D.L.vo 09.11.2007 n. 206	

Professione	Rif. normativo Profilo
PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA	
Infermiere	D.M. 14.09.1994, n. 739 (G.U. 09.01.1995, n. 6) Direttive comunitarie 77/452/CEE e 77/453/CEE L. 18.12.1980, n. 905 (G.U. 31.12.1980, n. 356)
Ostetrica /o	D.M. 14.09.1994, n. 740 (G.U. 09.01.1995, n. 6) Direttive comunitarie 80/154/CEE e 80/155/CEE L. 13.06.1985, n. 296 (G.U. 22.06.1985, n. 146)
Infermiere Pediatrico	D.M. 17.01.1997, n. 70 (G.U. 27.03.1997, n. 72)
PROFESSIONI SANITARIE RIABILITATIVE	
Podologo	D.M. 14.09.1994, n. 666 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
Fisioterapista	D.M. 14.09.1994, n. 741 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Logopedista	D.M. 14.09.1994, n. 742 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Ortottista – Assistente di Oftalmologia	D.M. 14.09.1994, n. 743 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva	D.M. 17.01.1997, n. 56 (G.U. 14.03.1997, n. 61)
Tecnico Riabilitazione Psichiatrica	D.M. 29.03.2001, n.182 (G.U. 19.05.2001, n.115)
Terapista Occupazionale	D.M. 17.01.1997, n. 136 (G.U. 25.05.1997, n. 119)
Educatore Professionale	D.M. 08.10.1998, n.520 (G.U. 28.04.1999, N. 98)
PROFESSIONI TECNICO SANITARIE **Area Tecnico - diagnostica**	
Tecnico Audiometrista	D.M. 14.09.1994, n. 667 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	D.M. 14.09.1994, n. 745 (G.U. 09.01.1995, n. 6)

Professione	Rif. normativo Profilo
PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE E PROF. SANITARIA OSTETRICA	
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	D.M. 14.09.1994, n. 746 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
Tecnico di Neurofisiopatologia	D.M. 15.03.1995, n. 183 (G.U. 20.05.1995, n. 116)
Area Tecnico – assistenziale	
Tecnico Ortopedico	D.M. 14.09.1994, n. 665 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
Tecnico Audioprotesista	D.M. 14.09.1994, n. 668 (G.U. 03.12.1994, n. 283)
Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusione Cardiovascolare	D.M. 27.07.1998, n. 316 (G.U. 01.09.1998, n. 203)
Igienista Dentale	D.M. 15.03.1999, n. 137 (G.U. 18.05.1999, n. 114)
Dietista	D.M. 14.09.1994, n. 744 (G.U. 09.01.1995, n. 6)
PROFESSIONI TECNICHE DELLA PREVENZIONE	
Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	D.M. 17.01.1997, n. 58 (G.U. 14.03.1997, n. 61)
Assistente Sanitario	D.M. 17.01.1997, n. 69 (G.U. 27.03.1997, n. 72)

Altri riferimenti normativi:

- D. Lgs. 02.05.1994, n. 319;
- D. Lgs. 27.01.1992, n. 115;
- Art. 6, comma 3, D. Lgs 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- L. 10.08.2000, n. 251;
- L 26.02.1999, n. 42;
- L. 08.01.2002, n.1;
- D.M. 29.03.2001, Definizione delle figure professionali, ecc., pubblicato nella G. U. 23.05.2001, n. 118;
- D.M. 02.04.2001 , Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie, pubblicato sul S. O. n.136, G.U. 05.06.2001, n.128.
- Direttive comunitarie 89/48 CEE, 92/51/CEE e 2001/19/CE

OPERATORE DI INTERESSE SANITARIO

Profilo professionale	Riferimenti normativi
Massofisioterapista	Legge 403/71 Art.1 c.2 Legge 1 febbraio 2006 n. 43

ARTI AUSILIARIE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

ARTE AUSILIARIA	Riferimenti normativi
Massaggiatore capo bagnino stabilimenti idroterapici	R.D.31.05.1928, n. 1334, art. 1.

ARTE AUSILIARIA	Riferimenti normativi
Ottico	R.D.31.05.1928, n. 1334, art. 12.
Odontotecnico	R.D.31.05.1928, n. 1334, art. 11.
Puericultrice	L. 19 luglio 1940, n. 1098
Altri riferimenti normativi: • D.M 28.10.1992, pubblicato nella G.U. 11.11.1992, n. 266; • D.M 23.04.1992, pubblicato nella G.U. 18.06.1992, n. 142.	

ALTRE FIGURE

	Riferimenti normativi
Operatore socio-sanitario	Acc. Stato – Regioni 22.02.2001 G.U. 19.04.2001, n. 91

Fonte: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=91&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto

Data di pubblicazione: 18 ottobre 2005, ultimo aggiornamento 15 luglio 2013

3.9.6 Crediti ECM

La nuova fase dell'ECM avviata nel 2011 ha portato molte innovazioni, tra cui la formazione a distanza (FAD). La quantità di crediti ECM che ogni professionista della sanità deve acquisire per il periodo 2014 - 2016 è di 150 crediti ECM sulla base di 50 ogni anno (minimo 25, massimo 75)

Il programma ECM prevede l'attribuzione di un numero determinato di crediti formativi per ogni area specialistica medica e per tutte le professioni sanitarie.

3.9.7 Accreditamento ECM

La nuova fase dell'ECM contiene molte novità e si presenta quale strumento per progettare un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali.

La prima novità consiste nel fatto che l'accreditamento nazionale e regionale dei provider (i fornitori di formazione) è stato prodotto in sinergia con le Regioni. Nel nuovo sistema, sono i provider a essere accreditati e non più gli eventi formativi.

Anche per le tipologie formative sono state introdotte delle novità. Non ci sarà più solo il congresso, ma tante altre forme di aggiornamento:

- la formazione sul campo, che deve rispondere ai criteri di appropriatezza tra l'esercizio della professione e l'aggiornamento
- la formazione a distanza che riesce a raccogliere un numero elevato di partecipanti abbattendo i costi e coniugando strategie formative universali, che arrivano agli operatori in modo omogeneo.

Accreditamento provider

L’accreditamento di un Provider ECM è il riconoscimento da parte di un’istituzione pubblica (Commissione Nazionale per la Formazione Continua o Regioni o Province Autonome direttamente o attraverso organismi da questi individuati) che un soggetto è attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità e che pertanto è abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l’ECM individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti.

3.10 La presenza delle farmacie sul territorio[42]

Su territorio italiano troviamo quasi 18 mila farmacie[43], il 9% delle quali pubbliche.
L'attuale presenza delle farmacie sul territorio nazionale è capillare, esiste almeno una farmacia in ciascuno degli oltre 8.000 Comuni italiani. A livello nazionale una farmacia serve in media 3.437[44] abitanti. Si tratta del rapporto più vicino al dato medio europeo. Il numero delle farmacie è destinato ad aumentare a seguito della nuove aperture previste in base al DL n. 1/2012.
Il numero degli abitanti per farmacia è basso nelle Regioni con una particolare conformazione geomorfologica e con una presenza diffuse di piccole comunità montane e rurali che hanno fatto ricorso in misura rilevante alla possibilità di apertura di farmacie in piccoli Comuni, in deroga al criterio demografico[45].

[42] Tratto da "La presenza delle farmacie sul territorio" a cura di Federfarma. https://www.federfarma.it/Farmaci-e-farmacie/Farmacie-e-farmacisti-in-Italia/La-presenza-delle-farmacie-sul-territorio.aspx

[43] Dai dati Federfarma risultano 17.683 farmacie e se a queste aggiungiamo anche i 518 dispensatori per assicurare il servizio nelle piccole frazioni si arriva a 18.200 farmacie.

[44] Che si abbassa a 3.340 considerando il 518 dispensatori.

[45] Per quanto riguarda Bolzano, il fatto che il numero degli abitanti serviti da una farmacia sia più alto che altrove è dovuto alla particolare conformazione montuosa del territorio con centri abitati piccoli e sparsi e alla circostanza che i servizi essenziali sono concentrati nei centri più grandi. Aldilà delle medie occorre tenere presente che in molti centri, piccoli, piccolissimi comuni o frazioni sono aperti armadi farmaceutici gestiti, di norma, dalla farmacia più vicina. In tal modo viene assicurato il servizio farmaceutico anche in centri in cui una farmacia non potrebbe sopravvivere.

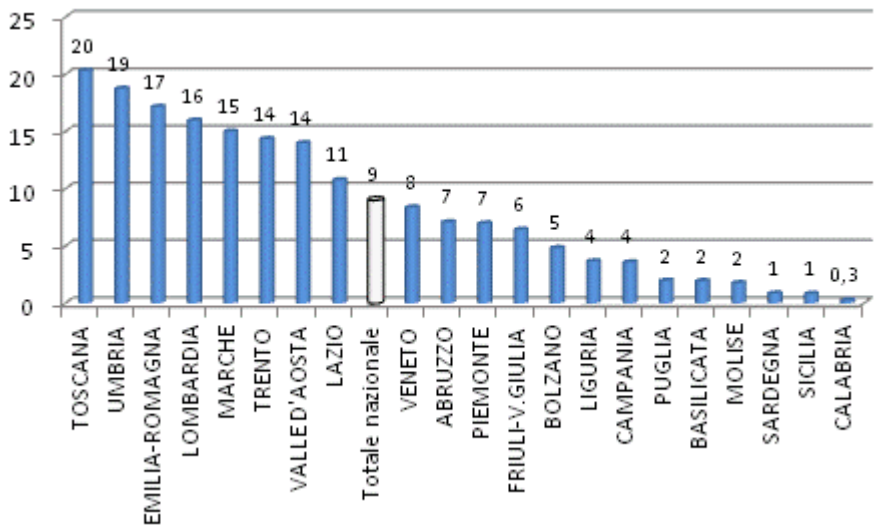
Tabella 46: Rapporto farmacie/abitanti in Italia (marzo 2015)

REGIONE	NUMERO FARMACIE					
	COMPLESSIVE	PRIVATE*	PUBBLICHE°°	ABITANTI	ABITANTI PER FARMACIA	% pubbliche su totale
VALLE D'AOSTA	50	43	7	128.591	2.572	14,0
PIEMONTE	1.577	1.467	110	4.436.798	2.813	7,0
LIGURIA	598	576	22	1.591.939	2.662	3,7
LOMBARDIA	2.863	2.406	457	9.973.397	3.484	16,0
VENETO	1.349	1.236	113	4.926.818	3.652	8,4
BOLZANO	124	118	6	515.714	4.159	4,8
TRENTO	167	143	24	536.237	3.211	14,4
FRIULI-V.GIULIA	389	364	25	1.229.363	3.160	6,4
EMILIA-ROMAGNA	1.258	1.042	216	4.446.354	3.534	17,2
MARCHE	506	430	76	1.553.138	3.069	15,0
TOSCANA	1.132	902	230	3.750.511	3.313	20,3
LAZIO	1.504	1.342	162	5.870.451	3.903	10,8
UMBRIA	272	221	51	896.742	3.297	18,8
ABRUZZO	508	472	36	1.333.939	2.626	7,1
MOLISE	169	166	3	314.725	1.862	1,8
CAMPANIA	1.618	1.560	58	5.869.965	3.628	3,6
PUGLIA	1.114	1.092	22	4.090.266	3.672	2,0
BASILICATA	205	201	4	578.391	2.821	2,0
CALABRIA	768	761	2	1.980.533	2.596	0,3
SICILIA	1.457	1.445	12	5.094.937	3.497	0,8
SARDEGNA	578	573	5	1.663.859	2.879	0,9
Totale nazionale	18.201	16.560	1.641	60.782.668	3.340	9,0

*dati Federfarma comprensivi dei 518 dispensari
°°dati Assofarm popolazione residente al 1/1/2014 - fonte ISTAT

Circa 1/5 delle farmacie è di proprietà comunale in Toscana, Umbria ed Emilia-Romagna (20% contro una media nazionale del 9%). Si tratta delle regioni in cui è più rilevante l'incidenza delle farmacie comunali rispetto a tutte le farmacie ubicate in regione, servono un bacino che va dai 16 mila ai 20 abitanti, quando nelle stesse regioni, si trova una farmacia (pubblica o privata che sia) rispettivamente ogni circa 1.300 e 1.500 abitanti. In Calabria, Sicilia e Sardegna invece la loro presenza è al di sotto dell'1%, 1 farmacia comunale ogni trecento o quattrocento mila abitanti circa, mentre in Calabria il rapporto è 1 ogni 990 mila cittadini.

Figura 31: Percentuale di farmacie comunali sul totale farmacie per regione. Anno 2014



Elaborazione su dati Federfarma

In termini occupazionali, nelle farmacie italiane lavorano circa 50.000 farmacisti, tra titolari, soci di società di farmacisti e collaboratori. Questi ultimi sono circa 30.000. A questo personale laureato vanno aggiunti altri 25.000 operatori non laureati, magazzinieri, commessi, ecc[46].

[46] Analisi e prospettive del mercato della distribuzione al pubblico dei farmaci. Relazione finale, Health Innovation - Studi e ricerche in Sanità, Roma, 04 Dicembre 2012.

3.11 Il mercato delle farmacie[47]

Circa il 61% delle vendite in volumi delle farmacie è coperto dai farmaci con obbligo di ricetta (prodotto etico A, rimborsato dal SSN e prodotto etico C a carico del cittadino ma con obbligo di ricetta), mentre le vendite dei farmaci da automedicazione arrivano al 9%.

Considerando i parafarmaci[48] e in generale i prodotti notificati[49], che sono da diversi anni in continua crescita, si copre (in valore) il 21% del mercato delle farmacie. Se ci si aggiunge l'8% dei prodotti di bellezza (in crescita anche rispetto al 2013) e lo scarso 2% dei prodotti nutrizionali, si arriva a quasi 1/3 delle vendite delle farmacie.

In sintesi **il 40% delle vendite (in valore) effettuate in farmacie non riguarda farmaci con obbligo di ricetta e solo la metà dei prodotti venduti (escludendo quindi i servizi) è rimborsato al servizio sanitario**.

---

[47] Tratto da "la spesa farmaceutica nel 2014" a cura di federfarna: https://www.federfarma.it/Documenti/spesa/2014/IMSitaliano.aspx.

[48] Escludendo i farmaci di fascia A, C, i farmaci SOP e OTC, tutti gli altri prodotti che si vendono in farmacia (parafarmaci), erboristeria, eccetera, prodotti omeopatici compresi, non sono medicinali, dal punto di vista legale-merceologico, e non hanno foglietto illustrativo. Possono anche avere allegato un foglietto di spiegazioni rilasciato dal produttore , ma non è obbligatorio, non è rilasciato dal ministero, e non è la stessa cosa, dal punto di vista legale, del foglietto illustrativo di un farmaco. Riguardo ai medicinali di automedicazione, OTC e SOP, nel primo caso (espressione che deriva dall'inglese "over the counter"e significa "farmaco da banco"), si tratta di prodotti che il farmacista può esporre sul banco per la libera vendita e possono essere oggetto di pubblicità, nel secondo caso (SOP acronimo di "senza obbligo di prescrizione") invece possono essere venduti liberamente ma non pubblicizzati al pubblico: devono essere consigliati espressamente dal farmacista e non vanno tenuti sul banco. In entrambe i casi si tratta di farmaci non soggetti a prescrizione medica.

[49] Secondo la classificazione IMS Health, sono prodotti notificati gli erboristici, gli omeopatici, i PMC (Presidi Medico Chirurgici), gli integratori/vitamine più altri prodotti.

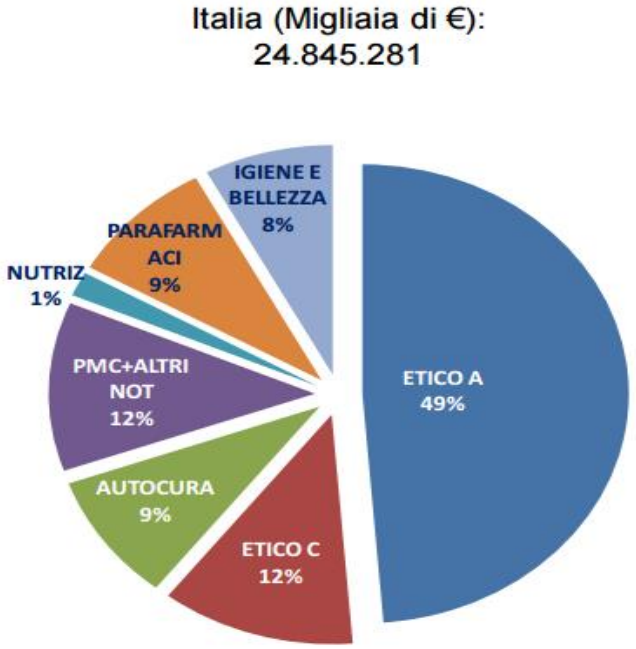
Figura 32: Il mercato del farmaco

FEDERFARMA

Il mercato italiano

Scomposizione mercato totale in farmacia 2014

SEGMENTAZIONE DEL MERCATO IN FARMACIA ANNO 2014						
ITALIA	QUANTITA'			VALORE PREZZO PUBBLICO		
MERCATO	(.000)	Quota Mercato %	Variaz. ±%	(.000)	Quota Mercato %	Variaz. ±%
ETICO	**1.558.774**	**61,91**	**0,81**	**15.045.997**	**60,56**	**-2,22**
ETICO A	1.308.151	51,96	1,40	12.101.482	48,71	-2,29
ETICO C	248.962	9,89	-2,12	2.927.411	11,78	-1,88
AUTOCURA	**277.582**	**11,03**	**-2,74**	**2.242.078**	**9,02**	**0,23**
FARMACI AUTOMEDICAZ.	207.513	8,24	-1,67	1.640.763	6,60	1,63
FARMACI S.P.	70.069	2,78	-5,76	601.314	2,42	-3,41
PMC+ALTRI NOT	**210.523**	**8,36**	**5,05**	**2.955.618**	**11,90**	**7,12**
PMC *	1.046	0,04	-2,31	6.973	0,03	-0,48
PRODOTTI OMEOPATICI	21.583	0,86	-2,40	255.834	1,03	-0,33
PROD. USO ERBORISTICO	12.674	0,50	1,59	172.537	0,69	3,27
ALTRI NOTIFICATI	175.220	6,96	6,36	2.520.274	10,14	8,24
NUTRIZ	**93.778**	**3,72**	**-5,24**	**426.496**	**1,72**	**-4,91**
DIETETICI INFANZIA	32.651	1,30	-9,18	147.822	0,59	-7,69
DIMAGRANTI	3.993	0,16	-10,49	17.315	0,07	-16,24
ALTRI NUTRIZIONALI	57.134	2,27	-2,42	261.359	1,05	-2,37
PARAFARMACI	**198.250**	**7,87**	**0,89**	**2.229.375**	**8,97**	**2,91**
IGIENE E BELLEZZA	**178.822**	**7,10**	**1,94**	**1.945.717**	**7,83**	**1,68**
ACCESSORI	36.143	1,44	5,36	231.220	0,93	9,04
BAMBINI	18.271	0,73	-2,62	116.664	0,47	-5,34
BELLEZZA	59.662	2,37	1,90	985.994	3,97	1,44
IGIENE PERSONALE	64.746	2,57	1,46	611.839	2,46	0,93
TOTALE	**2.517.728**	**100**	**0,59**	**24.845.281**	**100**	**-0,27**



Fonte Dati: IMS Health, Pharmatrend, MAT Dec 2014

imshealth

* I Presidi Medico Chirurgici (PMC), includono: disinfettanti e sostanze poste in commercio come germicide o battericide, insetticidi per uso domestico e civile, insetto repellenti, topicidi e ratticidi per uso domestico e civile.

3.12 Meccanismi di regolazione della spesa farmaceutica

La spesa sanitaria è quella che pesa di più sui consumi pubblici[50] incidendovi per più di un terzo[51]. Sulla spesa sanitaria quella farmaceutica pesa per circa 1/6.

Con i provvedimenti in merito alla revisione delle spesa pubblica (la cosiddetta"*spending review)"*, in cui le Regioni sono chiamate a concorrere agli obiettivi di finanza pubblica, le spese delle Asl - che mediamente incidono sul totale delle spese correnti regionali per il 70-80% - sono inevitabilmente valutate con molta attenzione.

La legislazione che determina i meccanismi di regolazione della spesa farmaceutica è stata modificata più volte.

Nel 2007 con il decreto legge n. 159, il budget per la spesa farmaceutica venne suddiviso tra territoriale e ospedaliera. Alla prima si assegnò il 14% del Fondo Sanitario Nazionale mentre a quella ospedaliera il 2,4%. A decorrere dal 2008, l'onere a carico del SSN per l'assistenza farmaceutica territoriale non doveva superare il 14% del finanziamento complessivo ordinario del SSN, nel 2009 la soglia si è abbassata al 13,6% per poi ridursi ulteriormente negli anni seguenti.

All'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) venne assegnato il compito di controllare la spesa farmaceutica territoriale,
Si è così introdotto un sistema di regolazione che prevede un budget annuale per le aziende autorizzate all'immissione in commercio di medicinali. L'eventuale sforamento della spesa farmaceutica territoriale deve essere ripianato ripartendolo tra aziende farmaceutiche, grossisti e farmacisti, in misura proporzionale alle relative quote di spettanza sul prezzo al pubblico dei medicinali (payback).

Ogni anno a dicembre, l'AIFA realizza per ogni Regione, la stima della spesa farmaceutica territoriale (SFT) dell'anno successivo. Se queste stime superano il limite previsto per la SFT, le Regioni dovranno adottare (per l'anno che andrà ad iniziare) misure di contenimento.

---

[50] Definiti come somma di retribuzioni lorde, consumi intermedi, acquisti di beni e servizi produttori market.

[51] Vedi anche "Dinamica, struttura e criteri di governo della spesa pubblica: un rapporto preliminare", Ministro per i Rapporti con il Parlamento Piero Giarda, 5 marzo 2012.

Si aggiunga che nel 2010 il Decreto Legge n. 78, oltre al meccanismo del payback (il recupero delle quota eccedente il tetto del 13,3% del FSN), ha indotto il passaggio di una parte della spesa dal comparto ospedaliero a quello territoriale, ha previsto il miglioramento del monitoraggio sulla appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche ed ha aumentato gli sconti sul prezzo dei farmaci a carico di grossisti e farmacisti.
Negli anni successivi si sono avuti ulteriori ridefinizioni dei tetti di spesa per la spesa farmaceutica territoriale, insieme a tagli e sconti aggiuntivi a favore del SSN.

Fino ad oggi la spesa farmaceutica territoriale ha rispettato il tetto assegnatole, grazie soprattutto alla riduzione dei prezzi per i farmaci fuori brevetto, all'introduzione del ticket ed agli sconti e trattenute richiesti ai soggetti della filiera (produttori, grossisti e farmacie).
Il ripensamento delle modalità di distribuzione (con la riduzione della distribuzione diretta[52] effettuata dalle strutture sanitari pubbliche), poterebbe, allargare ulteriormente le efficienze ed i risparmi conseguiti e in parte andare incontro agli aggiustamenti di spesa, razionalizzando all'interno delle Asl i servizi già svolti dalle farmacie territoriali, favorendo così altre funzioni essenziali delle Aziende sanitari.

3.13 Le modalità di distribuzione del farmaco[53]

La spesa per i medicinali prescritti a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), comprende:

- la spesa farmaceutica territoriale (farmaci di fascia A medicinali ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA));
- la spesa farmaceutica ospedaliera (farmaci di fascia H).

In particolare, la spesa farmaceutica territoriale indica l'insieme della spesa riferibile ai farmaci rimborsabili di fascia A distribuiti:

[52] Vedi paragrafo successivo.

[53] Tratto da "La distribuzione diretta farmaceutica in Emilia Romagna. Una simulazione di costi diretti e indiretti", a cura A. Campana, Centro Antares, 2013.

- attraverso le farmacie pubbliche e private convenzionate (spesa farmaceutica convenzionata);
- attraverso le Aziende USL con l'erogazione diretta[54].

In base alla normativa vigente (legge 405/2001) la Distribuzione Diretta dei farmaci può essere organizzata secondo due modalità.

• I) La prima prevede l'erogazione dei medicinali ai pazienti attraverso le strutture pubbliche, costituite dalle Aziende Sanitarie[55]. Si parla in questo caso di vera e propria Distribuzione Diretta in quanto le Aziende Sanitarie locali acquistano direttamente i farmaci, in base a criteri e norme precise, e li distribuiscono direttamente nei propri presidi per l'utilizzo domiciliare del farmaco stesso.

• II) La seconda, definita Distribuzione per Conto[56], è basata su accordi intercorsi tra Regione/Ausl e Distributori (grossisti e farmacie territoriali); nella fattispecie prevede l'acquisto del farmaco sempre direttamente da Regione/Ausl e la dispensazione al paziente tramite le farmacie dislocate sul territorio.

Entrambe le modalità hanno la finalità di garantire continuità assistenziale, di monitorare l'appropriatezza prescrittiva di farmaci utilizzati per patologie gravi e croniche, di agevolarne l'erogazione consentendo un accesso più facile ai cittadini ed infine, di contenere la spesa farmaceutica, dal momento che questi farmaci, dal costo elevato, vengono acquistati con uno sconto medio del 50%.

La distribuzione diretta, che esclude le farmacie territoriali, eroga i farmaci tramite apposite strutture che le ASL e le Aziende ospedaliere hanno predisposto per tale scopo. Spesso però la loro dislocazione non è capillare e gli orari del servizio sono limitati.

La DPC integra perciò la distribuzione diretta effettuata dalle strutture sanitarie, avvalendosi dell'ausilio delle farmacie convenzionate.

---

[54] L'obiettivo del legislatore era di ridurre l'onere della spesa per consumi farmaceutici a carico del SSN, attraverso il passaggio di una quota di spesa dalla farmaceutica convenzionata all'acquisto diretto da parte delle Asl. Acquisto che si realizza con uno sconto minimo, obbligatorio per legge, del 50% sul prezzo di vendita al pubblico.

[55] È la distribuzione per il tramite delle strutture ospedaliere e dei presidi delle aziende sanitarie locali (ASL), di medicinali agli assistiti per la somministrazione presso il proprio domicilio.

[56] La distribuzione diretta può avvenire anche attraverso specifici accordi con le farmacie territoriali, pubbliche e private (distribuzione per conto).

Non tutti i farmaci distribuiti tramite la Distribuzione diretta possono essere dispensati attraverso la DPC. Pur essendo classificati in fascia A-PHT[57], alcuni farmaci sono distribuiti esclusivamente dalle ASL e quindi esclusi dalla DPC.

Sulla distribuzione diretta, i punti che rappresentano una possibile area di controversia tra Asl e farmacie territoriali sono così riassumibili:

- dal punto di vista del paziente, il canale della farmacia territoriale di fiducia garantisce sicurezza e facilità d'accesso;
- nella spesa farmaceutica convenzionata i costi sono misurabili perché gestiti con trasparenza e controllo, da anni questa spesa è in decrescita ;
- nella distribuzione diretta si misura solo il costo del farmaco, mentre quello organizzativo, logistico e distributivo non è noto ed è comunque deciso in autonomia dalle singole Asl regionali . Tra questi costi vanno anche considerati quelli per i prodotti scaduti o deteriorati che assumono un peso maggiore in assenza di monitoraggio della filiera distributiva;
- con la distribuzione diretta il rischio è che si replichi una servizio svolto, con maggior capillarità delle farmacie territoriali, duplicando anche i costi della filiera;
- la riclassificazione del PHT serve anche per il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e per porre a carico della spesa farmaceutica territoriale una parte di costi grazie ai suoi saldi positivi.

BOX - La rilevanza della distribuzione diretta per le farmacie

Rispetto alla spesa rimborsata dal SSN, la sfida per le farmacie è quella di far rientrare nella distribuzione territoriale (realizzata appunto dalle farmacie) gran parte della distribuzione diretta effettuata dalla strutture pubbliche (es: farmacie ospedaliere e presidi delle Asl) che negli ultimi anni ha visto una notevole crescita a scapito della distribuzione convenzionata. La distribuzione diretta è stata una scelta effettuata per pervenire a sensibili cali di spesa nell'acquisto da parte delle Asl dei medicinali (con sconti medi del 50%). Per alcuni principi attivi e medicinali, le Asl, attraverso la "distribuzione per conto" rimettono nel circuito della distribuzione territoriale, parte di

[57] I farmaci di fascia A (farmaci essenziali e per patologie croniche), sono a carico totale del Servizio sanitario nazionale (fatto salvo il pagamento di un ticket), vengono forniti ai cittadini dietro prescrizione medica redatta su ricettario del Servizio sanitario nazionale. Le regioni hanno la facoltà di attivare la distribuzione diretta dei farmaci di fascia A e H contenuti nel "Prontuario della distribuzione diretta per la presa in carico e la continuità assistenziale Ospedale-Territorio" (PHT).

questi acquisti. Spesso però si tratta dei farmaci meno costosi e non innovativi, portando così ad una progressiva perdita di professionalità del farmacista, che perde di competenza rispetto ai nuovi prodotti introdotti. Considerando che la diminuzione delle spesa farmaceutica territoriale di questi anni è stata quasi totalmente a carico delle farmacie, attraverso la progressiva riduzione della quota loro spettate sul prezzo dei farmaci in convenzionata (con sconti richiesti dal SSN e meccanismo del pay-back[58]), a cui si aggiunge la diminuzione della costo dei farmaci (sicuramente positiva ma che fa scendere il costo della ricetta media), grazie alla diffusione del farmaci equivalenti e alla scadenza dei brevetti, la sottrazione dei farmaci innovativi ad opera della distribuzione diretta, mette in serio pericolo la sostenibilità delle farmacie territoriali e quindi la sopravvivenza dei presidi di prossimità a cui il cittadino può accedere con facilità e a costi contenuti.
La richiesta delle farmacie è quindi che si riduca alle reali necessità la distribuzione diretta, sostituendola con la distribuzione per conto (DPC), compensata con margini sostenibili per le farmacie. Contemporaneamente le farmacie si dovranno attrezzare per diventare "farmacia dei servizi" diventando diramazioni capillari e fondamentali per le Asl.

[58] Sistema di regolazione che prevede un budget annuale per le aziende autorizzate all'immissione in commercio di medicinali. Se questo budget non viene rispettato, l'eventuale sforamento della spesa farmaceutica territoriale deve essere ripianato ripartendolo tra aziende farmaceutiche, grossisti e farmacisti, in misura proporzionale alle relative quote di spettanza sul prezzo al pubblico dei medicinali.

3.14 Spesa farmaceutica

I dati Federfarma[59]

La spesa farmaceutica convenzionata netta SSN, nel 2014, ha fatto registrare una diminuzione del 3,1% rispetto al 2013. Prosegue, quindi, il calo della spesa, che nel 2013 (per il settimo anno consecutivo) era scesa del 2,5%. Rallenta, invece, la tendenza all'aumento del numero delle ricette, cresciuto solo del +0,2%, mentre nel 2013 l'aumento era stato pari al +2,6%. Nel 2014 le ricette sono state oltre 609 milioni, pari mediamente a 10 ricette per ciascun cittadino. Le confezioni di medicinali erogate a carico del SSN sono state oltre 1 miliardo 121 milioni, con un aumento del +0,2% rispetto al 2013. Ogni cittadino italiano ha ritirato in farmacia in media 18,4 confezioni di medicinali a carico del SSN.
L'andamento della spesa nel 2014 è influenzato dal calo del valore medio netto delle ricette (-3,3%): vengono, cioè, erogati a carico del SSN farmaci di costo sempre più basso.
Il calo del valore medio netto delle ricette dipende dal crescente impatto dei medicinali equivalenti a seguito della progressiva scadenza dei brevetti, dalle trattenute imposte alle farmacie e dalle misure applicate a livello regionale. Tra queste ultime, si segnalano l'appesantimento del ticket a carico dei cittadini e la distribuzione diretta di medicinali acquistati dalle ASL.

I dati OsMed[60]

Nel 2014, le principali componenti della diminuzione del 2,2% della spesa farmaceutica convenzionata (effetto quantità, prezzi e mix) rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, hanno evidenziato un aumento delle quantità di medicinali prescritti (+1,9% in termini di dosi-definite-giornaliere, i.e. DDD), una diminuzione dei prezzi (-3,2%) e, infine, un lieve spostamento dei consumi da specialità medicinali più costose verso quelle meno costose (effetto mix negativo: -0,8%).

---

[59] Tratto da "Dati di spesa gennaio-marzo 2015", a cura di Federfarma, https://www.federfarma.it/Spesa-e-consumi-farmaceutici-SSN.aspx

[60] Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Gennaio-Settembre 2014. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2015 http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/evento/Rapporto_OsMed_gennaio-settembre_2014.pdf

I farmaci a brevetto scaduto rappresentano oramai oltre la metà (51,1%) della spesa farmaceutica convenzionata, in crescita rispetto al 2013 del +6,6%, e il 70,4% delle DDD totali, in crescita rispetto al 2013 del +11,9%. La percentuale di spesa per i farmaci equivalenti (farmaci a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di una copertura brevettuale) è stata pari al 28,8% del totale dei farmaci a brevetto scaduto.

Nei primi mesi del 2014 la spesa peri farmaci erogati attraverso la distribuzione diretta e per conto è stata pari a 4 miliardi di euro, a sua volta composta per 3,2 miliardi di euro dalla spesa diretta in senso stretto (per ogni classe di rimborsabilità) e per 861 milioni di euro dai medicinali erogati in distribuzione per conto. La spesa è costituita per il 56,3% dai farmaci di classe A, per il 42,6% dai farmaci di classe H (farmaci ospedalieri) e per il rimanente 1,1% dai farmaci di classe C.

Nel 2014 tutte le regioni hanno adottato la distribuzione diretta, mentre l'Abruzzo è l'unica regione che non utilizza la distribuzione per conto. La Sicilia ha avviato nel 2014 la distribuzione per conto.

A livello nazionale, la ripartizione percentuale della spesa farmaceutica tra distribuzione diretta in senso stretto e distribuzione per conto è pari rispettivamente al 78,7% e al 21,3%; tuttavia vi sono rilevanti differenze regionali, in quanto vi sono regioni che ricorrono in modo più esteso alla distribuzione diretta (Emilia Romagna, Sicilia e Lombardia) rispetto ad altre regioni nelle quali tale canale alternativo è relativamente meno utilizzato (Molise, Valle d'Aosta e Calabria).

Tabella 47: **Spesa farmaceutica territoriale: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2010-2014**

		2010 *(milioni)*	2011 *(milioni)*	2012 *(milioni)*	2013 *(milioni)*	2014 *(milioni)*	Δ % 11/10	Δ % 12/11	Δ % 13/12	Δ % 14/13
1+2+3+4	Spesa convenzionata lorda	9.725	9.375	8.666	8.450	8.244	-3,6	-7,6	-2,5	-2,4
1+2	Compartecipazione del cittadino	714	975	1.052	1.074	1.121	36,6	7,9	2,1	4,4
1	Ticket per confezione	321	401	401	421	411	24,9	0,0	5,0	-2,4
2	Quota prezzo di riferimento	393	574	651	653	710	46,1	13,4	0,3	8,7
3	Sconto^	588	624	584	698	669	6,1	-6,4	19,5	-4,2
4	Spesa convenzionata netta	8.423	7.776	7.029	6.678	6.455	-7,7	-9,6	-5,0	-3,3
5	Distr. Diretta di fascia A°	1.608	2.124	2.124	2.240	2.314	32,1	0,0	5,5	3,3
4+5	**Spesa territoriale**	**10.031**	**9.900**	**9.153**	**8.918**	**8.769**	**-1,3**	**-7,5**	**-2,6**	**-1,7**

^ comprende lo sconto per fasce di prezzo posto a carico delle farmacie; l'extrasconto da Determinazione AIFA 9 Febbraio 2007, successivamente modificata dalla Determinazione AIFA 15 giugno 2012; e lo sconto a carico dell'industria da Determinazione AIFA 30 Dicembre 2005.

° spesa distribuzione diretta e per conto di fascia A, comprensiva –nel caso di Regioni con dati mancanti– del valore del 40% della spesa farmaceutica non convenzionata rilevata attraverso il flusso della "Tracciabilità del farmaco", ai sensi della L.222/2007. In particolare, è stata applicata tale procedura alla Sardegna (per il periodo giugno-settembre); Il dato della distribuzione diretta e per conto non è consolidato e, pertanto, coincide con la stima sviluppata nell'ambito del monitoraggio periodico della spesa farmaceutica condotto dall'AIFA.

Fonte: elaborazione OsMed su dati NSIS, Age.Na.S. e IMS Health

Tabella 2a. Spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata: confronto fra i primi 9 mesi del periodo 2010-2014

		2010 *(milioni)*	2011 *(milioni)*	2012 *(milioni)*	2013 *(milioni)*	2014 *(milioni)*	Δ % 11/10	Δ % 12/11	Δ % 13/12	Δ % 14/13
1	Spesa convenzionata netta	8.423	7.776	7.029	6.678	6.455	-7,7	-9,6	-5,0	-3,3
2	Distribuzione diretta e per conto di fascia A	1.608	2.124	2.124	2.240	2.314	32,1	-0,0	5,5	3,3
1+2	Totale spesa pubblica	10.031	9.900	9.153	8.918	8.769	-1,3	-7,5	-2,6	-1,7
3	Compartecipazione del cittadino	714	975	1.052	1.074	1.121	36,6	7,9	2,1	4,4
4	Acquisto privato di fascia A*	708	810	852	905	905	14,4	5,2	6,2	0,0
5	Classe C con ricetta	2.338	2.421	2.275	2.251	2.210	3,6	-6,0	-1,1	-1,8
6	Automedicazione (SOP e OTC)	1.550	1.610	1.608	1.736	1.727	3,9	-0,1	8,0	-0,5
3+4+5+6	Totale spesa privata	5.310	5.816	5.787	5.966	5.963	9,5	-0,5	3,1	-0,1
	Totale spesa farmaceutica	15.341	15.716	14.940	14.884	14.732	2,4	-4,9	-0,4	-1,0
	Quota a carico SSN (%)	**65,4**	**63,0**	**61,3**	**59,9**	**59,5**				

*Il dato relativo alla spesa privata di farmaci rimborsabili dal SSN è ricavato per differenza tra la spesa totale (stimata da IMS) e la spesa a carico SSN (ottenuta dai dati OsMed). Vedi nota metodologica.

Fonte: elaborazione OsMed su dati IMS Health (per i dati di spesa privata)

Fonte: Rapporto OsMed 2014

3.14.1 Il contributo delle farmacie al contenimento della spesa[61]

Le farmacie continuano a dare un rilevante contributo al contenimento della spesa - oltre che con la diffusione degli equivalenti e la fornitura gratuita di tutti i dati sui farmaci SSN - con gli sconti per fasce di prezzo, che hanno prodotto nel 2014 un risparmio di circa 515 milioni di euro, ai quali vanno sommati circa 70 milioni di euro derivanti dalla quota dello 0,64% di cosiddetto pay-back, posto a carico delle farmacie a partire dal 1° marzo 2007 e sempre prorogato. A tali pesanti oneri si è aggiunta, dal 31 luglio 2010, la trattenuta dell'1,82% sulla spesa farmaceutica, aumentata, da luglio 2012, al 2,25%. Tale trattenuta aggiuntiva ha comportato, per le farmacie, un onere quantificabile, nel 2014, in oltre 197 milioni di euro. Complessivamente, quindi, il contributo diretto delle farmacie al contenimento della spesa, nel 2013, è stato di oltre 780 milioni di euro.
È bene ricordare che lo sconto a carico delle farmacie ha un carattere progressivo in quanto aumenta all'aumentare del prezzo del farmaco, facendo sì che i margini reali della farmacia siano regressivi rispetto al prezzo. Le farmacie rurali sussidiate e le piccole farmacie a basso fatturato SSN godono di una riduzione dello sconto dovuto al SSN.

Tabella 48: Trattenute a carico delle farmacie

	farmacie urbane e rurali non sussidiate		**farmacie rurali sussidiate**	
Fascia di prezzo €	fatturato SSN > 258.228,45 euro	fatturato SSN < 258.228,45 euro	con fatturato superiore a 387.342,67 euro	con fatturato inferiore a 387.342,67 euro
da 0 a 25,82	3,75+2,25%%	1,5%	3,75%+2,25%	1,5%
da 25,83 a 51,65	6%+2,25%	2,4%	6%+2,25%	
da 51,66 a 103,28	9%+2,25%	3,6%	9%+2,25%	
da 103,29 a 154,94	12,5%+2,25%	5%	12,5%+2,25%	
oltre 154,94	19%+2,25%	7,6%	19%+2,25%	

Fonte Federfarma

[61] Tratto da "Dati di spesa gennaio-marzo 2015", a cura di Federfarma, https://www.federfarma.it/Spesa-e-consumi-farmaceutici-SSN.aspx

3.14.2 Quote di partecipazione a carico dei cittadini

L'incidenza sulla spesa lorda delle quote di partecipazione a carico dei cittadini è passata dal 12,9% di dicembre 2013 al 13,6% di dicembre 2014 a seguito degli interventi regionali sui ticket e del crescente ricorso dei cittadini ai medicinali di marca più costosi, con conseguente pagamento della differenza di prezzo rispetto all'equivalente di prezzo più basso, a causa delle polemiche sull'efficacia dei medicinali generici e sulla sostituzione da parte del farmacista con un equivalente tra quelli di prezzo più basso, che creano diffidenza nei cittadini.
Nelle Regioni con ticket più incisivo[62] le quote di partecipazione hanno un'incidenza sulla spesa lorda tra l'11,3% e il 17,4%.
Complessivamente i cittadini hanno pagato oltre un miliardo e 469 milioni di ticket sui farmaci, di cui più del 63% (dato AIFA) dovuto alla differenza di prezzo rispetto al farmaco equivalente meno costoso.

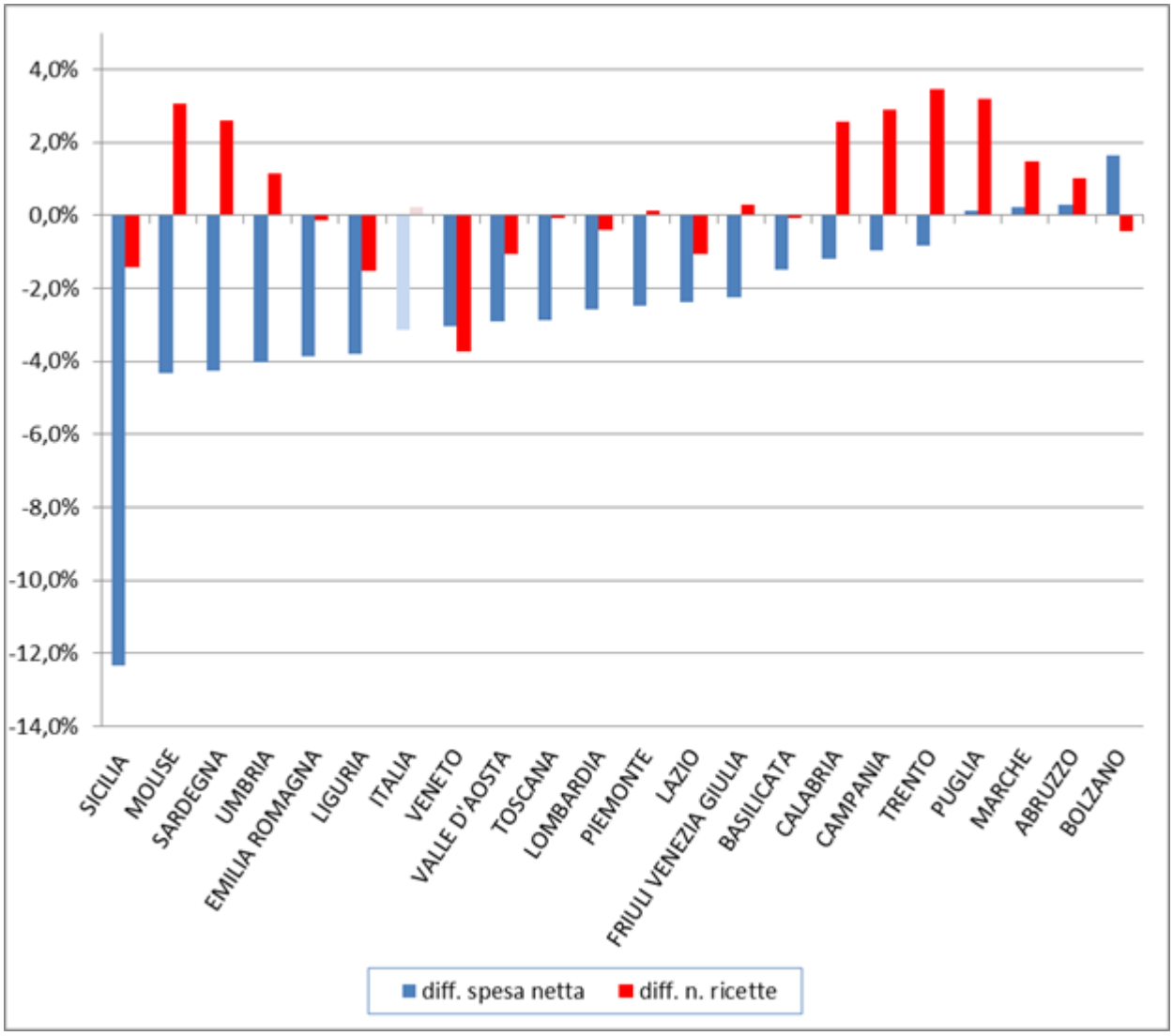
3.14.3 L'andamento della spesa a livello regionale[63]

Il grafico che segue, pone in correlazione, Regione per Regione, l'andamento della spesa netta e del numero delle ricette nel 2014 rispetto al 2013.

[62] Per una panoramica sui ticket applicati dalle singole Regioni vedi il sito www.federfarma.it alla voce "ticket regionali".

[63] Tratto da "Dati di spesa gennaio-marzo 2015", a cura di Federfarma, https://www.federfarma.it/Spesa-e-consumi-farmaceutici-SSN.aspx

Figura 33: Andamento spesa netta e numero ricette 2014/2013



Fonte Federfarma

Il calo della spesa convenzionata netta è particolarmente evidente in Sicilia (-12,3%), seguono Molise (-4,3%) e Sardegna (-4,3%), Umbria (-4%)

Nel 2014, la spesa pro capite media dei cittadini in farmacia a livello nazionale supera di poco i 400 Euro (si tratta naturalmente del prezzo al pubblico), mentre la spesa per i medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche è stata di circa 109 euro pro capite (il dato si riferisce ai primi 9 mesi del 2014, dati OsMed), con un esborso privato quindi superiore ai 290 €.

3.15 Le tendenze per la farmacia

L'invecchiamento della popolazione e la progressiva diffusione delle patologie croniche determina una necessità di interventi sulla salute sempre più complessi e costosi. Il bisogno di contenere la spesa mantenendo elevati standard di cura rende necessaria la territorializzazione dell'assistenza, limitando il ricorso all'ospedale per la gestione dell'acuzie. Per questo, i provvedimenti normativi vanno verso il coordinamento delle attività tra servizi ospedalieri e territoriali, rendendo al contempo economicamente più sostenibile il sistema e portando la sanità più vicina al cittadino.

Queste tendenze, economiche ed istituzionali, hanno risvolti operativi sulle farmacie. La crisi economica, trasversale a tutti i contesti, colpisce le tasche dei cittadini e del servizio pubblico che taglia le risorse disponibili abbassando i margini delle farmacie sui prodotti della spesa convenzionata e aumentando i ticket, una combinazione che causa gravi danni ai cittadini, tra i quali aumentano sempre più quelli costretti a rinunciare a servizi o prodotti necessari alla salute.

La farmacia, riconosciuta quale snodo fondamentale della sanità territoriale, vede ridursi sempre più le risorse in merito ai farmaci etici (farmaceutica convenzionata). Gli stessi presidi pubblici, diversi dalla farmacia di prossimità, attraverso la distribuzione diretta dei farmaci, si pongono in competizione con essa ma al contempo, sempre a livello istituzionale, si incoraggia una "farmacia dei servizi" quale punto strategico del servizio sanitario. A ciò va aggiunto il nuovo provvedimento sulla concorrenza che aprendo il mercato farmaceutico alle società di capitali renderà, per le attuali farmacie, il mercato più complesso.

BOX - Novità normative - Disegno di legge sulla concorrenza

Il 7 ottobre 2015, l'Aula della Camera dei Deputati ha approvato il disegno di legge per il mercato e la concorrenza, per quel che riguarda le farmacie gli interventi più innovativi possono essere riassunti con l'ingresso delle società di capitali nella proprietà delle farmacie - e quindi con la possibilità, di creare catene di farmacie -, con la mancata liberalizzazione dei farmaci di fascia C e con l'introduzione della possibilità per un unico soggetto di possedere più farmacie, che come ricorda il presidente della federazione dell'ordine dei farmacisti "può andare incontro alla necessità di integrare il farmacista di comunità nel processo di cura - formando catene e aggregazioni, anche virtuali, che consentano di mettere a punto prestazioni sanitarie standardizzate e riproducibili – fornendo servizi che possono essere proposti al SSN o, eventualmente, a chi eroga assistenza sanitaria integrativa"[64].

[64] Intervista al presidente Fofi http://www.ilfarmacistaonline.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=28281.

In particolare, le novità sono[65]:

- la possibilità per le società di capitali di essere titolari di farmacia;
- l'incompatibilità della partecipazione alle società titolari di farmacia con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica;
- l'eliminazione del numero massimo di farmacie di cui può essere titolare ciascuna società, che ad oggi è di 4 nella provincia dove ha sede legale la società;
- l'introduzione dell'incompatibilità tra la partecipazione alle società titolari di farmacia (società di persone, anche quelle già costituite ai sensi della L. 362/1991, e società di capitali) e l'esercizio della professione medica;
- l'obbligo di affidare la direzione della farmacia gestita da società ad un farmacista, anche non socio, in possesso del requisito dell'idoneità previsto dall'art. 12, L. n. 475/1968;
- un ulteriore obbligo di comunicazione, alla Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani nonché all'assessore alla sanità della competente regione o provincia autonoma, all'ordine provinciale dei farmacisti e all'unità sanitaria locale competente per territorio, riguardante tutte le variazioni delle compagini sociali delle società titolari di farmacia;
- la possibilità per le farmacie non sussidiate che risultino essere soprannumerarie, per decremento della popolazione nei Comuni fino a 6.600 abitanti, di trasferirsi in ambito regionale previo pagamento di una tassa di concessione governativa una tantum pari a € 5.000,00, sulla base di una graduatoria regionale per titoli che tenga conto anche dell'ordine cronologico delle istanze di trasferimento presentate, fatta salva la procedura del concorso straordinario;
- la possibilità per il titolare o il gestore della farmacia di prestare servizio in orari ed in periodi aggiuntivi rispetto a quelli obbligatori, purché ne dia preventiva comunicazione all'autorità sanitaria competente e informi la clientela mediante cartelli affissi all'esterno dell'esercizio.

[65] http://www.ordinefarmacistibaribat.it/index.php?option=com_content&view=article&id=294:approvazione-ddl-concorrenza&catid=9&Itemid=106.

Quindi i trend che spingono sulla farmacia possono essere ricondotti a[66]:

– riduzione del prezzo medio per le specialità rimborsate,

– concorrenza di parafarmacie e GDO sui segmenti commerciali,

– spostamento della distribuzione dei prodotti ad alto costo su canali Distribuzione Per Nome e Per Conto (DPC) e Distribuzione Diretta

– richiesta alle farmacie, da parte del Sistema Sanitario Nazionale, di assumere un ruolo attivo nella fornitura dei servizi al paziente ("farmacia dei servizi").

BOX - Farmacia dei servizi[67]

Con Decreto Legislativo N° 153 del 2009, "Individuazione dei nuovi servizi erogati dalle Farmacie nell'ambito del SSN" e con i successivi decreti attuativi, si è dato "corpus" normativo alla possibilità di realizzare quella, nuova, forma organizzativa e operativa che viene, oggi, comunemente definita come "Farmacia dei servizi".

Nel frattempo, la crisi finanziaria ha intaccato profondamente i livelli di erogazione offerti - in termini di servizi sanitari e sociosanitari - dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere con la conseguente, progressiva contrazione, soprattutto nelle aree più periferiche, della dotazione dei servizi territoriali.

Contemporaneamente i provvedimenti normativi via via succedutisi (dalla "Spending Review" al Decreto Balduzzi), unitamente all'incedere del processo di impoverimento della popolazione italiana, hanno inciso sulla domanda di prestazioni farmaceutiche, da un lato, e sulla remunerazione delle stesse, dall'altro, in modo tale che le Farmacie hanno visto progressivamente ridursi fatturato e ricavi.

In tali circostanze la "Farmacia dei servizi" può essere vista non solo come una possibilità ma anche come una opportunità offerta agli operatori farmaceutici al fine di rendere le proprie "imprese" centri erogatori di nuovi servizi, capillarizzati sul territorio (e quindi attrattivi per la popolazione residente) divenendo così interlocutori sempre più fondamentali (in quanto veri e propri presidi sanitari di territorio) delle ASL nella "governance" del rapporto fra domanda e offerta all'interno dei processi di programmazione locale.

C'è però ad oggi un grave ritardo nell'attuazione della farmacia dei servizi.

Il recentissimo Accordo Stato/Regioni cerca di dare un aiuto per l'attuazione. Qui infatti oltre a sancire le "linee progettuali per l'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse vincolate [...] per la

[66] "L'evoluzione delle farmacia", aprile 2015, http://magazine.imshealth.it/farmacia-il-futuro-e-nella-specializzazione/.

[67] Indagine conoscitiva sulla"Farmacia dei servizi", Circolare n° 078, Assofarm. http://www.assofarm.it/index.php?option=com_content&view=article&id=2559:2559-indagine-conoscitiva-sullaqfarmacia-dei-serviziq&catid=97&Itemid=329

realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale" si prevedono specifici finanziamenti (per un totale di circa un miliardo e mezzo di euro) allo scopo di realizzare, quanto meno sperimentale, le linee progettuali previste tra le quali appunto la farmacia dei servizi.

Come ricorda il Presidente della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani[68], "l'evoluzione mondiale dell'assistenza farmaceutica, sempre più orientata alle prestazioni professionali, ci offre un punto di forza che non avremmo se il quadro fosse ancorato esclusivamente alla funzione della dispensazione, dove la logica del "tot pezzi in tot minuti" potrebbe vedere vincente un modello commerciale della farmacia. Si apre quindi uno spazio da occupare" (si rimanda all'allegato, "Nuovi servizi: linee di indirizzo del ministero della salute")

Dalle analisi realizzate da Assofarm[69] (associazione delle farmacie comunali), emerge che molti servizi le farmacie li stanno già attuando, tra questi, quelli più centrali risultano l'autoanalisi del sangue; la misurazione di peso, pressione vista e udito; la realizzazione di interventi di Assistenza Domiciliare Integrata (quelle di assistenza alla persona che configurano l'impiego di figure come ad esempio l'infermiere, il terapista della riabilitazione, dell'assistente di base, e che include anche la "consegna a domicilio" di farmaci ed ausili); la prenotazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici vari; la predisposizione di campagne di informazione ed educazione concentrate sugli stili di vita sani e sulla prevenzione del Diabete e delle patologie cardiovascolari. Ma oltre a questo "zoccolo duro" di servizi, altri possono essere sviluppati come per esempio la verifica delle "intolleranze alimentari" con conseguenti indicazioni di tipo dietetico e alla dermo analisi, oppure i trattamenti terapeutici, puntando naturalmente su quelli di facile realizzazione, a costi contenuti e competitivi; orientati ad intercettare un bisogno diffuso espresso in prevalenza dalla popolazione anziana come ad esempio le prestazioni contro il dolore, gli stati infiammatori acuti e cronici – come ad esempio artrite, artrosi, sciatalgia-; condizioni diffuse di stanchezza, malessere, affaticamento, etc...

Nel rapporto di Assofarm si precisa infatti che "la "farmacia dei servizi potrà essere considerata, a tutto tondo, come un presidio territoriale di assistenza sanitaria e sociosanitaria; capace di affievolire l'impatto della contrazione dell'offerta storica di servizi e attività da parte del Servizio Sanitario pubblico, nelle aree periferiche; in grado di assicurare al cittadino alternative a basso costo e di intercettare una domanda, largamente diffusa, di prestazioni particolarmente gradite alla popolazione anziana più stanziale. E non dovrà più essere concepita solo come un presidio erogatore di alcuni servizi di tipo amministrativo (prenotazione; pagamento ticket; consegna referti, ecc.) posti convenzionalmente a carico del fondo sanitario.."

Le reazioni degli incumbent[70], alle suddette condizioni e alle nuove forme di organizzazione e proprietà, potrebbero delinearsi in tre direzioni. La prima che potremmo definire "business as

[68]Relazione del Presidente della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani Mandelli, Consiglio nazionale della federazione degli ordini dei farmacisti italiani, Auditorium dell'Unicef, 10 aprile 2015. http://www.fofi.it/allegati_agg/relazione_mandelli.pdf

[69] Per un approfondimento sul tipo di servizi già presenti in farmacia e su quelli invece potenzialmente da sviluppare si veda: La "farmacia dei servizi": realta' e prospettive, a cura di F. Foglietta, Rapporto di sintesi ricerche "Assofarm", 2014.

[70] Gli attori già presenti sul mercato.

usual", continuare come sempre, facendo un po' di tutto, una "diversificazione senza specializzazione"; la seconda che consisterebbe nell'evoluzione verso un presidio sanitario avanzato e l'ultima che implicherebbe trasformarsi in un esercizio commerciale professionale orientato al benessere. In una tale scelta vanno valutati i fattori economici, primo fra tutti il ruolo che per le farmacie svolge il farmaco etico, il quale, pur in un mutato contesto, è ancora remunerativo, anche in ragione della fiducia che si instaura con il cliente grazie alla sua dispensazione. La stessa fiducia che poi viene riposta nel farmacista per l'acquisto di altri prodotti come quelli dietetici, omeopatici, erboristici ecc. - il segmento di libera vendita ormai vale quasi il 40% delle vendite - e che probabilmente subirebbe un calo in assenza della "dispensazione primaria" del farmaco etico.

BOX - L'evoluzione del mercato

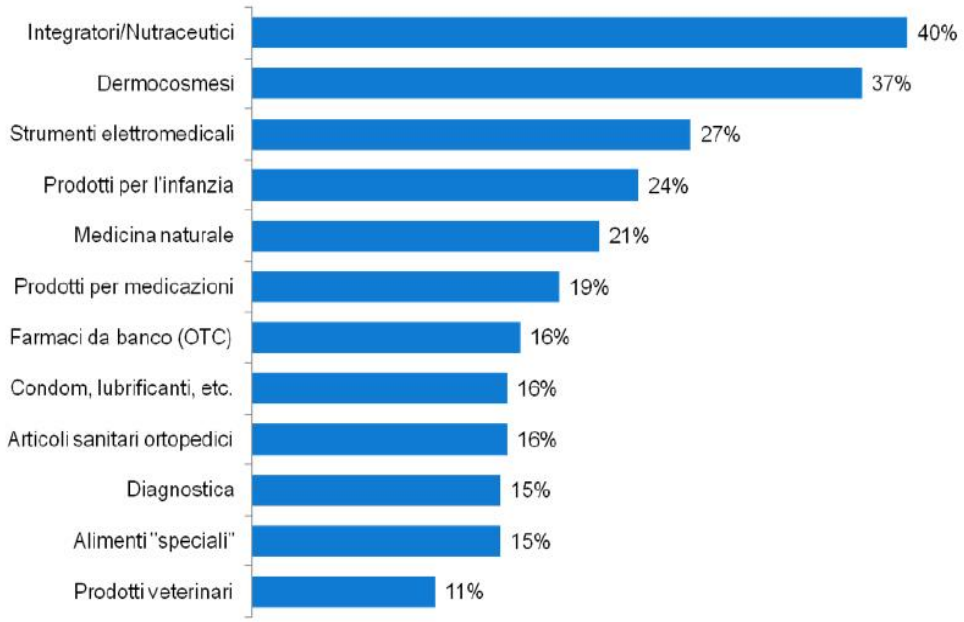
Sempre di più la farmacia sta assumendo un ruolo di centro territoriale polifunzionale.
La relazione dell'Amministratore delegato di IMS Health, tenutasi a Bologna nell'aprile del 2015, sull' evoluzione del mercato europeo e sui modelli distributivi delle farmacie, ha fatto anche il punto sulla differenziazione - di prodotti e servizi - che le farmacie devono effettuare nei diversi modelli di business per mantenere ricavi e margini. Di seguito le categorie individuate.
- Farmacia territoriale: mantiene un forte focus sui prodotti rimborsati e offre una limitata offerta di servizi. Ma in tal modo si rende più vulnerabile al rischio finanziario;
- Centro di assistenza sanitaria (healthcare Center): shopping funzionale affiancato ad una vasta offerta di servizi di assistenza al cliente (es: servizio Cup, test diagnostici). Uno scenario competitivo che include centri medici a basso costo;
- Drug store: vendita di un'ampia gamma di prodotti con categorie vicine al largo consumo (es: igene). Un modello che include vari punti vendita;
- Farmacia diversificata: ampia offerta di prodotti, con particolare attenzione ai parafarmaci (es. dermocosmesi, integratori alimentari), combinata ad un alto livello di servizi alla clientela (es: consegna farmaci).

La sopravvivenza nel medio lungo termine non potrà evitare cambiamenti per l'assetto della tradizionale farmacia, in ragione anche di cambiamenti che la portano nel ruolo di fornitore di servizi per il paziente, dalle analisi di primo e secondo livello e prestazioni professionali, fino alla prenotazione di prestazioni specialistiche. Ciò implicherà modifiche non solo strutturali - adeguando gli spazi fisici - ma anche professionali, dotandosi di personale specializzato e nuove strumentazioni. Il tutto accompagnato da una migliore presidio del mercato, intendendo con questo anche la vendita online .

Infatti, dal **1 luglio 2015** è stata resa possibile la **vendita on-line di farmaci OTC** (Over The Counter, comprensivi di automedicazione) a farmacisti che già presidiano il territorio con una farmacia. Questo per tutelare il cittadino e consentirgli un acquisto sicuro.

BOX - La vendita online[71]

La vendita e distribuzione dei farmaci in Italia è in continua evoluzione. Le farmacie che potranno anche effettuare la vendita on-line dovranno registrarsi nel sito del ministero, ricevendo, dopo verifiche, un "bollino" di riconoscimento.
Da una ricerca effettuata da IMS Health su un campione di 250 farmacisti italiani, **soltanto il 6% ha aperto le proprie vendite a questo nuovo canale.**
Una particolarità evidenziata è la netta divisione in due tranche dei farmacisti intervistati: **il 39% non intende effettuare cambiamenti** nel proprio modo di distribuire i farmaci ai pazienti, il **30% si sta preparando al cambiamento** e 1/5 non ha ancora deciso quale bivio prendere.
Gli italiani hanno mostrato interesse verso questo tipo di acquisto dando una preferenza ad integratori, prodotti per la dermocosmesi e strumenti elettromedicali in primis.
Figura 34: Prodotti preferiti.



Se la promessa fatta dal 30% di farmacisti verrà mantenuta e una parte degli indecisi sceglierà il bivio verso la vendita on-line, avremo più della metà delle farmacie in Italia che effettuerà l'e-commerce di prodotti e farmaci OTC.

In generale internet rivoluzionerà tutto il settore healthcare, secondo **Graham Lewis**, **vice president Global Pharma Strategy**, IMS Health[72], fra i principali driver di sviluppo ci saranno il

[71] http://magazine.imshealth.it/vendita-on-line-di-farmaci-come-si-comportano-le-farmacie-in-italia/

web ed in generale le applicazioni di e-health, che stanno assumendo un ruolo chiave a livello di comunicazione e nella generazione di cost saving (riduzione di costi). Allo stesso tempo, grazie al consolidamento della comunicazione digitale, si prevede che entro il 2020 ci saranno più consultazioni mediche attraverso i canali virtuali rispetto alle visite tradizionali. Inoltre, il digitale rappresenterà l'anello di congiunzione fondamentale tra i pazienti, le Associazioni e gli altri attori del settore.

Molto nette le conclusioni **del presidente della FOFI Senatore Andrea Mandelli**[73]. "Indietro non si torna e con questa innovazione si dovrà fare i conti. Non possiamo ammettere però che tutto si riduca all'economia, perché si tratta sempre comunque dell'assistenza ai cittadini. La farmacia italiana sta attraversando un momento di gravissima crisi e non stiamo certo esagerando quando parliamo di migliaia di farmacie con serissime difficoltà finanziari. L'arrivo di capitali può essere una risposta ma alcuni punti sono irrinunciabili. A cominciare dal quadro delle compatibilità e dei conflitti di interesse, dai limiti a concentrazione e integrazione e dell'indipendenza del professionista. Siamo stati dipinti come un trust, ma in realtà le farmacie italiane sono un insieme di 18000 individualisti, i veri grandi trust potranno formarsi da domani, mi auguro che l'Autorità garante tenga presente questo aspetto". Infine, Mandelli ha esortato a ricordare "che sono nate da tempo società di farmacisti, cooperative, tutte realtà che per ora non siamo riusciti a sviluppare al di là della dimensione del gruppo d'acquisto. E' venuto il momento di metterle a sistema per affrontare questo cambiamento"

Qualche cosa da rimproverarci dal lato dell'organizzazione l'abbiamo anche noi (farmacisti) - prosegue **Mandelli** -. Abbiamo affrontato il mercato in ordine sparso, trascurando che le economie di scala possono essere attuate anche da associazioni di professionisti che comunque non rinunciano alla titolarità delle loro farmacie

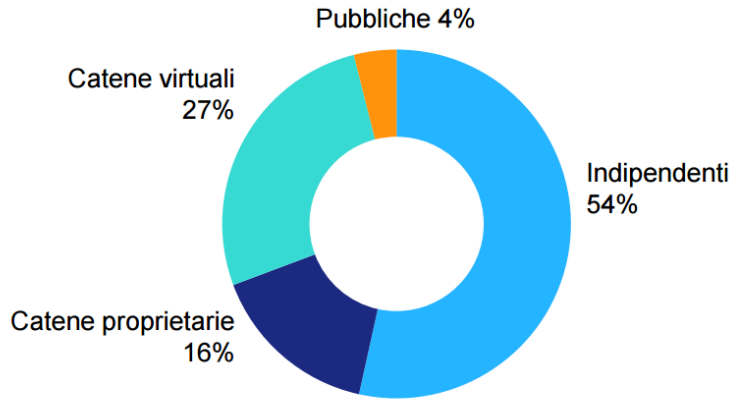
BOX - Forme di integrazione tra farmacie

[72] "Over the Orizon: i trend del mercato farmaceutico globale e italiano", Redazione Aboutpharma Online, novembre 2014. http://www.aboutpharma.com/blog/2014/11/13/over-the-orizon-i-trend-del-mercato-farmaceutico-globale-e-italiano/.

[73] http://www.fofi.it/news.php?id=3838.

A livello europeo, circa il 40% delle farmacie è collegato a gruppi[74]

Figura 35: Farmacie appartenenti a gruppi a livello europeo



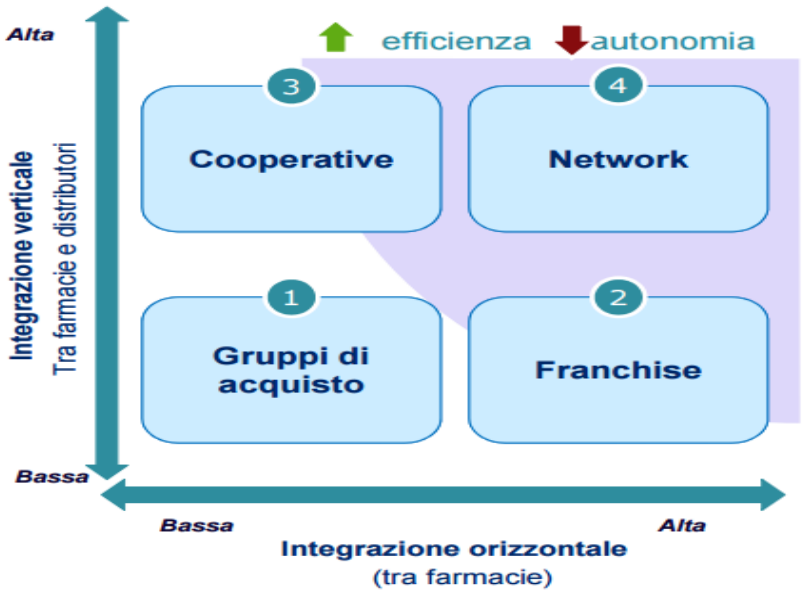
Fonte: analisi IMS Health su J.Doudley 2014

L'integrazione aiuta l'efficienza operativa a fronte di una perdite di autonomia. Forme di integrazione che posso essere sia verticali (tra farmacie e distributori) che orizzontali (tra farmacie) con le quali si raggiungono mix diversi di efficienza ed autonomia. Tra le diverse modalità possiamo ritrovare:

- i gruppi di acquisto: farmacie indipendenti che agiscono come collettivo di acquisto per aumentare il potere d'acquisto;
- i franchise: farmacie unite attraverso un marchio ombrello al fine di standardizzare marketing, assortimento e layout delle associate;
- le cooperative: farmacie indipendenti si aggregano in una cooperativa per aumentare il potere contrattuale e ottenere maggior autonomia nell'approvvigionamento ;
- i network: farmacie all'interno delle cooperative si sviluppano in reti al fine di consolidare e standardizzare l'offerta.

[74] Evoluzione del mercato europeo e modelli distributivi, di S. Liberatore, Amministratore delegato di IMS Health Italia, Bologna, aprile 2015.

Figura 36: Forme di integrazione



Fonte: Evoluzione del mercato europeo e modelli distributivi, di S. Liberatore, Amministratore delegato di IMS Health Italia, Bologna, aprile 2015

Dando quindi per acquisito che il ruolo del farmacista e della farmacia non sarà più relegato alla sola logistica e dispensazione del farmaco ma che il compito del farmacista di comunità debba evolversi indirizzandosi sempre più verso i servizi avanzati, ad alto valore aggiunto e che questo alto valore aggiunto deve essere basato su competenze specifiche molto più orientate al paziente che al farmaco, è scontato che l'approccio dovrà essere multidisciplinare. ***Concetto esemplificato dal Pharmaceutical Care che implica la gestione attiva della cronicità, la presa in carico del paziente, la verifica dell'aderenza e il monitoraggio della terapia farmacologica, ed ha come l'obiettivo ottimizzare l'utilizzo dei farmaci e migliorarne gli effetti sulla salute. Fornire servizi di alta qualità implica anche un nuovo approccio alla gestione del paziente, una gestione condivisa fra medici, farmacisti, infermieri che hanno al centro della loro attività il miglioramento della condizione dei pazienti.***

Già dal 2008, ha spiegato **Andrea Manfrin**[75], clinical lecturer in Pharmacy practice alla school of pharmacy della University of Kent, si è registrata una «drastica contrazione del business delle farmacie». Una difficoltà che può essere superata attraverso le nuove opportunità offerte dalle terapie personalizzate. "Bisogna uscire dall'idea della consegna del farmaco come potrebbe

[75] http://www.farmacista33.it/pharmaceutical-care-la-farmacia-prende-in-carico-il-paziente/politica-e-sanita/news-45206.html.

avvenire nella grande distribuzione e offrire pacchetti legati alla fornitura di servizi. Il farmacista deve aiutare il paziente a prendere meglio le medicine e questo permette anche di ridurre i costi sanitari. In molti Paesi extraeuropei si utilizza il dossier paziente per monitorare la qualità degli interventi. Bisogna recuperare l'approccio paziente-centrico e ottimizzare le necessità terapeutiche".

"La formazione dei farmacisti è ancora prevalentemente incentrata sulle materie tradizionali e riserva poco spazio allo sviluppo delle competenze e degli skills necessari a erogare una prestazione professionale. Vi è però un generale consenso sull'importanza della formazione post laurea al fine di acquisire le competenze richieste per fornire questi servizi che necessariamente dovranno essere dispensati da farmacisti accreditati le cui competenze devono essere verificate e certificate da strutture che abbiano sviluppato le capacità e le competenze necessarie"[76].

3.16 Il Farmacista

Il farmacista è il professionista esperto in farmaci e in prodotti per la salute (alimenti, integratori alimentari, dispositivi medici, prodotti cosmetici).
Con il suo lavoro tutela la salute delle persone attraverso l'informazione e la sensibilizzazione sull'uso appropriato dei medicinali. Deve essere in grado di spiegare al paziente le interazioni tra farmaci, tra farmaci e alimenti, le eventuali controindicazioni e i possibili effetti collaterali. Fornisce informazioni sanitarie sull'utilizzo dei medicinali; permettendo di evitare: l'uso improprio, il dosaggio incongruo, l'assunzione di farmaci antagonisti, la sospensione anticipata o il prolungamento non necessario della terapia. Consiglia sull'uso dei medicinali SOP (senza obbligo di prescrizione) e OTC (cioè medicinali da banco o di automedicazione), dei prodotti parafarmaceutici, dei prodotti dietetici e cosmetici.
Opera nei settori farmaceutico, cosmetico, dietetico e nutrizionale, diagnostico, nell'ambito degli articoli sanitari e dei dispositivi medici.
Non può effettuare diagnosi, in quanto non è chiamato a sostituirsi al medico, ma si colloca tra il medico e il paziente per agevolare la conoscenza delle finalità di una terapia, le corrette modalità di assunzione dei medicinali e l'aderenza alla terapia.

[76] http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=16867.

Osserva scrupolosamente il Codice Deontologico e gli indirizzi di natura professionale anche al di fuori dell'esercizio della professione[77].

Il farmacista può lavorare nel[78]:

Settore pubblico (farmacie, SSN, amministrazioni pubbliche, Forze Armate, CRI, Istituti di pena, Università)

1. **Farmacie** in cui sono titolari enti pubblici, in qualità di direttore o collaboratore di farmacia comunale,
2. nell'ambito del SSN in qualità di farmacista dirigente negli **uffici e servizi farmaceutici delle ASL**. Oppure in qualità di farmacista dirigente di primo o secondo livello nelle **farmacie ospedaliere** (previo conseguimento della relativa specializzazione di 4 anni in "farmacia ospedaliera");
3. **amministrazioni pubbliche**, in qualità di farmacista (Ministeri, Istituto Superiore di Sanità, Regioni, Province, ecc.);
4. **Forze Armate** e nella **Croce Rossa Italiana** in qualità di farmacista;
5. **istituti di pena** in qualità di farmacista;
6. **Università**in qualità di professore o ricercatore universitario.

Settore privato (farmacie, case di cura private, aziende di produzione e commercializzazione, esercizi commerciali autorizzati alla vendita di medicinali non soggetti a prescrizione medica)

1. **farmacie private** in qualità di titolare, gestore provvisorio, collaboratore, socio di società tra farmacisti per la gestione di farmacie;
2. **case di cura** private, in qualità di farmacista;
3. **aziende per la produzione e commercio di medicinali per uso umano**, in qualità di informatore scientifico, direttore scientifico, direttore tecnico nelle officine di produzione, farmacista responsabile del servizio di farmacovigilanza delle industrie farmaceutiche, direttore di deposito o magazzino di medicinali;
4. **aziende per la produzione e commercio di prodotti cosmetici** in qualità di Persona responsabile;
5. **aziende di produzione di prodotti fitosanitari** (in qualità di direttore tecnico);

[77] http://www.atlantedelleprofessioni.it/ita/Professioni/Farmacista/Dove-lavora-Ambienti-e-organizzazione.

[78] http://www.atlantedelleprofessioni.it/ita/Professioni/Farmacista/Dove-lavora-Ambienti-e-organizzazione.

6. **aziende di produzione e commercio di medicinali per uso veterinario**, in qualità di direttore tecnico nelle officine di produzione, responsabile della vendita diretta al pubblico, responsabile di magazzino all'ingrosso;
7. **aziende di produzione di premiscele e mangimi medicati**, in qualità di farmacista;
8. **esercizi commerciali** autorizzati alla vendita di medicinali non soggetti a prescrizione medica e di medicinali veterinari (es. parafarmacie e corner farmaceutici nella grande distribuzione).

La figura del farmacista

[Tratto da: "La figura del farmacista[79]: prospettive", ricerca svolta per conto di Federazione Ordini Farmacisti Italiani da SDA Bocconi, School of Management, 2010]

È difficile parlare di professione del farmacista in chiave univoca, sarebbe più corretto parlare di professioni del farmacista: attività svolte e competenze richieste sono significativamente differenziate non solo a seconda dei ruoli che il professionista riveste e della tipologia di struttura in cui opera, ma anche del contesto istituzionale e dell'area geografica in cui è inserito (i Sistemi sanitari differenziati per Regione, infatti, determinano richieste di competenze diversificate), dell'orientamento strategico dell'azienda in cui opera, nonché dalla dimensione e del livello di innovazione della stessa.

Il farmacista, a seconda del settore in cui opera - distribuzione finale, intermedia, azienda sanitaria ospedaliera, territoriale, IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), azienda sanità ria privata, ambito regolatorio, impresa di produzione - ha infatti stakeholder istituzionali e di mercato differenti.

Le diversità tra i vari sistemi sanitari regionali incidono, anche se in maniera e per ragioni differenziata, su tutte le categorie di farmacisti.

Si pensi, ad esempio, a come le differenti strategie socio-sanitarie e le diverse organizzazioni delle strutture delle ASL, implicheranno standard differenziati per area geografica in merito a attività e competenze svolte dai farmacisti nell'ambito dei servizi previsti dalla Legge 69/09. Per di più, nell'ambito di una stessa ASL, alcune farmacie potrebbero decidere di specializzarsi su alcune attività o patologie, mentre altre potrebbero sceglierne diverse, oppure ancora decidere di non convenzionarsi affatto e di limitarsi alla dispensazione del farmaco. Ma già oggi, la distribuzione per conto di alcuni farmaci innovati in PHT, determina una diversificazione nelle conoscenze dei prodotti meno diffusi.

Ma il contesto istituzionale condiziona non solo il farmacista di comunità, ma anche il farmacista che opera nelle strutture sanitarie, territoriali e ospedaliere, pubbliche e private: ci sono Regioni in cui c'è una maggiore tendenza ad attivare Commissioni per l'inserimento dei farmaci nei prontuari, e ciò implica per il farmacista la necessità di sviluppare competenze specifiche in termini di farmacoeconomia; Regioni in cui sono fortemente diffusi i farmaci innovativi in ambito ospedaliero o in ADI, per cui il farmacista deve aggiornare le proprie competenze dal sistemico al biologico; Regioni in cui gli approvvigionamenti sono stati centralizzati, per cui il farmacista ospedaliero e di ASL non necessitano o necessitano meno di competenze in merito agli acquisti,

[79] http://www.ordinefarmacistifoggia.it/files/Sda%20Bocconi.pdf.

alla logistica, alle predisposizione di bandi di gara; Regioni in cui l'assistenza è caratterizzata da una maggiore dispersione geografica delle strutture e dei luoghi di assistenza (fino al domicilio del paziente), per cui il lavoro del farmacista esce dai confini strutturali aziendali
La dimensione aziendale, determina la possibilità di specializzarli su attività differenziate. Altra variabile importante, affiancata alla dimensione, che incide sulla specializzazione del professionista, è il livello di innovazione dell'azienda.
Le farmacie più innovative, tendono ad avere personale specializzato per attività (ad esempio acquisti, marketing, vendita, formulazione dei prezzi, prenotazione visite specialistiche, diagnostica di prima istanza) e per categoria di prodotto trattato (ad esempio dermocosmesi, omeopatia, veterinaria).
L'orientamento alla specializzazione richiede al titolare capacità manageriali e organizzative. Inoltre, tale tipologia di farmacie, hanno un più spiccato orientamento all'informatizzazione, usando lo strumento come supporto alla professione e alle proprie attitudini manageriali.

3.17 Percorso formativo

Quali norme regolano la professione?

Per potere svolgere la professione di farmacista, è necessario essere abilitati all'esercizio professionale (art. 100 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie - R.D. 27 luglio 1934, n. 1265 e successive modificazioni).

Sono attività professionali del farmacista quelle riconducibili al D.Lgs 258/1991 che attua le direttive comunitarie in materia di formazione e di diritto di stabilimento e al D.Lgs 206/2007 che attua le direttive comunitarie relative al riconoscimento delle qualifiche professionali e alla libera circolazione delle persone (…)

Tra le principali normative di riferimento per la professione citiamo:

- Dir. CEE 85/432, concernente il coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative riguardanti talune attività nel settore farmaceutico;
- Dir. CEE 85/433 concernente il reciproco riconoscimento dei diplomi, certificati ed altri titoli in farmacia e comportante misure destinate ad agevolare l'esercizio effettivo del diritto di stabilimento per talune attività nel settore farmaceutico che rende possibile la libera circolazione dei farmacisti nei Paesi dell'Unione europea e in particolare regola il reciproco riconoscimento dei titoli di farmacista e il diritto di stabilimento nei Paesi dell'Ue. Il presupposto per l'applicazione della norma comunitaria è che l'interessato sia abilitato all'esercizio della professione di farmacista e cioè che abbia superato l'esame di Stato abilitante *post lauream*. Deve inoltrare la domanda di riconoscimento del suo titolo all'autorità competente (di solito il ministero della Sanità) del Paese dove si intende trasferirsi;

- DPR.n.371/1998, recante norme concernenti l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private;
- L. 248/06 art.5, che regola l'attività dei farmacisti negli esercizi commerciali diversi dalla farmacia.

Per svolgere la professione del farmacista è necessario aver conseguito la laurea magistrale, di durata quinquennale, in Farmacia o in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche (CTF) e aver superato l'esame abilitante che permette l'iscrizione all'apposito albo professionale. In entrambi i corsi di laurea magistrale è previsto lo svolgimento di 6 mesi di tirocinio professionale presso una farmacia aperta al pubblica o 3 mesi in una farmacia ospedaliera e 3 in una farmacia aperta al pubblico.

Alcune posizioni funzionali all'interno di un'azienda farmaceutica richiedono altresì l'iscrizione all'Ordine Professionale.

Nella scelta tra i percorsi di laurea si può considerare che:

- il laureato in Farmacia è preparato nel campo della dispensazione dei medicinali, delle informazioni scientifiche sugli stessi, ed in tutti gli altri settori in cui la sua preparazione specifica è necessaria per garantire la salute pubblica e alimentare;
- il laureato in CTF è esperto nella preparazione, sintesi, realizzazione e test dei farmaci. Questa laurea magistrale indirizza specialmente verso l'ambito farmaceutico industriale e verso l'industria cosmetica.

Estratto da:
"**Linee di indirizzo sugli strumenti per concorrere a ridurre gli errori in terapia farmacologica nell'ambito dei servizi assistenziali erogati dalle Farmacie di comunità**", Ministero della Salute, Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del servizio sanitario nazionale, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio III qualità delle attività e dei servizi, maggio 2014.

LA FORMAZIONE DEI FARMACISTI PER LA SICUREZZA DELLE CURE
La formazione del Farmacista per la sicurezza delle cure
Attualmente l'iter formativo del farmacista di comunità prevede la Laurea in Farmacia o in Chimica e Tecnologia Farmaceutiche (CTF), l'esame di Stato per l'abilitazione alla professione e una formazione ECM (Educazione Continua in Medicina) che certifica le conoscenze teoriche e pratiche e consente lo svolgimento delle attività specialistiche delle nuove funzioni professionali che affiancano quelle previste dalla normativa vigente.
Bisogna aggiungere che i rapidi cambiamenti dell'assistenza sanitaria, la costante evoluzione del mercato del farmaco e dei dispositivi medici nonché la partecipazione a gruppi di lavoro multidisciplinari, rendono necessario, da parte dei farmacisti, l'arricchimento e l'aggiornamento

continuo delle competenze di tipo scientifico, tecnologico e legislativo, l'approfondimento del binomio farmaco-patologia, la conoscenza degli strumenti utili alla ricerca delle informazioni, l'approccio multidisciplinare e la valorizzazione delle capacità di comunicazione. Tutto ciò ha una valenza notevole nella gestione del rischio clinico che coinvolge a pieno titolo il farmacista di comunità nel suo ruolo di filtro con i pazienti/utenti e d'interfaccia con i medici, gli infermieri e gli altri operatori sanitari coinvolti nell'assistenza e cura. Per diffondere e rendere facilmente operativi gli strumenti di gestione del rischio clinico, i Corsi di Laurea in Farmacia e Chimica e Tecnologie Farmaceutiche devono prevedere programmi specifici in collaborazione con il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, gli Ordini e i Collegi professionali, le Società Scientifiche.

Inoltre, sarebbe efficace in tale ambito favorire una fluida e costante interazione professionale tra i farmacisti di comunità e i farmacisti ospedalieri e territoriali con scambio di informazioni su specifiche tematiche e sugli strumenti impiegati per l'analisi degli eventi avversi anche tramite corsi di aggiornamento comuni.

Un'adeguata e completa formazione è alla base dello sviluppo di attività di rilievo per il farmacista al "passo con i tempi". La formazione deve riguardare molteplici aspetti fra cui l'utilizzo di banche dati che permettono di disporre immediatamente di informazioni su interazioni farmacologiche, controindicazioni e strumenti idonei per garantire terapie sicure e fornire risposte corrette anche agli utenti non italiani, che si presentano in Farmacia con confezioni di farmaci del proprio Paese. L'incremento di nuovi servizi all'interno della Farmacia di comunità e l'aumento delle aspettative da parte dei cittadini rende necessario lo sviluppo del Counseling e della capacità di trasferire le informazioni in maniera semplice. Le capacità comunicative e relazionali diventano centrali con popolazioni ad alto rischio di errori (anziani, bambini, pazienti oncologici, pazienti con diversità e stranieri). In tale contesto, si rende necessario in tempi brevi l'adeguamento della formazione del farmacista.

La formazione si articola in una Formazione Integrativa Professionale (FIP) "non formale" e in una formazione successiva di Educazione Continua Professionale (ECP) secondo standard e training europei.

Tale formazione "non formale" viene erogata da Associazioni o Fondazioni, riconosciute e accreditate da società di Counseling abilitate e riconosciuta a loro volta da enti o Organismi ufficiali (UNI RENI ISO). Secondo il decreto legislativo 13/2013 la modalità "non formale" introdurrà di fatto in Farmacia, l'esercizio del Counseling e il farmacista Counselor in grado di aiutare la persona assistita a risolvere i problemi correlati allo stato di salute.

La qualifica di Counselor si ottiene attraverso un percorso comprensivo di attività formative e tirocinio. Per acquisire nuove competenze, occorre considerare la necessità di inserire nei percorsi formativi tematiche legate alla prevenzione e agli aspetti di patologia medica per malattie di largo impatto sociale e di grande prevalenza nella popolazione. I temi possibili sono molteplici e possono essere scelti in base a esigenze territoriali, a bisogni formativi singoli e di gruppo. Argomenti interessanti da sviluppare sono, tra gli altri, quello della gestione del rischio clinico, la corretta alimentazione, l'attività fisica, la disassuefazione dal fumo, mentre tra le più diffuse patologie del territorio la gestione dell'ipertensione arteriosa, del diabete mellito, delle malattie infettive dell'età pediatrica, dell'influenza. Per alcune piccole patologie (ad esempio, rinite, tracheite, dolori articolari, piccole ferite o ustioni, eritema solare) l'utente si rivolge, spesso, direttamente al farmacista e, pertanto, su queste tematiche devono essere previsti aggiornamenti

periodici. Questo ruolo di consigliere ha importanza dal punto di vista sociale e può essere considerato, per gli aspetti precipui della professione di farmacista, un'integrazione con l'attività di informazione dei medici di medicina generale. E' necessaria anche una formazione specifica sulla sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico progettata con un approccio multidisciplinare che consenta un confronto continuo con i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia, gli specialisti ospedalieri e gli altri operatori sanitari nonché le Università e il Ministero della Salute.

3.17.1 Come si sviluppa la carriera?

Il percorso professionale del farmacista può svilupparsi in uno degli ambiti pubblici e privati, passando progressivamente a ruoli di maggiore responsabilità.

Come già indicato, per esercitare la professione di farmacista ospedaliero è necessario conseguire una apposita specializzazione quadriennale. La formazione specifica nei diversi ambiti di interesse della farmacia ospedaliera (ad es. galenica clinica, oncologia, radio farmacia) costituisce titolo di merito per lavorare nelle aziende del servizio sanitario.

Ulteriori sviluppi della carriera del Farmacista possono essere in qualità di:

- referente area marketing presso aziende farmaceutiche,
- clinical monitor, con una specializzazione nello studio clinico dei farmaci presso aziende farmaceutiche,
- informatore scientifico.

Il farmacista che intende avviare un'attività in proprio deve ottenere la concessione pubblica e acquisire l'idoneità alla titolarità.

Per saperne di più:

Il Farmacista di Dipartimento quale strumento per la prevenzione degli errori in terapia e l'implementazione delle politiche di Governo clinico in ambito oncologico

Fondazione ISTUD, 2012,Le figure professionali emergenti. Il mondo farmaceutico che cambia

http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1638_allegato.pdf

www.fofi.it - Federazione degli Ordini dei farmacisti italiani

www.ordinefarmacisti.torino.it/ - Ordine provinciale

Codice deontologico del farmacista - http://www.fofi.it/doc_fofi/codice_deontologico.pdf

3.17.2 Corsi di aggiornamento per farmacisti di comunità

[Estratto da: "**Linee di indirizzo sugli strumenti per concorrere a ridurre gli errori in terapia farmacologica nell'ambito dei servizi assistenziali erogati dalle Farmacie di comunità**", Ministero della Salute, Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del servizio sanitario nazionale, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio III qualità delle attività e dei servizi, maggio 2014.]

Sia la formazione che l'aggiornamento sono indispensabili per tutti gli operatori sanitari al fine di garantire le migliori performance nell'esercizio professionale soprattutto e acquisire competenze nella gestione del rischio clinico. Il farmacista, nello svolgimento del proprio lavoro, si dedica a diversi ambiti di attività: l'applicazione della normativa legata alla dispensazione dei farmaci e dei "prodotti diversi dai medicinali", il consiglio sul corretto utilizzo dei farmaci, la verifica della Compliance e della Aderenza alle terapie (secondo i dati OSMED 2010-2011 l'Aderenza ai farmaci antiipertensivi e antidislipidemici è insufficiente almeno in una percentuale rilevante dei pazienti). Il farmacista si può inserire efficacemente nei percorsi di cura, per quanto di sua competenza, assicurando un importante supporto al paziente e al medico curante attraverso varie attività fra cui la:

- spiegazione sulle modalità di assunzione dei farmaci;
- verifica periodica delle corrette modalità di assunzione, secondo quanto stabilito dal medico per i pazienti che afferiscono abitualmente alla Farmacia;
- informazione sulle interferenze farmacologiche in pazienti in mono o politerapia, sulle interferenze tra farmaci e alimenti o tra farmaci e assunzione di altre sostanze;
- verifica periodica delle motivazioni del paziente e della fiducia del paziente nella terapia;
- comunicazione con i familiari e/o con gli assistenti informali.

Vanno anche definiti e valorizzati specifici percorsi formativi integrati con gli ambiti specialistici in cui si impiegano farmaci altamente innovativi (anche in sperimentazione), come ad esempio l'oncologia e l'oncoematologia, per condividere informazioni standardizzate sulla sicurezza delle cure e modalità di lavoro finalizzate ad ottimizzare il processo di ricognizione e riconciliazione farmacologica.

La comunicazione è a tutti gli effetti uno strumento professionale che non può essere considerato scontato, né può essere auto appreso; necessita perciò di percorsi formativi dedicati, considerate le complesse dinamiche relazionali che si realizzano nel front office di Farmacia e nelle relazioni che il farmacista intrattiene con i medici e gli altri operatori sanitari.
Nella comunicazione si deve realizzare una bidirezionalità (al tempo stesso saper ascoltare e saper spiegare, dimostrarsi attenti alle richieste ed essere chiari nelle risposte); si deve considerare la diversità degli interlocutori (cittadino sano, paziente, familiare, caregiver, medici e altri operatori sanitari), la diversità socioculturale di chi si ha di fronte si deve verificare poi la comprensione delle informazioni fornite, soprattutto quando si è di fronte a soggetti anziani o stranieri.
Inoltre, i farmacisti di comunità dovrebbero partecipare ai corsi in tema di rischio clinico promossi dalle ASL e dagli Ordini professionali.

3.17.3 L'offerta formativa

[Estratto da: "**Linee di indirizzo sugli strumenti per concorrere a ridurre gli errori in terapia farmacologica nell'ambito dei servizi assistenziali erogati dalle Farmacie di comunità**", Ministero della Salute, Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del servizio sanitario nazionale, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio III qualità delle attività e dei servizi, maggio 2014.]

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in collaborazione con l'International Pharmaceutical Federation (FIP) ha pubblicato nel 2006 il manuale Pharmacy Practice: a focus on patient care e nel 2011 ha definito le Guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services. I due documenti sottolineano l'indispensabile evoluzione del ruolo del farmacista centrato sul paziente in virtù delle crescenti richieste derivanti dalla complessità di nuovi farmaci e dalle problematiche ad essi correlate (interazioni, eventi avversi e scarsa Aderenza alla prescrizioni).
A livello internazionale nelle Università e nelle Scuole di Farmacia i percorsi formativi si stanno progressivamente adeguando al nuovo curriculum richiesto in ambito sanitario. In alcune realtà (ad esempio, Australia, Canada, USA) i percorsi formativi pre e post-laurea in Farmacia già includono tematiche di Pharmaceutical Care e Pharmacy Practice. Ad esempio le Introductory Pharmacy Practice Experiences (IPPEs) prevedono molteplici attività, evidence-based ed interattive, anche attraverso la simulazione tecnologica, che si sviluppano lungo tutto il primo triennio, mentre le Advanced Pharmacy Practice Experiential (APPE) sono corsi avanzati con rotazioni di alcune

settimane in co-working team con altre professioni sanitarie, in specifici ambiti clinici e territoriali. In Europa la Direttiva riguardante i settori professionali sottolinea che i farmacisti devono possedere competenze per la pratica professionale, senza tuttavia descriverle.

Il Quality Assurance in European Pharmacy Education and Training—PHAR-QA Consortium è stato incaricato di definire competenze e sistemi che ne assicurino la qualità, sintonizzando i diversi Stati membri della Unione Europea in materia di formazione e tirocini.

L'European Association of Faculties of Pharmacy provvederà ad armonizzare la loro applicazione con un impatto significativo per docenti, studenti e soprattutto pazienti che beneficeranno di farmacisti preparati nel fornire migliori servizi in ambito sanitario. In Italia alcune sedi universitarie hanno di recente ampliato l'offerta formativa post-laurea, mentre il curriculum dei Corsi di Laurea in Farmacia e Chimica e Tecnologia Farmaceutiche (CTF), pur prevedendo attività di tirocinio nelle Farmacie di comunità e in quelle ospedaliere e nei servizi farmaceutici delle ASL, non è ancora adeguatamente orientato all'evoluzione in ambito sanitario, destinata ad ampliare servizi ed assistenza nel territorio e alla collaborazione tra operatori sanitari.

Come ribadito, sarebbe auspicabile una interazione tra Università, Ministero della Salute, Ordini Professionali e Società Scientifiche, finalizzata ad orientare la formazione alle nuove e specifiche competenze professionali del farmacista.

In merito alle ricadute ed ai fabbisogni formativi relativamente al ruolo del farmacista si veda il rapporto F.D.V.

3.18 Farmacie comunali

3.18.1 Farmacia pubblica[80]

La farmacia pubblica è quella il cui titolare è una persona giuridica, cioè il Comune rappresentato dal Sindaco. Questa farmacia trae origine dal diritto di prelazione esercitabile dal Comune nel 50% delle farmacie resesi vacanti o di nuova istituzione. La farmacia pubblica può essere gestita dal Comune:

- direttamente (servizio in economia);
- tramite delega all'Azienda municipalizzata/azienda speciale;
- a mezzo consorzi tra comuni di cui questi ultimi siano i soli titolari;

[80] Tratto da: http://it.wikipedia.org/wiki/Farmacia.

- a mezzo di società di capitali (prevalenza di partecipazione pubblica) fra il Comune e i farmacisti che prestano servizio presso farmacie di cui sono titolari i Comuni stessi;
- a mezzo di società di capitali, anche non con prevalenza di partecipazione pubblica.

Ciascuna farmacia pubblica ha un direttore farmacista (scelto attraverso concorso pubblico), responsabile della gestione professionale della stessa nei confronti dell'Autorità sanitaria. La farmacia pubblica è legata da rapporto convenzionale al servizio sanitario pubblico, in maniera del tutto identica alla farmacia privata, ed è soggetta all'azione di vigilanza e controllo da parte dell'ASS/Asl. I farmacisti addetti alle farmacie pubbliche vengono assunti per pubblico concorso. La farmacia comunale può essere venduta purché:

- siano previste norme a tutela del personale dipendente;
- sia assicurato ai dipendenti il diritto di prelazione;
- i dipendenti possano costituire una società.

3.18.2 Ruolo sociale delle farmacie comunali[81]

Le farmacie comunali sono presidi nel territorio, "elementi di prevenzione" che, uniti ai medici di base ed ai pronto soccorso, costituiscono la migliore rete preventiva e il miglior sistema di sicurezza sanitario del nostro paese.

Ancor più la presenza territoriale delle farmacie comunali è importante nei piccoli centri.

"**Il compito delle farmacie comunali non è quello di fare cassetto** ma di svolgere servizi sociali mantenendo i bilanci in ordine ed investendo gli utili nei servizi".

"I compiti che debbono svolgere le farmacie comunali sul territorio sono molteplici. Il più importante è quello di essere collocate nei quartieri o nelle frazioni più periferiche, trascurate dalle farmacie private perché meno remunerative. Non secondario è l'aiuto fornito agli anziani, ai disabili e ai pensionati offrendo particolari sconti sui prodotti in vendita, la consegna a domicilio e la fornitura gratuita di particolari servizi quali la misurazione della pressione arteriosa e del peso. Molto importante anche il collegamento con gli ospedali del territorio per la prenotazione di esami e visite specialistiche e la consegna dei referti direttamente in farmacia ed il collegamento con l'Asl per gli screening su particolari segmenti della popolazione. Inoltre la farmacia comunale ha anche un ruolo di calmiere dei prezzi sia sugli esami ematici, eseguiti nelle farmacie, che sui prodotti in

[81] http://www.ilfattoquotidiano.it/2012/07/17/le-farmacie-comunali-come-bene-comune/296547/.

vendita perché, per non perdere clientela, i privati devono adeguarsi ai prezzi praticati dalle comunali".

La farmacia è un punto di riferimento sanitario per la comunità sempre aperto e a portata di tutti[82]: in questi tempi di crisi funziona sempre di più come "ammortizzatore sociale" rivestendo un ruolo di accoglienza, centro di informazione ed ascolto per la popolazione. Gli ambulatori hanno orari stabiliti ed ormai ricevono su appuntamento. I pronto soccorso degli ospedali oltre ad essere scomodi da raggiungere (pensiamo alle fasce deboli, anziani, mamme con bimbi, disabili) hanno lunghissimi tempi d'attesa specialmente se le patologie non sono gravi. La sinergia tra ambulatori medici e farmacia è un ottimo servizio per tutti i cittadini. In farmacia si può sempre trovare consiglio e primo soccorso oltre che informazioni sanitarie. La fruibilità di una farmacia valorizza il centro abitato ed il tessuto del commercio locale, è necessaria nelle politiche di espansione dei Comuni verso le periferie ed i nuovi complessi abitativi per il mantenimento degli insediamenti e la valorizzazione delle unità abitative. La farmacia Comunale è un ottimo supporto ai servizi Sociali e opera a stretto contatto con essi. La farmacia Comunale si occupa di servizi che spesso le private non erogano, tra i più importanti e graditi: • Autoanalisi del sangue • Misurazione pressione • Possibilità di prenotare visite ed esami presso principali ospedali • Possibilità di ritiro referti analisi presso la farmacia senza doversi recare di nuovo in ospedale • Attività di prevenzione a prezzi sociali (controllo udito, glicemia) • Iniziative a favore di fasce deboli (kit di benvenuto nuovi nati, promozioni speciali) • Prezzi calmierati rispetto ai valori di mercato • Punto di riferimento e di sicurezza per le persone sole • Distribuzione presidi medici alle categorie disagiate • Possibilità di consegna farmaci, bombole di ossigeno e pannoloni a domicilio • Possibilità di noleggiare presidi ortopedici e sanitari I cittadini, tramite una farmacia comunale che funziona bene, hanno la certezza che "il Comune faccia qualcosa per loro ed investa bene il denaro della Comunità

3.18.3La gestione delle farmacie comunali[83]

Il servizio farmaceutico quale componente del Servizio Sanitario Nazionale.

Le farmacie - siano esse gestite da privati farmacisti ovvero rientranti nella titolarità comunale - integrano un'organizzazione strumentale di cui il Servizio Sanitario si avvale per l'esercizio del

[82] http://www.farcom.it/wp-content/uploads/2011/06/bil_soc_2010.pdf

[83] tratto da: "Le forme di gestione delle farmacie comunali, in particolare sul divieto di concessione a terzi", di Alceste Santuari, 2013.

compito di servizio pubblico loro assegnato dal legislatore. La distribuzione dei farmaci è una finalità espressa del Ssn e costituisce senz'altro parametro per i livelli essenziali di assistenza. Pertanto, l'esercizio dell'attività di assistenza farmaceutica rappresenta un cardine della "materia" diritto alla salute, garantito e assicurato, nel nostro ordinamento, dallo Stato e dalle Regioni, le quali la esercitano a mezzo delle proprie strutture sanitarie locali (ASL ovvero ULSS)[84].

Il ruolo dei Comuni. Per quanto attiene ai Comuni, quando questi ultimi intendono esercitare il diritto di prelazione, ossia la facoltà loro riconosciuta di gestire le farmacie comunali, a mezzo dello strumento giuridico-organizzativo ritenuto più idoneo allo scopo, si può affermare che essi concorrono alla implementazione e attuazione del servizio sanitario nazionale. Tuttavia, occorre evidenziare che per poter realizzare tale obiettivo, l'ente locale necessita di un apposito provvedimento regionale conformativo (l'autorizzazione-concessione), che legittima lo svolgimento del servizio farmaceutico comunale nelle forme stabilite dalla normativa di settore. Da ciò consegue, quale elemento caratterizzante il sistema complessivo, che il servizio farmaceutico, ancorché gestito tramite un'organizzazione di cui è titolare il comune, dovrebbe essere annoverato alla stregua di un servizio pubblico in titolarità generale, anziché un servizio pubblico locale. (Infatti) le farmacie, innanzitutto, costituiscono parte integrante dell'organizzazione del Ssn. E ciò sia in ragione della loro diffusione e articolazione sul territorio, sia in virtù dell'obbligo stabilito in capo alle stesse di erogare farmaci agli assistiti e a chiunque ne faccia richiesta. (Se) le farmacie (in specie, comunali) fossero rientrate nel novero dei servizi pubblici locali *tout court*, difficilmente, ancorché con qualche deroga, avrebbero potuto sfuggire ai canoni comunitari secondo i quali deve prevalere l'affidamento del servizio a mezzo di procedura ad evidenza pubblica. Al contrario, considerando il servizio farmaceutico alla stregua di un servizio di carattere sanitario, le farmacie (comunali) debbono essere escluse dai procedimenti di gara.

Favorire un'opzione che identifica le farmacie comunali quali presidi socio-sanitari territoriali significa affermare la prevalenza della natura sanitaria e, conseguentemente, non "concorrenziale" delle farmacie.

---

[84] La gestione delle farmacie comunali da parte degli Enti locali deve considerarsi realizzata "in nome e per conto" del Servizio Sanitario Nazionale. …. Deve (quindi) ritenersi che l'attività di gestione delle farmacie comunali costituisca esercizio di un servizio pubblico, trattandosi di un'attività rivolta a fini sociali ai sensi dell'art. 112 del d.lgs. n. 267 del 2000 il quale consente agli Enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze, di provvedere alla gestione dei servizi pubblici che abbiano ad oggetto la produzione di beni ed attività rivolte a realizzare fini sociali ed a promuovere lo sviluppo economico e civile delle comunità locali.

Le disposizioni contenute nel d.l. n. 1/2012 (c.d. "Salva Italia"). Stabilisce che l'apertura di nuove sedi farmaceutiche si realizza attraverso l'abbassamento del *quorum* demografico (una ogni 3.300 abitanti). In tal senso, ai comuni è attribuito il potere facoltà di intervenire per incrementare la gamma di servizi a favore della popolazione. Le farmacie, dentro questo contesto, non si muovono, dunque, in un "libero mercato", ma in un sistema in cui prevale l'interesse pubblico rispetto all'interesse – necessario e importante – di carattere economico-imprenditoriale, che pure esiste.

La gestione a mezzo di società di capitali a partecipazione pubblica. La legge di settore non contempla(va) la gestione della farmacia comunale mediante società di capitali a partecipazione totalitaria pubblica. Tuttavia, sia alla luce del noto principio di autonomia degli enti locali, principio secondo il quale, a fortiori, a seguito della sentenza della Corte costituzionale n. 199/2012,13 agli enti locali è consentito, adeguatamente motivandone la scelta, optare per soluzioni diverse dalla procedura ad evidenza pubblica, sia in ragione dello specifico settore di intervento, i comuni possono ricorrere alla formula della società di capitali (spa ovvero srl) a partecipazione totalitaria pubblica (in house).
E ciò soprattutto in ragione dell'impianto generale della legge n. 475/1968, la quale ha inteso valorizzare la funzione sociale dell'attività farmaceutica. In quest'ottica, la finalità sociale dell'attività,- come già ricordato - la normativa settoriale applicabile al servizio farmaceutico comunale non consente infatti una scissione sostanziale fra la titolarità del servizio e il suo concreto esercizio mediante lo strumento della concessione a terzi, sia pur individuati con gara ad evidenza pubblica. E' necessario, infatti, che l'ente locale mantenga il controllo e la gestione diretta di un proprio servizio istituzionale, in coerenza con la finalità pubblica insita nel servizio farmaceutico.

Le farmacie comunali non possono essere gestite secondo il modello dell'affidamento a terzi. ….il comune non può "in ogni caso utilizzare il modello dell'affidamento a terzi previa gara ad evidenza pubblica. Perché così facendo ci sarebbe la separazione tra la titolarità e gestione delle farmacie comunali, mentre la normativa regola solo il mantenimento della gestione in capo all'Ente locale (pur nella varietà delle forme e nei modi indicati dall'art. 9 della legge n. 475 del 1968)."

Brevi considerazioni finali. La ricerca del "concessionario", come potrebbe avvenire nell'ambito dei servizi pubblici locali, non può estendersi al servizio farmaceutico. Le forme gestionali disponibili per la conduzione di quest'ultimo sono quelle indicate nella legge "Mariotti" del 1968, aggiornata nel senso di ricomprendervi anche la gestione a mezzo di azienda speciale, strumento

individuato a valle di una apposita convenzione sottoscritta tra i comuni interessati al servizio farmaceutico.

ALLEGATO - Nuovi servizi: linee di indirizzo del ministero della salute

"**Linee di indirizzo sugli strumenti per concorrere a ridurre gli errori in terapia farmacologica nell'ambito dei servizi assistenziali erogati dalle Farmacie di comunità**", Ministero della Salute, Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del servizio sanitario nazionale, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio III qualità delle attività e dei servizi, maggio 2014.

CAPITOLO 5. SICUREZZA DEI PAZIENTI E NUOVI SERVIZI PER LA COLLETTIVITA' ALLA LUCE DEI DECRETI

5.1 La Farmacia dei Servizi in Italia

Il decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 e i successivi decreti attuativi indicano la tipologia di prestazioni e le attività delle Farmacie di comunità che si stanno configurando come "strutture di servizio". Questo nuovo aspetto assistenziale può essere considerato come la declinazione italiana della Pharmaceutical Care applicata all'ambito territoriale, traduzione sul piano nazionale di ciò che è stato attuato in Gran Bretagna con il contratto per le Farmacie convenzionate siglato nel 2005 (con il quale sono state introdotte le prestazioni avanzate e rafforzate della Farmacia), e in Francia con la Legge HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) del 2009. Il decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 (a norma dell'articolo 11 della Legge 69/2009) ha formalizzato e rafforzato un nuovo ruolo della Farmacia, intesa non solo come luogo specifico e privilegiato di erogazione di farmaci, ma anche Centro socio sanitario polifunzionale dei servizi, meglio rispondenti alle mutate ed accresciute esigenze dei cittadini.

I nuovi compiti e le funzioni assistenziali previsti per le Farmacie di comunità, secondo modalità ben definite e condivise nonchè nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio sanitari regionali, sono rappresentati da:

a) la partecipazione delle Farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) a supporto delle attività del medico di medicina generale (MMG) o del pediatra di famiglia (PdF) attraverso: la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari; la preparazione nonché dispensazione a domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, nel rispetto delle relative norme di buona preparazione e di buona pratica di distribuzione e nel rispetto delle prescrizioni e delle limitazioni stabilite dalla vigente normativa; la

dispensazione per conto delle Strutture sanitarie dei farmaci a Distribuzione Diretta (DD); la collaborazione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per l'effettuazione a domicilio di specifiche prestazioni professionali richieste dal MMG o dal PdF e per l'effettuazione di ulteriori prestazioni presso la Farmacia;

b) la collaborazione delle Farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio nonché l'Aderenza alle terapie anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di Farmacovigilanza;

c) l'erogazione di servizi di primo livello, attraverso i quali le Farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione per le principali patologie a forte impatto sociale;

d) l'erogazione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, su prescrizione dei MMG e dei PdF, secondo Linee guida e Percorsi diagnostico-terapeutici, avvalendosi anche di personale infermieristico e prevedendo l'inserimento delle Farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici;

e) l'effettuazione, presso le Farmacie, tra i servizi di secondo livello, di prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo;

f) l'effettuazione di attività attraverso le quali gli assistiti possono prenotare nelle Farmacie, prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e provvedere al pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, nonché ritirare i referti.

Tali prestazioni rappresentano per i cittadini una significativa opportunità di supporto e consiglio per affrontare e superare contenute problematiche a valenza sanitaria e, altresì, un'opportunità per aumentare la capacità di utilizzare al meglio l'accesso alle informazioni sanitarie (health literacy) e acquisire controllo su ciò che riguarda la salute.

5.2 I servizi cognitivi della Farmacia

Le esperienze internazionali sottolineano l'importanza dei cosiddetti servizi cognitivi, cioè quelli che affiancano la dispensazione del medicinale prescritto, che resta comunque il core dell'attività del farmacista; sono volti sostanzialmente a migliorare la conoscenza che il paziente ha della terapia prescritta e, soprattutto, a far sì che il paziente utilizzi correttamente i medicinali nel rispetto delle indicazioni del medico curante.

Numerosi studi hanno evidenziato che il paziente non rispetta la terapia prescritta perché:

- non è informato adeguatamente sui medicinali;
- non ha assunto precedentemente farmaci o trova complicato seguire la terapia;

- non è stato sufficientemente educato, da parte dei professionisti, ad un uso corretto dei farmaci.

Su tali problematiche il farmacista può intervenire sia per la conoscenza del farmaco sia per il facile accesso delle Farmacie.

5.3 Prestazioni professionali in Farmacia

Le prestazioni professionali erogabili attraverso la Farmacia dei servizi sono di due tipologie: attività a valenza sanitaria e attività a valenza comunicativa, relazionale ed educativa. Le prestazioni a valenza sanitaria sono molteplici tra cui quelle che consentono al cittadino di eseguire un follow-up sistematico, personalizzato e continuativo nel tempo senza modificare le proprie abitudini di vita e conservando la propria routine lavorativa e sociale. Si tratta di aspetti molto rilevanti e tutt'altro che trascurabili soprattutto se collegati al sempre più considerevole numero di persone anziane e fragili che richiedono un'assistenza continua al di fuori delle strutture ospedaliere.

Notevole importanza rivestono i servizi di supporto sanitario, ovvero supporto alle Strutture sanitarie territoriali per la gestione di pazienti disabili o anziani non autosufficienti, in particolare attraverso la partecipazione alla Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): consegna a domicilio dei farmaci, noleggio apparecchiature elettromedicali e protesiche, scadenzario delle forniture integrative (avviso ai cittadini, con 2-3 giorni di anticipo, della data di scadenza dei prodotti), messaggi per avvisare i pazienti in politerapia dell'orario di assunzione dei farmaci.

I test di autodiagnostica (decreto 16 dicembre 2010), che possono essere effettuati presso tutte le Farmacie di comunità, comprese dal marzo 2013 quelle comunali, sono: la misurazione della glicemia, del colesterolo, dei trigliceridi, dell'emoglobina, dell'emoglobina glicata, della creatinina, delle transaminasi e dell'ematocrito; la misurazione di componenti delle urine; il test di ovulazione, di gravidanza, di menopausa e il test per la rilevazione del sangue occulto nelle feci. Sono test che "in via ordinaria sono gestibili direttamente dai pazienti in funzione di autocontrollo, ovvero in caso di condizioni di fragilità, di non completa autosufficienza".

In Farmacia possono essere erogati servizi di secondo livello tramite dispositivi strumentali per la misurazione (art 3 decreto 16 dicembre 2010):

- della pressione arteriosa;
- della capacità polmonare tramite auto - spirometria;
- della saturazione percentuale dell'ossigeno;
- della pressione arteriosa e dell'attività cardiaca;
- l'effettuazione di elettrocardiogrammi con modalità di Telecardiologia da effettuarsi in collegamento con Centri di cardiologia accreditati dalla Regione.

5.4 Prestazioni professionali di infermieri e fisioterapisti

Nell'ottica di una partecipazione qualificata alle attività sanitarie territoriali e di continuità assistenziale, la Farmacia (decreto 16 dicembre 2010, GU n° 90 del 19 aprile 2011) può rendere disponibile ai cittadini la professionalità di operatori socio-sanitari, infermieri e fisioterapisti per l'effettuazione, sia in locali dedicati della Farmacia sia a domicilio del paziente, delle attività proprie del loro profilo e, in particolare, di specifiche prestazioni professionali.

L'infermiere, responsabile dell'assistenza generale infermieristica nelle sue diverse componenti e nelle funzioni principali di prevenzione delle malattie, di assistenza ai malati e ai disabili di tutte le età nonchè di educazione sanitaria, può in particolare:

- provvedere alla corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- effettuare medicazioni e somministrazioni di cicli iniettivi intramuscolo;
- svolgere attività concernenti l'educazione sanitaria;
- partecipare ad iniziative finalizzate a favorire l'Aderenza alle terapie;
- svolgere un ruolo di supporto alle determinazioni analitiche di prima istanza.

Inoltre, su prescrizione dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di famiglia (PdF), può erogare sia all'interno della Farmacia, sia a domicilio del paziente, ulteriori prestazioni rientranti fra quelle effettuabili in autonomia secondo il proprio profilo professionale per il soddisfacimento dei bisogni assistenziali dell'utente ed il supporto del suo contesto familiare. Il fisioterapista può, su prescrizione dei MMG e dei PdF, erogare all'interno della Farmacia e a domicilio del paziente prestazioni per la prevenzione, l'individuazione e il superamento del bisogno riabilitativo.

5.5 Prestazioni a valenza comunicativa

Oltre a quanto riportato precedentemente, la Farmacia svolge da sempre il prezioso ruolo di informare e consigliare il paziente per il mantenimento e, ove possibile, il miglioramento del suo stato di salute. Le prestazioni a valenza comunicativa, relazionale e educativa riguardano tutti gli aspetti della risposta ai bisogni di cura riconducibili agli stili di vita, alla prevenzione (campagne di screening, campagne vaccinali), all'Aderenza, al Counseling, al Consulting, alle modalità di accesso alla rete dei servizi, all'acquisizione di dispositivi medici e presidi (ad esempio, tutori, cannule tracheostomiche, sacche per stomia), di ausili (ad esempio, letti, sedie a rotelle) alle modalità di compilazione di richieste varie o di istruzione di pratiche amministrative (ad esempio, esenzione dal ticket).

Oggi, in particolare, non vanno sottovalutate le opportunità e i rischi che una informazione acritica, diffusa, generalizzata può generare.

Nel momento in cui sempre più spesso è l'individuo che assume il ruolo principale nella gestione del suo stato di salute e che prende decisioni informate, l'attenzione delle amministrazioni pubbliche sanitarie deve tendere a costruire reti di conoscenze serie ed affidabili, essendo elevato il pericolo di una informazione Internet-mediata, priva di filtri e di minime garanzie di sicurezza ed affidabilità.

La significativa valenza dell'insieme delle prestazioni su riportate fa sì che la Farmacia dei servizi debba essere inserita in un sistema a rete che faciliti il passaggio di dati e flussi informativi utili all'Azienda sanitaria di riferimento (appropriatezza nell'utilizzo dei servizi sanitari e socio sanitari), al medico di medicina generale e al pediatra di famiglia, ad altri operatori sanitari (farmacisti, infermieri, fisioterapisti, ecc.), ai cittadini (informazione di prossimità, appropriatezza della domanda). Attraverso l'interconnessione tra le reti di assistenza presenti si realizza un ottimizzazione delle risorse e una reale presa in carico del paziente nel suo processo di cura. Non di meno la Farmacia può contribuire all'abbattimento degli adempimenti burocratici a carico della persona assistita.

IL SETTORE SOCIO-SANITARIO E SOCIO-ASSISTENZIALE

Analisi pilota su dimensione, caratteristiche

e organizzazione delle aziende del settore

SEZIONE III

PROCESSI DI CAMBIAMENTO E FABBISOGNI FORMATIVI NEL SETTORE SOCIO-SANITARIO E SOCIO-ASSISTENZIALE

A cura di

Indice

1. SCOPI DELLA RICERCA E METODOLOGIA 141

1.1 I settori di interesse 142
1.2 Le fasi della ricerca 145

2. PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEL SETTORE SOCIO-SANITARIO 147

2.1 Il quadro di riferimento a livello nazionale ed europeo 147
2.1.1 L'aumento della domanda di cure 147
2.1.2 La complessità della domanda di cure 148
2.1.3 La contrazione delle risorse economiche 149
2.1.4 Il mercato del lavoro e le condizioni lavorative 149
2.1.5 Le nuove modalità lavorative 152
2.2 La sfida dell'integrazione socio-sanitaria 155
2.2.1 Il percorso dell'integrazione socio-sanitaria 155
2.2.2 Elementi del contesto che influenzano l'integrazione socio-sanitaria 157
2.2.3 Le difficoltà dell'integrazione socio-sanitaria 161
2.2.4 Gli effetti dell'integrazione sui modelli organizzativi e sui profili professionali 165

3. IMPLICAZIONI DEI PROCESSI DI CAMBIAMENTO DEL SETTORE PER LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE 167

4. I FABBISOGNI FORMATIVI DEGLI OPERATORI E DEI PROFESSIONISTI DEL SETTORE SOCIO-SANITARIO 170

4.1 L'area delle conoscenze 171
4.1.1 Conoscenze di tipo clinico 171
4.1.2 Conoscenze di tipo tecnico-operativo 174
4.2 L'area delle capacità 178
4.2.1 Le capacità sociali 178
4.2.2 Le capacità operative 179
4.2.3 Le capacità gestionali 180
4.2.4 Le capacità imprenditoriali 181
4.2.5 Le capacità di self-management 181
4.3 Interventi formativi definiti dalla normativa 181
4.4 Altre attività a supporto dei lavoratori 182

183

Bibliografia

1 SCOPI DELLA RICERCA E METODOLOGIA[85]

Lo scopo di questa ricerca esplorativa è l'individuazione dei principali fattori di cambiamento del settore socio-sanitario per valutarne le implicazioni sul piano delle competenze e dei profili professionali in modo da garantire una *gestione previsionale* delle esigenze di formazione di organizzazioni e di lavoratori che svolgono attività socio-sanitarie. L'obiettivo finale di questo studio "pilota", pertanto, è di fornire una base conoscitiva utile per la progettazione e la costruzione di programmi di formazione a sostegno delle figure professionali interessate dai processi di trasformazione in atto e a supporto delle esigenze di sviluppo delle aziende che operano nel settore della salute e dei servizi sociali iscritte a Fonservizi.

La spinta ad effettuare la presente indagine deriva dal fatto che il settore socio-sanitario è attualmente attraversato da profondi mutamenti determinati da fattori strutturali di diversa natura - demografici, economici, istituzionali, sociali, tecnologici e culturali (Eurofound, 2009) - che hanno importanti risvolti operativi per le aziende e che determinano nuovi bisogni formativi.

In particolare, **i fenomeni d'invecchiamento della popolazione** e di riduzione del tasso di natalità, che comportano l'aumento relativo della quota di anziani, esercitano un forte impatto nello stimolare la domanda di servizi sociali e di salute e generano, al contempo, una maggiorazione dei costi e una diminuzione delle possibilità di un loro finanziamento (*ibidem*). Altri fattori importanti sono la **contrazione delle risorse economiche** dello stato e delle famiglie notevolmente aggravata dal perdurare della crisi economica e la **limitazione delle prestazioni dei sistemi di *welfare***, a fronte dei quali occorre, tuttavia, continuare a mantenere elevati standard di cura, efficienza ed equità di accesso al sistema di cura. Lo **sviluppo della tecnologia, della ricerca e dell'innovazione** dei prodotti e dei processi (si pensi alla cosiddetta *e-health*) hanno significative ricadute sul piano organizzativo e dei mutamenti delle modalità di lavoro dei professionisti socio-sanitari e assistenziali nella doppia accezione, da una parte, di diffusione di tecnologie che stimolano la domanda di salute e dei livelli di cura richiesti e, dall'altra, di innovazioni che hanno la funzione di sostituzione del lavoro umano (*ibidem*). L'aumento della domanda di cura e, parallelamente, la sua complessificazione rappresentano una sfida per il **mercato del lavoro** nel ristabilire un equilibrio

[85] Lo studio è stato realizzato per la Fondazione Di Vittorio da Serena Rugiero e Simonetta Bormioli.

Si ringraziano tutti i soggetti intervistati che, con la loro partecipazione, hanno consentito la realizzazione della ricerca (in elenco nel paragrafo 1.2).

tra domanda e offerta di lavoro e nel salvaguardare il deterioramento delle condizioni di lavoro degli operatori della salute e delle cure. Infine, si assiste oggi all'affermarsi di un approccio maggiormente basato sulla **prevenzione** e di un concetto di **diritto di salute che richiede una risposta ai bisogni del cittadino-utente sempre più integrata**, in grado di fornire risposte multifunzionali e di garantire la complementarità tra soluzioni sanitarie e di protezione sociale. Più precisamente, se la salute e i servizi sociali sono stati a lungo trattati come attività separate, recentemente si assiste alla necessità di una loro progressiva integrazione (si veda il paragrafo 2.2).
A tal fine, il presente lavoro terrà particolarmente in considerazione l'esigenza dell'attuazione di un "paradigma dell'integrazione socio-sanitaria" (Camarlinghi, d'Angella, 2014) come risposta alla più complessa domanda di salute dei cittadini e ne valuterà le conseguenze in termini di sviluppo di azioni di connessione e di complementarietà delle competenze sociali e sanitarie (*ibidem*). Del resto, le strutture prese in esame da questo rapporto di ricerca sono proprio quelle in cui può e deve realizzarsi l'integrazione socio-sanitaria. In esse convive un mix di operatori di diversa natura, medici, infermieri, operatori sociali, addetti vari la cui stessa compresenza esprime la complessità sanitaria e sociale della presa in carico dei bisogni del cittadino-utente che richiede *équipe* di cure integrate ed un rapporto di scambio e di reciprocità tra i saperi professionali. Al di fuori degli ospedali, che intervengono nella fase più acuta e più squisitamente sanitaria dei problemi di salute, altri presidi di risposta ai bisogni di cura si affermano sul territorio: "Sul territorio la cura non è più solo prendersi carico della singola patologia come nel modello ambulatoriale ospedaliero, ma è di sviluppare competenze di base in tutto il sistema del *caregiving*" (*ibidem*).

1.1I settori di interesse

Di seguito si descrivono brevemente le aree settoriali oggetto dello studio[86] che si dividono in: *i*) **Commercio**, dentro cui si trovano le farmacie (comunali)[87]; *ii*) **Sanità e assistenza sociale**.

Per quanto riguarda l'area settoriale "sanità e l'assistenza sociale" essa include un insieme di servizi

[86] In base Classificazione delle attività economiche Ateco 2007. http://www.istat.it/it/strumenti/definizioni-e-classificazioni/ateco-2007.

[87] Le farmacie comunali sono oggetto dell'analisi desk effettuata dall'Enfap, partner insieme alla Fondazione Di Vittorio del presente progetto di ricerca sul settore socio-sanitario realizzato per conto di Fonservizi; tuttavia, la Fondazione Di Vittorio ha curato la ricerca empirica dello studio effettuando le interviste sul campo anche per quanto riguarda le farmacie comunali e le case di cura , che vengono quindi qui brevemente incluse nella presentazione dei settori di interesse della ricerca. Per la descrizione delle caratteristiche chiave delle farmacie comunali e delle case di cura si rimanda allo studio realizzato dall'Enfap.

caratterizzate da diversi livelli di protezione sociale e di assistenza tutelare e di prestazioni con differente gradi rilevanza e integrazione sanitaria.

Secondo le linee guida del Ministero della sanità sulle residenze sanitarie assistenziali[88], la sanità e l'assistenza sociale, costituiscono una rete di servizi che si compone di **ospedali** e di **residenze extraospedaliere**.

In particolare, l'area della sanità e dell' assistenza sociale è al suo interno ripartita in:

- **1) Assistenza sanitaria**, dove nei servizi ospedalieri si includo le *case di cura*;
- **2) Servizi di assistenza sociale residenziale**, a sua volta divisa tra:
    - A) *Strutture di assistenza infermieristica residenziale*[89] (al cui interno ricadono le RSA), e
    - *B) Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili*[90] (che fa riferimento alla case di riposo e simili).

Per quanto riguarda il punto 2 A) l'erogazione di servizi residenziali di assistenza sanitaria associata a servizi infermieristici, di supervisione o di altro tipo, secondo le necessità dei residenti, le strutture ricoprono un ruolo significativo nel processo di produzione e l'assistenza erogata consiste in un insieme di servizi sociali e sanitari, di cui questi ultimi si configurano quasi esclusivamente come servizi infermieristici. Esse includono: istituti di ricovero per anziani con assistenza infermieristica, centri per convalescenza, case di riposo con assistenza infermieristica, strutture di assistenza infermieristica. Dalla classe 87.10 sono escluse: servizi a domicilio erogati da professionisti sanitari, cfr. divisione 86; case di convalescenza psichiatrica, cfr. 87.20; case di riposo per anziani

[88] http://www.fondazionepromozionesociale.it/PA_Indice/106/106_linee_guida.htm.

[89] Questa divisione include l'erogazione di servizi residenziali di assistenza sanitaria associata a servizi infermieristici, di supervisione o di altro tipo, secondo le necessità dei residenti. Le strutture ricoprono un ruolo significativo nel processo di produzione e l'assistenza erogata consiste in un insieme di servizi sociali e sanitari, di cui questi ultimi si configurano quasi esclusivamente come servizi infermieristici. Includono: istituti di ricovero per anziani con assistenza infermieristica, centri per convalescenza, case di riposo con assistenza infermieristica, strutture di assistenza infermieristica. Dalla classe 87.10 sono escluse: servizi a domicilio erogati da professionisti sanitari, cfr. divisione 86; case di convalescenza psichiatrica, cfr. 87.20; case di riposo per anziani senza servizi infermieristici, cfr. 87.30; servizi residenziali di assistenza sociale in orfanotrofi per bambini, centri di accoglienza per minori, centri di accoglienza temporanea per senzatetto, cfr. 87.90.

[90] Questa classe include l'erogazione di servizi residenziali e di assistenza non medica per anziani e disabili non autosufficienti e/o che non desiderano vivere da soli. I servizi, generalmente, includono vitto e alloggio, supervisione e assistenza nella vita quotidiana, ad esempio per i lavori domestici. In alcuni casi, queste unità forniscono assistenza infermieristica specialistica in strutture separate.

senza servizi infermieristici, cfr. 87.30; servizi residenziali di assistenza sociale in orfanotrofi per bambini, centri di accoglienza per minori, centri di accoglienza temporanea per senzatetto, cfr. 87.90.
Sempre all'interno delle Strutture di assistenza sociale residenziale, le RSA – Residenze sanitarie assistenziali sono presidi residenziali destinati prevalentemente ad anziani non autosufficienti, dotati di personale medico e infermieristico. Esse realizzano un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera. Sono rivolte ad anziani non autosufficienti e ad altri soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio. Le RSA trovano riferimento normativo nella legge 67/88 e nel DPCM 22.12.89. Si differenziano dalle strutture riabilitative per la minore intensità delle cure sanitarie e per i tempi più prolungati di permanenza degli assistiti, che in relazione al loro stato psico-fisico possono trovare nella stessa anche "ospitalità permanente". L'RSA si colloca in una posizione particolare e sostanzialmente diversa sia delle unità operative ospedaliere geriatriche, di riabilitazione e di lungodegenza, sia dalle attuali residenze extraospedaliere (case di riposo, case albergo, ecc.) che hanno per gran parte valenza sociale. L'RSA è il fulcro residenziale extraospedaliero dell'assistenza alla persona non autosufficiente.

Per quanto concerne il punto 2 B), le Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili, questa classe include l'erogazione di servizi residenziali e di assistenza non medica per anziani e disabili non autosufficienti e/o che non desiderano vivere da soli. Gli ospiti delle strutture beneficiano di prestazioni assistenziali, ricevono assistenza alberghiera completa e sono stimolati a prendere parte ad attività ricreative e culturali. I servizi offerti, quindi, generalmente includono vitto e alloggio, supervisione e assistenza nella vita quotidiana, ad esempio per i lavori domestici. In alcuni casi, queste unità forniscono assistenza infermieristica specialistica in strutture separate.

In base a queste indicazioni e al data set fornito da Fonservizi, riclassificando le aziende associate ne è emerso che 4 settori coprono insieme circa il 90% del suddetto data set:

- ✓ l'assistenza sociale (residenziale e non residenziale), dove rientrano principalmente le strutture come le case di riposo e similari;
- ✓l'assistenza sanitaria assistenziale (residenziale), in cui vengono forniti servizi sanitari di vari livelli;
- ✓le farmacie;
- ✓gli ospedali/case di cura.

La tabella che segue presenta la tipologia delle aziende del settore socio-sanitario aderenti a Fonservizi.

Tab. 1 - Tipologia delle aziende del settore socio-sanitario aderenti a Fonservizi

settore	%
1. Assistenza sanitaria residenziale	2
2. Assistenza sociale sanitaria non residenziale	1
3. Assistenza sociale non residenziale	26
4. Assistenza sociale residenziale	29
5. Ospedali e case di cura	10
6. Farmacie	22
7. Istruzione primaria (scuole materne)	1
8. altri Servizi socio sanitari91	2
9. Servizi sanitari92	3
10. altri Servizi socio assistenziali 93	1
11. ASL	1
12. Altri settori 94	2
Totale	**100**

Una selezione ragionata di queste aziende sarà l'oggetto d'indagine della ricerca sul campo descritta nel paragrafo successivo.

1.2 Le fasi della ricerca

L'indagine si basa su una metodologia che combina una fase preliminare di *lavoro desk* con la realizzazione di una vera e propria *ricerca sul campo*. Il primo stadio è fondato sulla raccolta e l'esame della letteratura e dei dati esistenti in materia per fornire una ricognizione critica degli studi e delle ricerche condotte sul comparto e offre una descrizione delle **principali caratteristiche** e dei **fattori di cambiamento del settore** a livello europeo e nazionale; la ricerca empirica è stata

[91] Attività che esemplificano le aziende incluse nella categorie 8: pubblica assistenza con autoambulanza.

[92] Attività che esemplificano le aziende incluse nella categorie 9: laboratorio di analisi chimiche, raccolta sangue, studi professionali, poliambulatorio privato.

[93] Attività che esemplificano le aziende incluse nella categorie 10: promozione e sostegno attività comico terapica ospedaliera, prestazioni di servizi vari nel campo socio assistenziale.

[94] Si tratta prevalentemente di cooperative e/o cooperative sociali, che svolgono attività agricole, edilizie e meccaniche ecc.

realizzata impiegando tecniche di ricerca sociale di tipo *qualitativo*, ritenute più adatte, nell'ambito di un disegno di indagine di natura esplorativa, al conseguimento degli obiettivi del progetto. La tecnica di raccolta dei dati è quella delle "interviste in profondità" a "testimoni privilegiati", vale a dire rivolte a "[…] persone che per la loro posizione, o in termini di conoscenza del problema (*esperti*) o anche come soggetti interni alla popolazione oggetto di studio (*opinion leader*, o referenti di una comunità) hanno una visione d'insieme, diretta e profonda del fenomeno" (Corbetta, 1999, p. 420). Più precisamente, le interviste sono state dirette sia ad un gruppo di *stakeholder* del settore sia a referenti di una selezione di imprese del comparto socio-sanitario iscritte a Fonservizi: case di cura, case di riposo e aziende che erogano attività socio-assistenziali ad anziani, disabili e persone in difficoltà ed aziende di gestione delle farmacie pubbliche comunali (vedi tab. 2).

In tal modo, la ricerca sul campo ha permesso sia di sottoporre a verifica e validazione l'identificazione dei fattori di cambiamento ed evoluzione del comparto socio-sanitario individuati attraverso lo studio della letteratura, sia di **delineare prime ipotesi** relative alle ricadute che essi hanno sul piano dello **sviluppo delle competenze e** della **nascita di nuovi fabbisogni formativi**.

Tab. 2 - Interviste realizzate per l'indagine esplorativa sui fabbisogni formativi degli operatori e dei professionisti del settore socio-sanitario e assistenziale

Interviste realizzate	
6 stakeholder	- **Tribunale per i diritti del malato (TDM)/Cittadinanzattiva**, *Sabrina Nardi*, vicecoordinatore nazionale del TdM - **Associazione italiana spedalità privata (AIOP)**, *Filippo Leonardi*, Direttore Generale - **Federazione delle Aziende e servizi socio-farmaceutici (Federazione A.S.SO.FARM.)**, *Ernesto Toschi*, componente del Coordinamento nazionale e responsabile della Emilia Romagna - **Federazione Nazionale Collegi Infermieri (IPASVI)**, *Barbara Mangiacallo*, Presidente nazionale - **Associazione Italiana Fisioterapisti (AIFI)**, *Mauro Tavarnelli*, Presidente - **Federazione Logopedisti Italiani (FLI)**, *Anna Giulia De Cagno*, Vicepresidente
2 farmacie comunali	- **Farma.Li. - Azienda delle Farmacie di Livorno** (Livorno), Gino Scali, Direttore - **Azienda Speciale Farmacie Comunali di Reggio Emilia** (Reggio Emilia), Carlo Bergamini, Direttore Generale
2 case di cura	- **Casa di cura D'Amore srl** (Taranto), Maria Stella Bianco, Direttore Sanitario - **Casa di cura Villa dei Gerani** (Vibo Valentia), Ing. Mancuso (amministrazione, su delega del Direttore Sanitario)
2 socio-assist.	- **Casa di riposo San Giuseppe** (Pirri, Cagliari), Suor Fausta, Direttore - **Istituto di Riabilitazione "Angelo Custode"** (Bergamo), Antonio Valente, Direttore
3 strutture socio-sanitarie	- **RSA Fondazione Serlini Onlus** (Ospitaletto, Brescia), Alessandra Pelati (istruttore amministrativo) e Giusi Mantovani (infermiera caposala), su delega del Direttore Generale Flavia Baresi - **RSA Virgilio Angioni Onlus** (Quartu S. Elena, Cagliari), Martina Molin Pradel, responsabile Certificazione qualità - **Fondazione Colturi**, **Villa dei Pini** (Villa Carcina, Brescia), Dott.ssa Benini, Direttore Generale

2 PRINCIPALI CARATTERISTICHE DEL SETTORE SOCIO-SANITARIO

2.1Il quadro di riferimento a livello nazionale ed europeo

Per meglio comprendere le caratteristiche delle aziende del settore socio-sanitario iscritte a Fonservizi è utile illustrare alcune interpretazioni condivise a livello europeo riguardo alle dinamiche correnti. Nei paragrafi che seguono sono riportate, per grandi linee, le principali riflessioni e gli orientamenti degli ultimi anni, maturati soprattutto a livello europeo e mano a mano acquisiti a livello nazionale riguardo alle dinamiche e agli sviluppi della domanda di servizi di cura, da una parte, e alle modalità di soddisfazione di tali bisogni, dall'altra.

3.18.4 2.1.1 L'aumento della domanda di cure

Da oltre un decennio a livello internazionale si assiste a un **incremento della domanda di cure** che proseguirà, aumentando, anche nel futuro per ragioni demografiche (invecchiamento della popolazione[95], aumento della speranza di vita, incremento di adulti non autosufficienti, riduzione dei tassi di natalità) e sociali (partecipazione delle donne al mercato del lavoro, diversa composizione delle famiglie, rinnovate esigenze di equilibrio vita/lavoro, aumento della mobilità dei lavoratori). Questo ampliamento della domanda è funzionale al **benessere** e fa riferimento a una concezione ampia di salute che non è ascrivibile solo alla dimensione sanitaria ma riguarda la persona nella sua completezza, inclusa la componente psichica e le sue relazioni con l'ambiente[96].

---

[95] Come illustrato nel Rapporto Enfap sulle case di cura private e le farmacie pubbliche, l'Italia è al secondo posto al mondo per popolazione più anziana, dopo il Giappone: il 21,4% dei cittadini italiani è over 65 e il 6,4% è over 80. Grazie ai progressi della medicina e della ricerca la popolazione mondiale di età superiore ai 60 anni raddoppierà entro il 2050, arrivando a quasi 2 miliardi, e supererà il numero di bambini di età inferiore ai 5 anni entro il 2020. WHO, *World Report on Ageing and Health*, Geneva, 2015; EC, *The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060),* in http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/ee3_en.htm; Eurofound, *Health and Social Services. Comprehensive sectoral analysis of emerging competences and economic activities in the European Union. Executive Summary*, 2009.

[96] La concezione più ampia della salute risale alla *Dichiarazione Universale di Alma Ata sull'Assistenza Sanitaria Primaria* del 1978, in cui viene intesa come benessere globale della persona, include il sistema delle aspettative e delle

In base a questo paradigma i sistemi sanitari, socio-sanitari e sociali sono tenuti a una **presa in carico globale** della persona**,** non limitata alle gestione della fase acuta delle patologie (che pure aumentano e si complicano, data la correlazione positiva tra invecchiamento della popolazione e cambiamenti della morbilità) ma fondata anche sulla valutazione dei determinanti sociali della salute. Questa visione olistica e integrata del benessere, dei problemi di salute e dei relativi processi di cura fa riferimento, a sua volta, a un modello di salute **orientato alla comunità**, in cui le cure primarie e le strutture territoriali assumono un ruolo fondamentale[97] per la definizione di risposte accessibili, fruibili e sostenibili nel lungo periodo alle domande di salute.

2.1.2 La complessità della domanda di cure

La tutela della salute in termini di benessere comporta una **domanda di cure più complessa** che richiede una **risposta integrata** da parte degli operatori e dei professionisti della salute, chiamati a cooperare e coordinarsi tra loro e a rapportarsi, allo stesso tempo, con la persona, parte attiva nella definizione del percorso terapeutico o assistenziale insieme alla sua famiglia. Questa domanda più complessa è accompagnata, inoltre, da un'aspettativa di **maggiore qualità dei servizi** che devono rispondere a bisogni diversi spesso concomitanti e alle scelte dei pazienti (personalizzazione delle cure). L'aspettativa per la qualità volta al benessere si riflette sull'esigenza di una **maggiore qualificazione** dei lavoratori socio-sanitari e assistenziali, che è stata recepita dagli ordini e dagli albi professionali, dalle rappresentanze dei lavoratori e dalle istituzioni che sovraintendono all'erogazione dei servizi pubblici e privati di cura[98]. In questa ottica gli interventi di **formazione continua** e per **l'apprendimento permanente**[99] rappresentano prerequisiti funzionali alla tutela della salute e del benessere, presi in considerazione anche nelle attività di previsione e programmazione delle politiche sociali e sanitarie. L'attenzione al rafforzamento delle professionalità sanitarie riguarda, da alcuni anni, anche i profili lavorativi delle cure meno consolidati (come nel caso degli assistenti familiari non qualificati) o quelli tecnico-sanitari (come

---

relazioni sociali degli individui e non riguarda solo la dimensione individuale, ma anche le relazioni con l'ambiente. A questo riguardo a livello europeo si fa riferimento a un modello di salute bio-psico-sociale. Eurofound, *op.cit.*

[97] WHO, *Primary Health Care, now more than ever. The World Health Report*, 2008, in www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.

[98] Aceti T., Nardi S. (a cura di), *Osservatorio civico sul federalismo in sanità. Rapporto 2013*, Rubettino, 2014; Pelissero G., *La realtà e le idée. 2012-2015 Tre anni di editoriali su AIOP Magazine*, Quaderni AIOP, Roma, 2015; AIOP, *Ospedali e salute. Dodicesimo rapporto annuale 2014*, F. Angeli, 2015.

[99] EC, *Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU. Final Report*, Bruxelles, 2015, in http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/cpd_mapping_report_en.pdf.

fisioterapisti e logopedisti, secondo quanto riferito dall'*Associazione Italiana Fisioterapisti - AIFI* e dalla *Federazione Italiana Logopedisti – FLI* nel corso delle interviste), che esprimono istanze di **nuova professionalizzazione e di riconoscimento pubblico**[100]**.**

2.1.3 La contrazione delle risorse economiche

I cambiamenti di ampio respiro sopra delineati avvengono in un quadro caratterizzato dalla **riduzione delle risorse economiche** a disposizione degli stati e delle famiglie[101], determinata delle misure di contenimento dei costi, di riduzione della spesa e di limitazione delle prestazioni dei sistemi di *welfare*. Aumentano, allo stesso tempo, le spese per le cure a carico delle famiglie (in parte o del tutto) per cui, nonostante le esigenze di qualità e dovendo sopperire ai bisogni dei propri cari, queste ultime sono indotte in misura crescente ad avvalersi di lavoratori del **mercato grigio o sommerso**, con quanto ne consegue in ordine alla sicurezza dei beneficiari delle cure e alla protezione sociale dei lavoratori stessi. Il rischio è tanto maggiore in quanto l'invecchiamento della popolazione e degli stessi familiari che prestano le cure (prevalentemente donne), unitamente agli altri fattori già menzionati, contribuiscono a **ridurre la disponibilità dei *care-giver* familiari**.

2.1.4 Il mercato del lavoro e le condizioni lavorative

Il settore dell'assistenza sociale e sanitaria, in controtendenza rispetto ad altri ambiti, ha continuato a espandersi in Europa e in Italia anche negli anni della crisi e in quelli successivi, sia pure a ritmi

---

[100] Ridolfi L., *Le professioni sociali e sanitarie nelle loro differenze di ruolo: nuovi modelli e strumenti di integrazione professionale*, Paper, ESPANET Conference, "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa", Milano, 29 settembre – 1 ottobre 2011; A. Angermannm W. Eichhorst, *Who Cares for You at Home? Personal and Household Services in Europe*, IZA Policy Paper n. 71, Bonn, 2013; Rusmini G., Pasquinelli S., *Badare non basta. Attori, progetti, politiche*, Roma, Ediesse, 2013; Oliva D., *UPCaring – Qualificare il lavoro di cura*, 2014, in http://www.qualificare.info/home.php?id=705; interviste a *FLI (Federazione Italiana Logopedisti)* e *AIFI (Associazione Italiana Fisioterapisti)* (19 novembre 2015).

[101] Per quanto riguarda l'Italia, nel 2012 più di 2,7 milioni di persone hanno dichiarato di avere rinunciato a priori a sostenere spese socio-sanitarie per ragioni economiche. Nel 2014 le spese socio-sanitarie *out-of-pocket* (vale a dire sostenute parzialmente o completamente dalle famiglie) sono aumentate del +14,5%. Spandonaro F. (a cura di), *11° Rapporto Sanità. L'Universalismo diseguale*, CREA Sanità, Roma, 2015; Maino F., Ferrera M. (a cura di), *Secondo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2015*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino, (2015); Fosti G. (a cura di), *Rilanciare il welfare locale. Ipotesi e strumenti: una prospettiva di management delle reti*, Egea, Milano, 2013; CENSIS, *Infermieri e nuova sanità: opportunità occupazionali e di upgrading. Le prestazioni infermieristiche nella domanda di assistenza sul territorio*, Roma, 2015.

rallentati[102], rappresentando un **interessante bacino occupazionale**, oltre che un **volano per il sistema economico e sociale**[103] (considerando anche le filiere dell'industria sanitaria, farmaceutica e del benessere, le attività di ricerca scientifica e tecnologica e, più in generale, le opportunità connesse alla cosiddetta *silver economy*[104]). In questo contesto molti lavoratori si sono spostati dal settore sanitario pubblico a quello privato, a causa del **blocco delle assunzioni** (esito delle politiche di austerità e di risanamento dei bilanci) e della progressiva **esternalizzazione dei servizi**. Quest'ultimo processo ha riguardato non solo i servizi inerenti alle attività periferiche non cliniche (la pulizia, le mense, la sicurezza, l'amministrazione) ma anche quelli riguardanti l'assistenza sanitaria (diagnostici e specialistici), l'assistenza a domicilio e quella ospedaliera (sterilizzazioni, preparazioni farmaceutiche e distribuzione dei farmaci), oltre all'assistenza infermieristica.

Nonostante l'aumento della domanda, in Europa si assiste a una **penuria di manodopera nel settore sanitario e sociale** che riguarda soprattutto il personale altamente qualificato[105] (come si vedrà più avanti la situazione italiana si discosta da questa tendenza). Le ragioni consistono nel raggiungimento dell'età pensionabile (si pensi, ad esempio, che in Europa l'età media degli infermieri si colloca tra i 41 e i 45 anni), nella scarsa attrattività di queste professioni per i giovani

---

[102] Le ultime stime dell'ILO sulle prospettive occupazionali nei prossimi cinque anni a livello mondiale rilevano un aumento per le opportunità nel settore socio-sanitario e delle cure alla persona. ILO, *World Employment Social Outlook. The changing nature of jobs*, Geneve, 2015, in http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_368626.pdf; Italia Lavoro, *Le prospettive di sviluppo dei white jobs in Italia. Servizi sanitari, sociali e alla persona: i settori economici con il potenziale di occupazione più elevato*, Roma, 2014.

[103] EC, *An Action-Plan for the EU Health Workforce*, 18 April 2012, SWD(2012) 93 final; EC, *Exploiting the employment potential od the personal and household services-PHS*, 18 April 2012, SWD(2012) 95 final; Eurofound, *Restructuring the public sector*, ERM Annual Report 2014, Dublin, 2014 ; Eurofound, *More and better jobs in home-care services*, Dublin, 2013, in http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1353en.pdf; EC, *Health and social services from an employment and economic perspective*, Quarterly review, Supplement, December 2014; Viale G., *Il mercato del lavoro nei servizi sanitari e sociali nell'attuale contesto economico*, Bollettino Adapt, 3 giugno 2015; Simonazzi A., *Social investment for inclusive growth: A South European perspective*, Paper, INET Conference, Paris, 8-11 April 2015.

[104] La *silver economy* riguarda un insieme di filoni diversi e interconnessi tra loro che possono migliorare la qualità della vita, l'inclusione nella società e il coinvolgimento nelle attività economiche della popolazione che invecchia, attraverso lo sviluppo di politiche, prodotti e servizi innovativi volti a soddisfare i loro fabbisogni e che, allo stesso tempo, contribuiscono a favorire la crescita e l'occupazione. La *silver economy* è definita come l'insieme delle opportunità economiche che nascono dalla spesa pubblica e privata per soddisfare i fabbisogni connessi all'invecchiamento. EPRS (European Parliamentary Research Service), *The silver economy. Opportunities from ageing*, Briefing (PE 565.872), July 2015.

[105] Eurofound, 2013, *op. cit.*; EC, *Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe*, Luxembourg, 2015.

e, in particolar modo, nelle condizioni di lavoro molto difficili. In molti Stati Membri, inoltre, si registra un **alto turn over** tra i lavoratori del settore sanitario (a causa del reddito basso, della dominanza femminile e del conseguente differenziale retributivo, dei lunghi orari di lavoro, dello stress e del *burn out*, delle difficoltà di conciliazione vita-lavoro, delle limitate prospettive di carriera e di sviluppo professionale e del crescente senso di insoddisfazione). L'alto livello di turn-over determina il **drop out dal mercato del lavoro della salute**, con effetti sulla mobilità dei lavoratori sanitari in Europa e sulla qualità delle prestazioni: minore disponibilità e continuità delle cure, mancato consolidamento di gruppi stabili di erogatori dei servizi e aumento dei costi per il personale delle strutture. La carenza di personale qualificato, a sua volta, comporta il rischio di un ulteriore peggioramento delle condizioni di lavoro, in un circolo vizioso di effetti perversi.

La Commissione Europea ha focalizzato l'attenzione sulla scarsità di personale per il settore delle cure fin dal 2008[106], elaborando un *Action-Plan for the EU Health Workforce* nel 2012[107] che è stato seguito nel 2013 dall'attivazione di una *Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting*[108], allo scopo di sostenere gli Stati Membri nelle attività di selezione e conservazione dei lavoratori del settore sanitario. Nel 2012 il CEDEFOP, valorizzando precedenti indicazioni del WHO[109], ha indicato le misure su cui intervenire per **trattenere i lavoratori** della salute e **attrarre i giovani** con le giuste competenze[110] che riguardano: la formazione (prestando attenzione alla disponibilità di tempo e dell'organizzazione, per sostenere la partecipazione delle donne), gli ambienti e le condizioni di lavoro (compensi, benefici, organizzazione del lavoro, progressione di carriera, supervisione, ecc.), gli interventi di sostegno personale e professionale (per ridurre l'isolamento, con formazione a distanza e attraverso l'adesione a network virtuali), la regolamentazione dei contratti di lavoro, dei meccanismi relativi ai compensi, gli schemi di carriera e l'adeguamento degli ambienti e delle modalità di lavoro per i lavoratori più anziani (con interventi sull'organizzazione e azioni formative e di aggiornamento). Nel 2015 anche la Commissione Europea ha illustrato una serie di **misure per selezionare e trattenere** i lavoratori della salute, identificate in base all'analisi di buone pratiche, di documentazione e con attività seminariali[111].

---

[106] EU, *Green Paper on the European Workforce for Health*, 2009, in http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=URISERV:sp0005&from=EN.

[107] EC, *An Action-Plan for the EU Health Workforce*, *op. cit.*

[108] EU Joint Action, *EU Joint Action on the Health Workforce Planning and Forecasting*, 2015.

[109] WHO, *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention*, 2010.

[110] CEDEFOP, *Skills demand and supply forecasts*, 2012.

[111] EC, *Recruitment and Retention*, *op. cit.*

In questo scenario un altro tema di grande rilievo è rappresentato dalla **mobilità transnazionale** dei professionisti della salute (quelli altamente qualificati e di livello più basso) negli Stati Membri e in alcuni paesi extraeuropei (a cui, per quanto riguarda l'Italia, hanno fatto riferimento nel corso delle interviste l'*Associazione Italiana Ospedalità Privata – AIOP* e la *Federazione Nazionale Collegi Infermieri – IPASVI*). A questo proposito le questioni principali riguardano il riconoscimento dei titoli e delle competenze, i requisiti per l'accreditamento e l'abilitazione all'esercizio delle professioni, l'accesso a pari opportunità di lavoro dignitoso, i rischi dello sfruttamento e della dequalificazione professionale.

2.1.5 Le nuove modalità operative

L'adattamento dell'offerta dei servizi socio-sanitari alle domande di salute più complesse comporta l'adozione di **nuovi trattamenti** e, soprattutto, **nuovi modelli di erogazione dei servizi**, attraverso il decentramento degli ospedali (de-ospedalizzazione e de-istituzionalizzazione) in favore di strutture residenziali più leggere, ambulatori e forme di assistenza a domicilio. Le ragioni di questo decentramento non sono solo il contenimento della spesa sanitaria, come si è detto, ma anche i nuovi orientamenti volti a favorire l'autonomia e l'indipendenza delle persone non autosufficienti, anziane e disabili. In questa prospettiva agli ospedali sono state riservate le cure specialistiche o tecnologicamente innovative (più costose e quindi da contenere in termini di riduzione dei posti letto, dei tempi medi di degenza, ecc.), mentre le altre cure sono indirizzate verso le strutture territoriali, passando (in prospettiva) per un modello orientato alla comunità, dove gli aspetti clinici sono arricchiti da quelli della sanità pubblica, quali la prevenzione primaria e l'attenzione ai determinanti di salute. Le cure primarie, quindi, da tradizionale punto di primo contatto del cittadino con i servizi sanitari, diventano luogo privilegiato per creare un sistema integrato di cure e assistenza per il governo efficace della domanda di salute[112].

I nuovi modelli di organizzazione dei servizi determinano un **cambiamento nelle modalità di lavoro** dei professionisti della salute e delle cure, fondati sull'integrazione tra *setting* differenti (ospedale-territorio-domicilio), la presenza di staff multidisciplinari, il coordinamento tra gli operatori, il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari nelle decisioni riguardanti le cure e l'utilizzazione di sistemi di comunicazione volti a favorire l'interoperabilità delle diverse parti del sistema socio-sanitario. Particolarmente importante, in questa cornice, il processo - in corso ormai da alcuni anni - di attribuzione di mansioni che precedentemente erano di esclusiva giurisdizione

[112] Pierucci P., *La trasformazione delle cure primarie nel Servizio Sanitario Italiano. Un'analisi di progetti ed esperienze di "Case della Salute" in Emilia Romagna. Tesi di Dottorato*, Università degli Studi di Ferrara, 2012.

dei medici al personale sanitario non medico (*task shifting*)[113], di fatto più vicino al paziente e più recettivo rispetto alle esigenze, ai fabbisogni, alle aspettative e alle richieste[114].

Un altro elemento che incide sulle modalità lavorative è rappresentato dal consolidamento e dallo sviluppo della cosiddetta ***e-health***, che si colloca nel quadro della rivoluzione digitale degli ultimi decenni e consente l'attivazione di processi organizzativi e tecnologici che permettono di eliminare le barriere di distanza, tempo e costi per l'accesso alle cure, contribuendo all'innalzamento del livello delle prestazioni e alla riduzione delle spese sanitarie. Non si dispone, a livello europeo, di una definizione unica di *e-health*[115], con cui si fa riferimento, in buona sostanza, agli strumenti dell'ICT e ai servizi per la salute utilizzati dalle strutture, dai professionisti del settore e dai pazienti stessi[116]. Il termine concerne attività che in parte si sovrappongono: la tele-salute (*tele-health*, per il monitoraggio dei dati fisiologici da remoto), la salute mobile (*mHealth*, in cui la pratica medica è supportata da apparecchiature mobili), la telemedicina (consultazioni, radiologia, chirurgia a distanza) e la tele-assistenza (*telecare*, l'assistenza da remoto grazie alle ICT, come nel caso, ad esempio, degli allarmi in dotazione agli anziani che possono essere azionati facilmente in caso di bisogno). Queste attività contribuiscono evidentemente a migliorare la qualità della vita del paziente, ad agevolare il lavoro delle diverse figure sanitarie e a incrementare l'efficienza e la produttività dei servizi[117].

Va considerato, inoltre, che la leva tecnologica rappresenta anche un importante **fattore di mutamento** del contesto per le attività socio-sanitarie. Gli operatori socio-sanitari, infatti, devono fare i conti con la sempre maggiore sensibilità per i temi delle cure da parte dei cittadini che, grazie all'accesso più ampio (via web) alle conoscenze in campo medico sono diventati più competenti

---

[113] HOPE, *Health Professionals in Europe: New Roles, New Skills. HOPE Exchange Programme*, Conferenza conclusiva, Lisbona, 14 e 15 giugno 2009; WHO, *Task shifting to tackle health workers shortages*, WHO/HSS/2007.03, in http://www.who.int/healthsystems/task_shifting_booklet.pdf.

[114] Lo spostamento delle mansioni dal medico ad altro personale sanitario è stato ampiamente richiamato dalla maggior parte delle interviste effettuate nell'ambito della ricognizione esplorativa.

[115] EPRS (European Parliamentary Research Service), *op. cit.;* Eurofound, 2013, *op.cit.*

[116] Fondazione ISTUD, *Telemedicina e "doctor web": l'e-Health che rinnova la Sanità*, Project Work, 2013, in http://www.istud.it/up_media/pw_scienziati/telemedicina.pdf.

[117] EC/DG Health and Goods Safety, *E-Healt. Policy*, in http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/index_en.htm.

(*patient empowerment*) e più esigenti[118] (anche se spesso non sono in grado di selezionare, nella vastità della rete globale, le informazioni attendibili)[119].

Rimanendo in tema di modalità lavorative, non è da sottovalutare, infine, il **supporto** delle nuove tecnologie **alle attività amministrative, organizzative e di gestione della conoscenza**[120].

E' in relazione a questi elementi che la CE ritiene la **formazione continua** per i professionisti del settore sanitario e delle cure una misura indispensabile affinché i servizi rispondano in modo adeguato all'aumento della domanda e alla sua complessità[121]. Lo sviluppo professionale e l'apprendimento permanente garantiscono, infatti, l'aggiornamento dell'attività professionale, contribuiscono a migliorare i risultati terapeutici e accrescono la fiducia dei cittadini nei confronti di tali professioni[122]. In questa direzione alcuni studi europei (2009) hanno delineato, secondo tre diversi scenari di sviluppo del settore, le **conoscenze e le competenze** indispensabili per manager, medici, figure sanitarie non mediche, ostetriche e infermieri, assistenti sociali e altri lavoratori, articolando i fabbisogni in conoscenze e competenze imprenditoriali, sociali, per la soluzione dei problemi, per il self-management e per il management[123].

Secondo il Piano di Azione comunitario (2012), le nuove modalità di prestazione integrata delle cure e la diffusione della *e-health* richiedono ai professionisti della salute un **mix di competenze**, di **tipo clinico** (necessarie, ad esempio, a gestire pazienti anziani con cronicità multiple) e di **tipo tecnico** (per le attività cliniche, per quelle organizzative, per gestire le cartelle sanitarie, in funzione dell'interoperabilità e per usufruire degli interventi formativi attraverso le apposite piattaforme)[124],

---

[118] Questo aspetto è stato messo in evidenza in modo particolare, per quanto riguarda l'Italia, dall'*AIOP*, dal *TDM*, dalla *RSA Fondazione Serlini Onlus* e dalla *Fondazione Colturi Onlus*, nel corso delle rispettive interviste.

[119] Fondazione ISTUD, *op.cit*.; interviste a *FLI (Federazione Italiana Logopedisti)* e *AIFI (Associazione Italiana Fisioterapisti)* (19 novembre 2015).

[120]EC, *Staff Working Document "An Action Plan for the Eu Health Workforce",*op. cit.; Eurofound, 2013, op. cit. Per quanto riguarda l'Italia questo aspetto è emerso molto chiaramente nelle interviste condotte presso gli informatori qualificati e le aziende di Fonservizi, come si vedrà con maggiore dettaglio nel successivo Capitolo 4.

[121] EC, *Recruitment and retention*, *op. cit*.; Eurofound, 2013, *op. cit.*

[122] EC, *Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU. Final Report*, Bruxelles, 2015, in http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/cpd_mapping_report_en.pdf.

[123] Eurofound, *Health and Social Services. Comprehensive sectoral analysis of emerging competences and economic activities in the European Union. Executive Summary*, 2009; Eurofound, *Investing in the Future of Jobs and Skills. Scenarios, implications and options in anticipation of future skills and knowledge needs. Sector Report, Health and Social Services*, 2009.

[124] EC, Staff Working Document, *"An Action Plan for the Eu Health Workforce",* op. cit.*;* Ridolfi L., *Le professioni sociali e sanitarie nelle loro differenze di ruolo: nuovi modelli e strumenti di integrazione professionale*, Paper,

oltre alle **competenze relazionali**. Nel 2013 la Fondazione Europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro (Eurofound) ha sottolineato il ruolo della formazione continua per **mitigare le condizioni lavorative** pesanti e prive di attrattività quanto a carriera e sviluppo professionale, ponendo l'accento sugli **ostacoli all'accesso alle opportunità** di formazione (orari, vicinanza rispetto al domicilio o alla sede di lavoro, sostenibilità economica)[125]. Anche secondo una recente mappatura delle attività di formazione continua (riguardante medici, infermieri, dentisti, ostetriche e farmacisti e condotta nel 2014 nei 28 Stati Membri dell'UE)[126] i costi e la mancanza di tempo rappresentano i principali ostacoli all'accesso alle attività di formazione (gli altri ostacoli - meno frequenti - includono la mancanza di motivazione o di incentivi, la scarsità dell'offerta o la distanza geografica). Le forme più diffuse di erogazione dello sviluppo professionale continuo sono conferenze, simposi, congressi o seminari, mentre l'*e-learning* o l'apprendimento *online* si collocano come terza forma più frequente di offerta formativa.
Per una trattazione più analitica dei fabbisogni formativi dei professionisti del settore socio-sanitario si rinvia al capitolo 4.

2.2 La sfida dell'integrazione socio-sanitaria

Nel quadro dell'evoluzione dei bisogni di salute e di cura, la domanda di servizi integrati tra interventi sanitari e di protezione sociale, come si è già avuto modo di osservare, assume un particolare rilievo.
L'esigenza dell'integrazione tra sociale e sanitario si riflette, peraltro, in modo significativo sullo sviluppo delle competenze e dei fabbisogni di formazione e di aggiornamento delle professionalità socio-sanitarie e assistenziali. Per tale motivo gli aspetti relativi al tema dell'integrazione socio-sanitaria sono oggetto di approfondimento nel prosieguo del lavoro.

2.2.1 Il percorso dell'integrazione socio-sanitaria

Il principio dell'**integrazione socio-sanitaria**, nata come risposta unitaria (a livello organizzativo e professionale) alla domanda di salute del cittadino sempre più complessa, è stato affermato fin dalla

---

ESPANET Conference, "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa", Milano, 29 settembre – 1 ottobre 2011; EC/DG Health and Goods Safety, *Health Workforce. Policy*, in http://ec.europa.eu/health/workforce/policy/index_en.htm; HOPE, *op. cit.*

[125] Eurofound, 2013, *op.cit.*

[126] EC, *Study concerning the review and mapping of continuous professional development.., op.cit.*

L. 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ed è stato normato nel corso della seconda metà degli anni '90. Il *Piano Sanitario Nazionale 1998-2000* ha indicato l'integrazione delle responsabilità e delle risorse come condizione essenziale per migliorare l'efficacia degli interventi, a tre livelli: istituzionale (promuovendo la collaborazione tra istituzioni diverse attorno al comune obiettivo di tutelare la salute), organizzativo (a livello territoriale e di struttura operativa, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire lo svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni, in particolare attraverso approcci multidimensionali e il lavoro per progetti) e professionale (promuovendo l'erogazione dei servizi attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti)[127].

La successiva *L. 328/2000* sul sistema integrato di interventi e servizi sociali ha ribadito il principio dell'integrazione per i servizi sociali, stabilendo che la programmazione territoriale dei Piani di Zona delle attività socio-sanitarie dovesse essere effettuata con la partecipazione delle Aziende Sanitarie Locali (ASL). Il successivo *DCPM del 14 febbraio 2011 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie)* ha invece definito i tre tipi di prestazioni che afferiscono alla dimensione socio-sanitaria, da erogare in modalità ambulatoriale, domiciliare o residenziale sulla base di valutazioni multidimensionali e con la partecipazione dei professionisti di entrambe le aree: *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, vale a dire prestazioni esigibili nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano chiaramente distinguibili (di competenza delle ASL), *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* (di competenza dei Comuni) e *prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria* (di competenza delle ASL).

Il quadro normativo relativo all'integrazione sociosanitaria è stato ulteriormente dettagliato dal *DPCM del 21 novembre 2001* sui livelli essenziali di assistenza (LEA)[128] che, tra le altre cose, elenca le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale per le differenti aree di intervento: materno infantile, anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative, disabilità, patologie psichiatriche, dipendenze da droga, alcol e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie terminali.

Ultimamente anche il *Patto per la Salute 2014 – 2016* ha ribadito l'importanza delle **cure sul territorio** – come ha ricordato il *Tribunale per i diritti del malato (TDM)*[129] - riconfermando che

[127] DPCM 14.02.2001, art. 4, comma3.

[128] Il DPCM 21.11.2001 è entrato in vigore il 23 febbraio 2002 ed è antecedente alla Riforma del Titolo V della Costituzione. Per un approfondimento sui LEA si rinvia al rapporto Enfap sulle case di cura private e le farmacie pubbliche.

[129] Intervista al *Tribunale per i diritti del malato/Cittadinanzattiva* (5 novembre 2015).

l'assistenza primaria, la prevenzione e le risposte assistenziali non si esauriscono con il ricovero ospedaliero. Tra i principali obiettivi del *Patto* si annoverano, infatti, i progetti di integrazione tra ospedali e territorio, essenziali per garantire la continuità delle cure e resi possibili dal lavoro multidisciplinare delle figure professionali coinvolte, dall'integrazione tra i diversi *setting* assistenziali e dalla condivisione dei percorsi diagnostico-terapeutici[130].

2.2.2 Elementi del contesto che influenzano l'integrazione socio-sanitaria

La consultazione delle fonti ha confermato, innanzitutto, che il processo di **invecchiamento della popolazione**, da una parte, e alcune caratteristiche del **sistema di welfare italiano**, dall'altra, influiscono sulle dinamiche dell'integrazione socio-sanitaria e sulle figure professionali coinvolte.

2.2.2.1 Effetti dell'invecchiamento sull'integrazione socio-sanitaria

Per quanto concerne il primo aspetto, è stato già ricordato che nella graduatoria mondiale l'Italia si colloca al secondo posto per l'invecchiamento[131]. Secondo le ultime previsioni l'**indice di vecchiaia** (peso relativo della popolazione over 65 sull'intera popolazione) passerà dal 32,7% del 2011 al 43% nel 2030, modificando in questa direzione anche l'**indice di dipendenza** (rapporto tra popolazione over 65 e popolazione attiva), che passerà dal 27,9% del 2002 al 33,1% nel 2014[132]. Del resto, dal 1960 a oggi la **speranza di vita** è aumentata di oltre 10 anni mentre il **tasso di fecondità** è sceso da 2,4 figli per donna nel 1970 all'attuale 1,4[133].
Gli effetti della cosiddetta *transizione demografica* riguardano, in primo luogo, la **dimensione epidemiologica** e, poiché si riducono le malattie infettive e aumentano le patologie cronico-degenerative, si rende necessario adattare il sistema della cure a questi cambiamenti nella

---

[130] *Patto per la Salute 2014 – 2016*, in http://www.regioni.it/newsletter/n-2539/del-16-07-2014/patto-della-salute-2014-2016-il-testo-12784/.

[131] Secondo le più recenti proiezioni nel 2050 gli anziani nell'intero pianeta saranno il doppio rispetto a oggi, soprattutto donne (in particolare nella fascia di età degli ultra85enni). Pasquinelli S., *Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia*, IRS, Milano, 2015; WHO, *World Report on Ageing and Health*, Geneva, 2015.

[132] Arlotti M., Catena L., Genova A., *La dimensione territoriale dell'integrazione. Non autosufficienze e politiche socio-sanitarie in Italia*, Carocci, Roma, 2015.

[133] Come è noto ciò avviene grazie alle donne straniere, il cui tasso di fecondità è ben più alto di quelle italiane. Pasquinelli, *op. cit.*

prospettiva del *long-term care*[134]. L'esigenza di una **diversa configurazione dei servizi** è percepita molto chiaramente dalle organizzazioni intervistate[135] che, per quanto riguarda l'adeguamento delle prestazioni a causa dell'invecchiamento della popolazione, hanno messo in evidenza, ad esempio, il ruolo fondamentale delle figure non sanitarie nelle RSA (*Associazione Italiana Ospedalità Privata - AIOP*) e, soprattutto, l'urgenza di consolidare e sviluppare le competenze degli operatori e dei professionisti (come si vedrà più avanti nel Capitolo 4). La *Fondazione Serlini Onlus*, la *RSA Virgilio Angioni* e la *Casa di Riposo San Giuseppe* hanno fatto esplicito riferimento, ad esempio, alla carenza di alcune capacità indispensabili per garantire prestazioni di qualità agli anziani da parte degli operatori socio-sanitari (OSS) e degli ausiliari socio-assistenziali (ASA) in uscita dai corsi di formazione di base, mentre la *Federazione Logopedisti Italiani (FLI)* ha evidenziato che l'attuale preparazione dei logopedisti è ancora focalizzata sull'età evolutiva[136].

Insieme ad altri fattori sociali (quali la diversa composizione delle famiglie e la maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro) il processo di invecchiamento della popolazione comporta anche una preoccupante **riduzione e minore disponibilità dei *care-giver* familiari** che per fornire assistenza ai parenti anziani non autosufficienti o a minori si rivolgono a personale esterno non sempre adeguatamente qualificato e spesso con modalità contrattuali non del tutto a norma.

Un altro effetto dell'invecchiamento sul sistema socio-sanitario riguarda l'età media sempre più elevata dei lavoratori del settore, sempre più vicini - in particolare in Italia - alla **soglia della pensione**[137]. A questo proposito vale la pena di segnalare che la *Federazione Nazionale Collegi Infermieri (IPASVI)* e la *Federazione Logopedisti Italiani (FLI)* ritengono, peraltro, che il **mancato ingresso dei giovani** in uscita dall'università sia dovuto anche alle recenti modifiche normative riguardanti l'età pensionabile[138].

Secondo l'*Associazione Italiana Fisioterapisti Italiani (AIFI)*, la *FLI*, l'*IPASVI* e il *TDM*, infine, i cambiamenti demografici ed epidemiologici hanno contribuito anche a **modificare la sensibilità**

---

[134] CENSIS, *Infermieri e nuova sanità: opportunità occupazionali e di up-grading. Le prestazioni infermieristiche nella domanda di assistenza sul territorio*, Roma, 2015.

[135] Interviste alla *Casa di Riposo San Giuseppe* (16 novembre 2015), alla *Fondazione Colturi Onlus – Villa dei Pini* (20 novembre 2015), alla *RSA Fondazione Serlini Onlus* (19 novembre 2015), alla *RSA "Virgilio Angioni"* (27 novembre 2015).

[136] Intervista alla *Federazione Logopedisti Italiani (FLI)* (19 novembre 2015).

[137] Interviste a *IPASVI* (17 novembre 2015), al *Tribunale per i diritti del malato/Cittadinanzattiva* (5 novembre 2015) e alla *Federazione Logopedisti Italiani (FLI)* (19 novembre 2015); OECD, *Reviews of Health Care Quality: Italy 2014*, in http://www.oecd.org/italy/oecd-reviews-of-health-care-quality-italy-2014-9789264225428-en.htm.

[138] Intervista a *IPASVI* (17 novembre 2015) e *FLI* (19 novembre 2015).

dei cittadini, oggi più attenti rispetto a dieci anni fa alla qualità della vita e ai fabbisogni di salute degli anziani o di altri familiari fragili dal punto di vista abilitativo, riabilitativo o del linguaggio e della comunicazione non verbale. A sua volta questa nuova consapevolezza determina aspettative più stringenti rispetto alla prestazione delle cure da parte dei pazienti e dei loro familiari, che risultano sempre più esigenti (come hanno segnalato la *RSA Fondazione Serlini Onlus,* la *Fondazione Colturi Onlus* e il *TDM*).

2.2.2.2 Aspetti del welfare che influenzano l'integrazione socio-sanitaria

Le interviste e le fonti consultate hanno confermato che il processo di integrazione socio-sanitaria è influenzato, oltre che dalla *transizione epidemiologica,* anche da alcune caratteristiche del sistema di **welfare italiano** che vengono illustrate di seguito.

- **L'aumento dei contributi per le spese sanitarie e sociali a carico delle famiglie** che negli anni della crisi, contestualmente alla contrazione delle risorse pubbliche (esito delle politiche di austerità e di risanamento dei bilanci), **ha ridotto l'accesso alle cure e l'acquisto dei farmaci**[139], come hanno sottolineato il *TDM,* l'*IPASVI* e la *Fondazione Colturi Onlus – Villa dei Pini*. Un recente studio dell'*IPASVI*[140] ha messo in evidenza, tra l'altro, che il contenimento delle spese delle famiglie, unitamente all'attitudine a rivolgersi a chi non è infermiere, alimenta il rischio di ricevere prestazioni non appropriate[141]. La minore propensione ad acquistare i medicinali rappresenta anche uno dei fattori che, secondo le *aziende speciali per la gestione delle farmacie comunali di Reggio Emilia e Livorno*, contribuisce - insieme ad altri fattori relativi alla riduzione della spesa farmaceutica territoriale - alla situazione di difficoltà in cui

[139] In Italia nel 2012 più di 2,7 milioni di persone hanno dichiarato di avere rinunciato a priori a sostenere spese socio-sanitarie per ragioni economiche. Nel 2014 le spese socio-sanitarie *out-of-pocket* (vale a dire sostenute parzialmente o completamente dalle famiglie) sono aumentate del +14,5%. Spandonaro F. (a cura di), *11° Rapporto Sanità. L'Universalismo diseguale*, CREA Sanità, Roma, 2015; CENSIS, op.cit. Interviste ad *ASSOFARM* (10 novembre 2015), *Farma.Li. - Azienda delle Farmacie di Livorno* (19 novembre 2015) e *Azienda Speciale delle Farmacie Comunali di Reggio Emilia* (20 novembre 2015).

[140] CENSIS, *op. cit.*

[141] Secondo i dati raccolti, oltre 4,2 milioni di italiani si sono rivolti, in un anno, a figure non infermieristiche e, in particolare, a badanti che nelle case in cui lavorano: gestiscono le terapie farmacologiche (88,8%), fanno iniezioni (32,3%), si occupano di bendaggi e medicamenti (30,4%), intervengono in caso di esigenze sanitarie che richiederebbero il ricorso a infermieri (20,5%), gestiscono un catetere (6,2%).

versano tutte le farmacie (come rilevato anche da *ASSOFARM*), incluse quelle comunali (*"la redditività delle farmacie private e comunali è in caduta libera"*)[142].

- **La residualità dei servizi in natura rispetto ai trasferimenti monetari** (come, ad esempio, le indennità di accompagnamento erogate dall'INPS per invalidi e anziani non autosufficienti) che, nella situazione di ridotta disponibilità delle famiglie, contribuiscono ad accrescere il mercato informale delle cure attraverso il ricorso al lavoro sommerso, meno qualificato e soggetto a minore protezione sociale[143].

- **La delega dei compiti di cura alle famiglie e, in particole, alle donne** (solidarietà intergenerazionale) tipica dei modelli di welfare mediterranei[144] che, oltre a penalizzare la partecipazione femminile al mercato del lavoro[145], veicola nel settore socio-sanitario e delle cure gli stereotipi tipici delle aree a segregazione femminile[146].

- **Il blocco delle assunzioni e del turn-over in ambito socio-sanitario** - che inizialmente ha riguardato le Regioni dotate di piani di rientro e solo successivamente anche le altre - è stato citato dalla maggior parte degli intervistati, percepito come un ostacolo dai lavoratori (come ha segnalato esplicitamente, tra gli altri, la *Casa di Cura Villa dei Gerani*). Il blocco, oltre a non consentire l'immissione di nuovi assunti, comporta sovraccarico lavorativo[147], orari prolungati e

---

[142] Interviste a *Farma.Li. - Azienda delle Farmacie di Livorno* (19 novembre 2015) e *Azienda Speciale delle Farmacie Comunali di Reggio Emilia* (20 novembre 2015).

[143] Pasquinelli G., *Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia*, IRS, Milano, 2015; Ciarini A., *Servizi alle persone e creazione di nuova occupazione. L'esperienza del CESU in Francia e le possibili riforme per l'Italia*, Fondazione EYU, Roma, 2015; Ciarini A., "Il Social Investment in tempi d'austerity. Limiti e potenzialità di una strategia di investimento nel welfare", in *Etica ed Economia*, 2 luglio 2015, in http://www.eticaeconomia.it/il-social-investment-in-tempi-dausterity-limiti-e-potenzialita-di-una-strategia-di-investimento-nel-welfare/.

[144] I dati ISTAT mostrano che le donne sono i soggetti maggiormente coinvolti nelle reti di solidarietà, con un totale di 2.2 miliardi di ore dedicate annualmente all'aiuto principale. Fosti G. (a cura di), op.cit.; Pasquinelli S., *Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia*, IRS, Milano, 2015; CENSIS, *op. cit.*

[145] Simonazzi A., *Social investment for inclusive growth: A Southern European perspective*, INET Conferece, Parigi, 8-11 aprile 2015; Ciarini A., 2015, *op. cit.*; Italia Lavoro, *op. cit.*

[146] Eurofound, *More and better jobs in home-care services*, Dublin, 2013, in http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1353en.pdf.

[147] Il *TDM* a questo proposito ha segnalato, ad esempio, il peso delle attività di natura amministrativa per gli operatori sanitari.

mancato rispetto dei turni di riposo. Più in particolare, secondo le fonti consultate il blocco ha determinato:

- lo spostamento verso le strutture private dei professionisti più giovani e più preparati (sia dal punto di vista teorico che delle capacità digitali e relative all'uso dell'ICT), come hanno segnalato l'*AIOP* e l'*IPASVI*;
- processi di *brain drain* dei giovani infermieri, ad esempio, che ricevono offerte lavorative meglio retribuite nel Regno Unito (*IPASVI*);
- un maggiore orientamento all'esercizio della libera professione (*FLI, AIFI*) che comporta i rischi della precarizzazione e della riduzione dei parametri retributivi[148];
- la chiusura (in alcuni casi) di singole unità operative ospedaliere e ambulatoriali (secondo il *TDM*, ad esempio, i servizi per la salute mentale sono particolarmente penalizzati proprio per questa ragione);
- lo spreco di macchinari diagnostici acquistati ma non utilizzati perché privi del collaudo, a causa della mancanza del personale preposto a effettuarlo (riferito dal *TDM* e dall'*IPASVI*).

❖ **L'esternalizzazione di alcuni servizi sanitari** (diagnostici e specialistici, assistenza a domicilio, ospedalieri e infermieristici) oltre a quelli non sanitari (riguardanti la pulizia dei locali, la lavanderia, la ristorazione e le attività amministrative)[149].

2.2.3 Le difficoltà dell'integrazione socio-sanitaria

Come è stato sottolineato nel corso delle interviste, l'integrazione sociale e sanitaria e il decentramento territoriale faticano ad attuarsi nonostante siano stati indicati come priorità anche dal *Patto per la salute 2014-2016.* A oggi il percorso mostra numerose **difficoltà** che sono oggetto di studio e di dibattito[150] illustrate nei paragrafi che seguono a partire dalle osservazioni raccolte attraverso le interviste.

❖ **La frammentazione delle pratiche e delle prestazioni socio-sanitarie** e il **mancato adeguamento dell'assistenza territoriale** dal punto di vista dei servizi alla collettività, delle

[148] Interviste all'*Istituto di riabilitazione "Angelo Custode"* (19 novembre 2015), alla *FLI* e all'*AIFI* (19 novembre 2015).

[149] Ciarini A., *op. cit.*

[150] Si veda, tra i più recenti, Arlotti M., Catena L., Genova A., *La dimensione territoriale dell'integrazione*, Carocci, 2015.

risorse allocate per abitante e anche in termini di *vision* e *mission* (i metodi e i programmi regionali variano al mutare del contesto)[151], anche a causa delle disparità tra le regioni (con una forte contrapposizione tra quelle settentrionali e meridionali) e nelle regioni [152].

Box 1 – Frammentazione e mancato adeguamento dell'assistenza territoriale

- Il *TDM* afferma che "*le prestazioni socio-sanitarie non riescono ad avere lo stesso ritmo della domanda*" e segnala, inoltre, che alcune Regioni dispongono di un unico assessorato per le politiche socio-sanitarie mentre altre ne hanno due separati (per le politiche sanitarie, da una parte, e per quelle sociali, dall'altra)
- Secondo l'*IPASVI "il SSN fatica a comprendere i bisogni di salute del cittadino. La domanda si sposta verso le cure estensive territoriali e la risposta è ancora orientata alle acuzie in ospedale"*
- In controtendenza rispetto alle altre posizioni, l'*AIFI* sostiene che nell'ambito dell'attività dei fisioterapisti è possibile cogliere, sia pure con estrema lentezza, i segnali di avvicinamento e di integrazione tra i sistemi sociale e sanitario

❖ **La scarsa aderenza delle prestazioni socio-sanitarie agli effettivi bisogni** delle persone anche a causa della rigidità e della pre-definizione dei sistemi che sembrano guidare la domanda. A questo proposito il CERGAS[153] segnala che "*I principali servizi (…) sono modulati più sulla base delle capacità del'ente erogatore che sui fabbisogni dell'utente*"[154].

[151] Bertin G., Cipolla C. (a cura di), *Verso differenti sistemi sanitari regionali*, Ed. Ca' Foscari, Venezia, 2013, in http://virgo.unive.it/ecf-workflow/upload_pdf/Politiche_2.pdf; Aceti T., Nardi S. (a cura di), *Osservatorio civico sul federalismo in sanità. Rapporto 2013*, Rubettino, 2014; Pelissero G., *La realtà e le idée. 2012-2015 Tre anni di editoriali su AIOP Magazine*, Quaderni AIOP, Roma, 2015; AIOP, *Ospedali e salute. Dodicesimo rapporto annuale 2014*, F. Angeli, 2015.

[152] Fosti G. (a cura di), *Rilanciare il welfare locale. Ipotesi e strumenti: una prospettiva di management delle reti*, Egea, Milano, 2013.

[153] Il Centro Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS) dell'Università Bocconi di Milano promuove, coordina e svolge attività di ricerca di base e applicata sugli assetti, le dinamiche e le performance delle aziende e dei sistemi di aziende operanti nei settori sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale e socio-educativo. http://www.cergas.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Cdr/Centro_CERGASit/Home.

[154] Longo F.,Petracca F., *Il welfare sociale e socio-sanitario italiano: crisi di policy o crisi dei modelli d'impresa? Quali spazi di mercato inesplorati?*, CERGAS, Milano, 2013.

Box 2 – Scarsa aderenza ai fabbisogni di salute

- Il *TDM* afferma che le strutture socio-sanitarie "*mancano di capacità di innovazione organizzativa*", inoltre *"la capacità di risposta alla complessità dei fabbisogni degli anziani da parte dell'assistenza domiciliare non è adeguata, sia per la componente sanitaria che per quella sociale (lavare le persone, accompagnarle a fare la spesa, ecc.)"*
- La *Casa di cura Villa dei Gerani* conferma che le caratteristiche dell'offerta dipendono, tra l'altro, dagli esiti delle tecniche di contabilità analitica in relazione ai vincoli regionali alle spese
- Secondo l'*AIOP* l'ospedalità privata sarebbe nelle condizioni di poter lavorare di più, ma è vincolata dai tetti di spesa delle prestazioni erogate in convenzione con il SSN. *AIOP* osserva, inoltre, che le procedure per la certificazione della qualità costituiscono un volano per l'introduzione dell'innovazione organizzativa

❖ La **frammentazione degli erogatori** pubblici, privati e non profit, che – come hanno ricordato il *TDM* e l'*IPASVI* - non consente ai cittadini di avere un unico punto di accesso ai servizi socio-sanitari, obbligando le famiglie (coadiuvate dalle reti di aiuto informale) a farsi carico della ricomposizione degli interventi necessari per soddisfare la domanda di cure.

Box 3 – Frammentazione degli erogatori

- Il *TDM* segnala che le differenti denominazioni adottate nelle regioni per le medesime nuove strutture sul territorio (presidi territoriali, case della salute, CAP, strutture polifunzionali della salute, UTAP, AFT e così via) disorientano i cittadini per mancanza di chiarezza
- *ASSOFARM* osserva che le farmacie hanno un rapporto molto teso con le Aziende Sanitarie Locali, che risultano più sensibili alle questioni economiche (tetti di spesa e altri vincoli normativi) che non agli effettivi fabbisogni dei cittadini (i farmacisti si trovano a supplire talvolta a funzioni di competenza delle ASL, ad esempio fornendo informazioni ai cittadini sull'uso appropriato dei farmaci innovativi che sono distribuiti, però, esclusivamente dalle ASL)

❖ La **mancanza di raccordo e di comunicazione** tra i diversi attori del sistema socio-sanitario, con le conseguenti difficoltà per la presa in carico globale e la continuità informativa e delle cure.

Box 4 – Mancanza di raccordo e di comunicazione

- L'*IPASVI* ricorda che nel passato il pubblico ha attivato sistemi informativi diversi che non sono in grado di comunicare tra loro. La discontinuità informativa (salvaguardata solo grazie alla buona volontà di alcuni professionisti) dipende anche dal fatto che mancano i sistemi di comunicazione tra settore farmaceutico e sanitario
- Le principali criticità secondo l'*IPASVI* riguardano la *transitional care*, vale a dire i momenti di passaggio del percorso delle cure (come lo spostamento dal pediatra al medico di base o dall'ospedale all'assistenza domiciliare)
- L'*Istituto di Riabilitazione "Angelo Custode***"** - che ospita minori in terapia riabilitativa nella Regione Lombardia – segnala di non avere rapporti con gli uffici regionali preposti alle politiche della salute, avendo relazioni esclusivamente con le strutture regionali che si occupano delle politiche sociali
- Il *TDM* osserva che spesso gli erogatori accreditati presso il SSN non dispongono delle informazioni sui loro interlocutori presso le ASL con cui, come conseguenza, non riescono a comunicare e a trasmettere le informazioni

❖ La **debolezza del sistema di *governance* nazionale**, che deve fare i conti con i vari sistemi sanitari regionali e con la sovrapposizione, la duplicazione o la totale separazione tra attori, funzioni e risorse finanziarie. La frammentazione dei canali di provenienza delle risorse finanziarie ne riduce l'efficacia e ostacola la possibilità di definire una visione d'insieme del settore da parte dei responsabili della programmazione pubblica[155].

Box 5 – Debolezza della *governance* nazionale

- La *RSA "Virgilio Angioni"* di Quartu S. Elena, in provincia di Cagliari, sottolinea che la normativa per le RSA sarde è molto diversa da quella di altre regioni, per cui la struttura, come le altre RSA della Sardegna, ospita anche pazienti in acuzie e malati terminali
- L'*Istituto di Riabilitazione "Angelo Custode"* segnala che i fondi per le politiche sociali che riceve dalla Regione non coprono le spese necessarie per fornire tutta l'assistenza necessaria ai minori della struttura, dato che le rette non tengono in considerazione il fatto che l'Istituto deve sostenere anche i costi per l'assolvimento dell'obbligo scolastico. Ne consegue che l'istituto (come altre strutture dello stesso tipo nella Regione Lombardia) versa in condizioni economiche molto difficili
- Secondo il *TDM* l'obbligo di implementare il Piano di rientro ha fatto regredire la situazione socio-sanitaria della Regione Piemonte, fino a poco tempo fa vero modello dell'integrazione, che è tornata alla divisione tra i due ambiti per ragioni riconducibili alla ripartizione delle fonti di finanziamento sanitarie, da una parte, e sociali, dall'altra

❖ **La persistenza della logica degli specialismi**[156], che porta alla compartimentazione e alla settorializzazione delle pratiche e delle prestazioni socio-sanitarie, oltre che al mantenimento

[155] Fosti G.(a cura di), *op. cit.*

[156] Camarlinghi R., D'Angella F., "La costruzione sociale della salute", in *Animazione Sociale,* dicembre 2014, pp. 21-31.

dell'approccio per categorie ai beneficiari dei servizi tipico delle politiche sociali italiane negli ultimi decenni.

- La **mancata integrazione dei saperi** professionali e specialistici attorno ai bisogni di salute e alle esigenze di cura delle persone[157], che può aumentare le **conflittualità** nel percorso di definizione delle risposte alle domande di cura complesse[158].

Box 6 – Mancata integrazione dei saperi

- Il *TDM* segnala che molto spesso i conflitti tra operatori della salute e pazienti dipendono dalla mancata comunicazione e scambio di informazioni

- La **polarizzazione** tra erogatori molto grandi (pochi) e aziende molto piccole e molto specializzate su uno specifico ambito di cura o su singoli segmenti di disagio, con tutte le diseconomie di scala che questo determina (recentemente, proprio a questo proposito, è stato registrato un aumento dei fusioni e di accordi di partenariato tra erogatori di servizi imputabile alla crisi)[159].

2.2.4 Gli effetti dell'integrazione sui modelli organizzativi e sui profili professionali

A prescindere dalle difficoltà, il paradigma dell'integrazione socio-sanitaria ha avviato alcuni processi di cambiamento che sono in atto e che intervengono sulle organizzazioni del settore a diversi livelli.

In primo luogo, come si è detto, le ricadute riguardano la **prospettiva temporale** delle prestazioni (che non si limitano a interventi puntuali ma vengono estese nel tempo in funzione del benessere della persona), i **luoghi** dove si effettuano le cure (ospedale, territorio e ambiente di vita del paziente) e la **relazione con il medico**, che testimonia il passaggio da un rapporto bilaterale medico-paziente a una relazione multicentrica con una équipe di cura integrata, nell'ambito della quale il cittadino è protagonista delle cure insieme ai suoi familiari e non beneficiario passivo.
In secondo luogo, questi mutamenti hanno evidenti ricadute sui **modelli di lavoro** dei professionisti e degli operatori (incluso il personale amministrativo), che devono cooperare in staff multidisciplinari superando le difficoltà della **dominanza professionale**, tuttora percepita come

[157] Camarlinghi R., D'Angella F., *op. cit.*

[158] Intervista al *Tribunale per i diritti del malato/Cittadinanzattiva* (5 novembre 2015).

[159] Longo F.,Petracca F., *Il welfare sociale e socio-sanitario italiano: crisi di policy o crisi dei modelli d'impresa? Quali spazi di mercato inesplorati?*, CERGAS, Milano, 2013.

ostacolo allo sviluppo delle professionalità, come hanno sottolineato l'*IPASVI*, il *TDM*, l'*AIFI*, la *FLI* e la *RSA Fondazione Serlini Onlus*. L'esigenza di **ricomposizione dei rapporti** tra i lavoratori è stata richiamata, tra gli altri, dall'*Istituto di Riabilitazione "Angelo Custode"* (che ha fatto riferimento a un proprio intervento formativo in questa direzione che ha avuto esiti molto positivi e che sarebbe interessato a replicare) e dalla *RSA Fondazione Serlini Onlus*, che considera i geriatri presenti solo alcuni giorni a settimana nella propria struttura poco integrati nelle équipe ("*si limitano a visitare i pazienti e a definire le terapie"*).

Un ulteriore prepotente cambiamento in corso riguarda i **rapporti tra i saperi tecnici e specialistici** che nel paradigma della integrazione vengono relativizzati, perché complementari tra loro e ricondotti a una prospettiva di pari dignità. Si tratta, in questo caso, di un percorso avviato ma soggetto a **forti resistenze**, come quelle riferite dall'*IPASVI* - che dal 2011 è in attesa dell'approvazione di un provvedimento normativo (formulato in sede di Conferenza Stato-Regioni e che vede le Regioni favorevoli) volto a integrare nuove competenze specialistiche nel curriculum della formazione universitaria e di quella regionale degli infermieri, alla luce dei cambiamenti demografici e dei tassi di morbilità[160].

Al contempo, in virtù degli sviluppi della conoscenza, della sperimentazione e della ricerca scientifica, proprio il consolidamento e la determinazione dei confini dei saperi disciplinari rappresentano un'importante leva per i processi di **nuova professionalizzazione** in atto nel settore, che interrogano sia i medici che, come si è detto, gli infermieri, i fisioterapisti, i logopedisti, ecc.[161].

Questi cambiamenti fanno riferimento alle più ampie dinamiche descritte nel paragrafo sul contesto nazionale ed europeo (paragrafo 2.1) e si riflettono sul **fabbisogno di aggiornamento e formazione continua** dei professionisti e degli operatori della salute illustrati nel successivo capitolo 4.

[160] Gli aspetti metodologici della proposta sono illustrati in un documento di lavoro *in progress* che è stato redatto nel luglio 2015 e diffuso presso i diversi attori-chiave, vale a dire il Ministero della Sanità, il MIUR, gli ordini e le associazioni professionali, i sindacati. Intervista a *IPASVI* (17 novembre 2015).
[161] Interviste a *IPASVI* (17 novembre 2015), *AIFI* e *FLI* (19 novembre 2015).

3. Implicazioni dei processi di cambiamento del settore per lo sviluppo delle competenze

Come è emerso sia dallo studio della letteratura sia dalle interviste effettuate sul campo, i fattori di cambiamento del settore socio-sanitario sono molteplici, in ragione della vasta gamma di attività che il comparto in esame comprende e della, più volte sottolineata, necessità di una progressiva integrazione tra interventi sanitari e di protezione sociale per garantire la presa in carico dei bisogni di salute del cittadino-utente nella sua complessità sanitaria e sociale.

Tale convergenza verso un "paradigma dell'integrazione", rispetto al prevalere, nel passato, dell'approccio biomedico basato sulla preminenza del sapere biologico e tecnologico (Camarlinghi, d'Angella, 2014) si riverbera sullo sviluppo delle competenze e dei saperi professionali sociali e sanitari rispetto ai quali si rende necessaria una maggiore capacità di connessione e di complementarietà. L'integrazione dei servizi di cura e salute richiede, pertanto, sul piano professionale l'integrazione tra saperi disciplinari che presentano un alto livello tecnico-specialistico per avviare percorsi di condivisione e di co-costruzione delle conoscenze funzionali ad una domanda di servizi multifunzionali e ad una gestione condivisa del percorso di cura. In questo quadro le parole chiave diventano **connettere e integrare i saperi professionali** creando relazioni orizzontali tra tutti gli attori della rete del *caregiving*, pur nel rispetto e nella valorizzazione delle specificità tecnico-professionali di ogni figura.

Per tali motivi abbiamo scelto di focalizzare il nostro interesse analitico sullo studio delle competenze piuttosto che su quello dei singoli profili professionali[162], perché questo agevola l'uscire fuori dai rigidi steccati dei saperi disciplinari e degli specialismi che rischiano di limitare, anziché agevolare il percorso di integrazione in cui il soggetto curante "[…] smette di essere il singolo operatore, ma diventa una équipe di operatori che hanno formazione, cultura, saperi sì differenti, ma che si integrano. Che mettono a disposizione l'uno dell'altro le proprie competenze professionali, perché il bisogno di salute di quella persona è complesso e richiede il contributo di tutti quei saperi" (*ibidem*, p. 29).

[162] Il personale delle organizzazioni del settore socio-sanitario è composto da: medici (farmacisti, direttori e medici di struttura/reparto, infermieri, operatori socio-sanitari, educatori professionali, animatori, psicologi, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, amministrativi e addetti vari).

Lo scopo della ricerca non è, pertanto, di fornire una descrizione di profili rigidamente ricostruiti, ma di offrire una panoramica del cambiamento dei contenuti del lavoro e dei corrispondenti fabbisogni formativi derivante dalle recenti sfide poste allo sviluppo del settore socio-sanitario.

In quest'ottica, concentrarsi sul concetto di competenza ha il vantaggio di rendere elastica la nozione di professione consentendo di coglierne, allo stesso tempo, la variabilità e le tendenze evolutive dei profili, da un lato, e le specificità tecniche, organizzative e professionali, dall'altro.

Del resto, la competenza stessa non è prescrivibile una volta per tutte ma si connota in base ai diversi contesti in cui si sviluppa e deve perciò essere considerata come «contestuale» (Meghnagi, 2005, p. 112). Il mutamento dei profili «[…] non avviene contemporaneamente su tutte le competenze che costituiscono la figura, ma con il mutare di singole attività si sviluppano diverse articolazioni delle competenze stesse nel comporre la figura» (*ibidem*)..

I mutamenti che attraversano il settore sociosanitario, come si è visto, in estrema sintesi, comportano per gli operatori ed i professionisti socio-sanitari e assistenziali:

- cambiamenti nei modelli di organizzazione dei servizi e nelle modalità di lavoro;
- la gestione di nuove tecnologie
- la necessità di una maggiore qualificazione dei lavoratori;

Ciò determina una crescente domanda specialistica e la necessità di un costante adattamento dei *set* di competenze sul piano tecnico; ma, al contempo, induce, soprattutto sotto la spinta della presa in carico della integrazione e complessificazione del bisogno di cura dei cittadini, ad acquisire valori e sensibilità di carattere più sistemico e trasversale che contraddistinguono i vari profili professionali che operano nel campo socio-sanitario e assistenziale e che devono essere anch'essi oggetto di una formazione continua e di un apprendimento permanente. Si tratta di sviluppare, allo stesso tempo, competenze "professionali" e competenze "trasversali", che coniugano al "sapere fare" il "saper essere". In particolare, accanto ai "saperi tecnici", ed ai "saperi professionali", si stanno sviluppando anche dei "saperi di vita", la cui importanza si sta ultimamente accrescendo in termini di una diffusa richiesta di nuove competenze cognitive (saper trovare soluzioni e prendere decisioni), relazionali (saper interagire con gli altri) e affettive (saper gestire le proprie emozioni ed avere una consapevole autostima) (Reyneri, 2005). Oltre ad un continuo aggiornamento delle competenze tecniche specifiche, "[…] sono diventate determinanti [anche] le *life skills*, cioè le competenze che attengono alla 'vita personale' di un lavoratore, basate talvolta su saperi impliciti o taciti" (*ivi*, p. 67). La diffusione di queste nuove competenze risulta, peraltro, particolarmente importante in un settore come quello della cura.

Alla luce di tali valutazioni, possiamo pertanto affermare che le varie figure professionali che operano nel campo del settore della salute e della cura, oltre alle caratteristiche identificative del

proprio particolare profilo lavorativo, e alla necessità di aggiornare le proprie competenze specialistiche, devono anche associare ad esse alcuni aspetti di carattere "sistemico e trasversale" che, in base alla letteratura analizzata e alle testimonianze degli interlocutori privilegiati intervistati, possono essere così classificate:

- lo sviluppo di una **"visione sistemica"** del sistema del *care giving* nel suo complesso, che si declina in: i) capacità di integrarsi nella rete socio-sanitaria territoriale dei servizi; ii) capacità di promuovere un percorso di continuità nella cura delle persone costruendo relazioni orizzontali a livello di reti formali e informali); iii) capacità di costruzione cooperativa delle conoscenze alla base dei percorsi di cura delle persone;

- lo sviluppo di una **"visione socio-relazionale"** che si declina in: i) capacità di relazionarsi e comunicare efficacemente con i vari attori coinvolti nella rete socio-sanitaria sviluppando abilità relazionali, comunicative e cognitive; ii) capacità di lavorare in staff multidisciplinari connettendo saperi professionali ad alto livello di competenza tecnica e specialistica;

- lo sviluppo di una **"visione innovativa"** che si declina in: i) capacità di leggere l'innovazione tecnologica; ii) capacità di cogliere la dinamicità di un settore che appare oggi fortemente incline al cambiamento, attraverso una vera e propria apertura mentale verso nuove idee e processi.

Lo studio ha individuato in maniera specifica i fabbisogni formativi per gli addetti del settore socio-sanitario (si veda il capitolo successivo), alcuni dei quali rinviano direttamente anche ai tre tipi di competenze trasversali descritte.

4 I fabbisogni formativi degli operatori e dei professionisti del settore socio-sanitario

Le interviste e l'analisi della documentazione italiana e internazionale hanno consentito di delineare i principali **fabbisogni di formazione continua e di aggiornamento** del personale delle organizzazioni del settore socio-sanitario in Italia (personale sanitario medico e non medico, farmacisti, tecnici, operatori e assistenti sociali, dirigenti, amministrativi, addetti vari). I risultati dell'approfondimento - indicativi, date le caratteristiche della ricognizione che è stata effettuata - sono ripartiti in **quattro aree**: le prime tre riguardano le **competenze** (insieme delle conoscenze e delle capacità) da consolidare, sviluppare o creare *ex-novo*, mentre la quarta fa riferimento a interventi a **supporto dei lavoratori** in funzione dello svolgimento delle attività professionali. I fabbisogni di formazione e di aggiornamento sono organizzati, dunque, in:

- **conoscenze**, intese come il risultato dell'accumulazione delle informazioni riguardanti i fatti, i principi, le teorie e le pratiche di uno specifico ambito lavorativo o campo di studio attraverso l'apprendimento[163];

- **capacità**, vale a dire i processi cognitivi (fondati sull'uso del pensiero logico, intuitivo e della creatività) e applicativi (relativi all'uso di metodi, materiali, strumenti e alle abilità manuali) necessari per svolgere compiti e risolvere problemi nell'ambito delle attività lavorative[164];

- **adempimenti formativi** richiesti dalla **normativa** nazionale e regionale;

- altri **interventi di supporto psicologico e motivazionale** per lo svolgimento delle attività lavorative.

Il box presenta in modo sintetico i fabbisogni di formazione continua e di aggiornamento dei professionisti e degli operatori del settore socio-sanitario, illustrati con maggiore dettaglio nei paragrafi che seguono.

---

[163] La definizione di conoscenza è tratta dall'*European Qualification Framework (EQF),* in Eurofound, *Health and Social Services. Comprehensive sectoral analysis of emerging competences and economic activities in the European Union*, 2009.

[164] Anche la definizione delle capacità è tratta dall'*European Qualification Framework (EQF),* in Eurofound, *op.cit.*

Box 1 - Fabbisogni formativi dei professionisti e degli operatori del settore socio-sanitario

✓	***AREE DI FABBISOGNO FORMATIVO***	
✓ 1	*Conoscenze*	Conoscenze cliniche
		Conoscenze tecnico-operative
✓ 2	*Capacità*	Capacità sociali
		Capacità operative
		Capacità gestionali
		Capacità imprenditoriali
		Capacità di self-management
✓ 3	*Adempimenti formativi dipendenti dalla normativa*	Sicurezza sul lavoro
		Privacy
		Smaltimento dei rifiuti
✓ 4	*Interventi di supporto psicologico e motivazionale*	

4.1 L'area delle conoscenze

L'area delle conoscenze oggetto di possibili interventi formativi è divisa in due sotto-insiemi, che includono le conoscenze di **tipo clinico** e le conoscenze **tecnico-operative**.

4.1.1 Conoscenze di tipo clinico

La documentazione e le interviste hanno evidenziato una domanda di conoscenze di tipo clinico che ai fini della presente esposizione sono articolate in:

- aggiornamenti relativi ai saperi disciplinari;
- fabbisogni conoscitivi trasversali alle figure professionali;
- fabbisogni conoscitivi riguardanti specifici profili.

4.1.1.1 Per quanto riguarda gli ***aggiornamenti relativi ai saperi disciplinari***, i codici deontologici della maggior parte delle figure sanitarie indicano nella formazione continua una condizione indispensabile per lo svolgimento delle attività professionali. Dato lo sviluppo della ricerca scientifica, delle innovazioni tecnologiche e organizzative e dei cambiamenti riconducibili alle transizioni demografica ed epidemiologica, l'aggiornamento dei saperi dal punto di vista teorico e

pratico rappresenta un presupposto fondamentale - indicato come tale da gran parte delle organizzazioni intervistate - affinché le prestazioni e i servizi siano adeguati rispetto alla domanda. L'ampia offerta dei programmi ECM (Educazione Continua in Medicina)[165] risponde all'esigenza di mantenere elevata la professionalità degli operatori che sono tenuti per legge a maturare i crediti formativi[166] e che sono liberi di scegliere i percorsi e i contenuti in base alla propria sensibilità e agli indirizzi espressi dalle organizzazioni in cui lavorano[167]. Frequentemente, però, al di là all'offerta ECM le aziende si trovano nella condizione di dover promuovere anche altri interventi formativi più rispondenti alle proprie esigenze e caratteristiche (le farmacie comunali intervistate, ad esempio, hanno segnalato che l'offerta ECM per i farmacisti è orientata quasi esclusivamente alla chimica e alla farmaceutica mentre loro hanno bisogno di soddisfare anche altri fabbisogni, come viene illustrato nei paragrafi che seguono)[168]. Anche le figure che non hanno l'obbligo ECM hanno bisogno di usufruire di occasioni di aggiornamento professionale, in linea con le specificità e la sensibilità delle organizzazioni di appartenenza e di rappresentanza[169].

Secondo le fonti consultate i fabbisogni di aggiornamento clinico dipendono dai cambiamenti nel target dei pazienti, che sono prevalentemente **anziani**. Le richieste in questa direzione riguardano:

- le ***patologie connesse all'invecchiamento*** di tipo neurologico (come sottolineato dalla *Federazione Logopedisti Italiani-FLI*, con riferimento agli interventi di stimolazione neuro-psicologica, e dall'*Associazione Italiana Fisioterapisti-AIFI* dal punto di vista della riabilitazione in seguito a lesioni cerebrali) o riguardanti i disturbi muscolo-scheletrici, a cui hanno fatto riferimento le tre *RSA* consultate;

---

[165] Per approfondimenti sull'ECM si rinvia al rapporto Enfap sulle case di cura private e le farmacie pubbliche, nonché al sito ufficiale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas): http://ape.agenas.it/Home.aspx.

[166] Il programma nazionale ECM riguarda tutto il personale sanitario, medico e non medico, dipendente o libero professionista, operante nella Sanità, sia privata che pubblica (in http://ape.agenas.it/professionisti/professioni-sanitarie.aspx). Per l'elenco delle professioni sanitarie si fa riferimento al Ministero della Salute, in http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=91&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto.

[167] Alcuni interlocutori intervistati (*AIFI, FLI, IPASVI, TDM*) hanno segnalato che gli operatori della salute sono disorientati dalla grande quantità di offerta formativa ECM che, per ragioni di mercato, appare in alcuni casi più incline a sottolineare l'aspetto relativo alla quantità dei crediti formativi conseguibili piuttosto che ai contenuti dell'azione formativa.

[168] Intervista alla *Azienda Speciale delle Farmacie Comunali di Reggio Emilia* (20 novembre 2015) che coordina le 25 farmacie comunali di Reggio Emilia e segue indirettamente altre 25/30 farmacie comunali in Veneto, in Lombardia e nella provincia di Modena; intervista ad ASSOFARM (10 novembre 2015).

[169] Come risulta dalla quasi totalità delle interviste condotte nell'ambito dell'indagine esplorativa.

- la ***gestione della traumatologia***, segnalato dalla *Casa di riposo San Giuseppe*, così come dall'*AIFI*;
- le ***gestione del paziente agitato e aggressivo***, soprattutto per gli operatori socio-sanitari (OSS) e gli ausiliari socio-assistenziali (ASA) e richiesta, in particolare, dalla *RSA "Virgilio Angioni*" *Onlus*;
- la **riabilitazione alla comunicazione** sia verbale che non verbale (*RSA "Virgilio Angioni*" *Onlus*, *AIFI, FLI*).

Anche i **minori** (autosufficienti o meno) rappresentano un target delle cure rispetto al quale gli operatori e i professionisti hanno bisogno di maturare ulteriori competenze e di acquisire aggiornamenti di tipo medico, terapeutico e riabilitativo (ad esempio rispetto all'autismo), come hanno indicato esplicitamente l'*Istituto di Riabilitazione "Angelo Custode"* e l'*AIFI*.

4.1.1.2 Le **c*onoscenze di tipo clinico trasversali rispetto alle figure professionali*** ritenute carenti riguardano:

- le ***infezioni ospedaliere*** , in particolare per i tecnici di laboratorio, i tecnici di radiologia e i biologi, secondo la *Casa di Cura D'Amore srl*;
- la ***gestione del rischio clinico***, indicata per tutti gli operatori e i professionisti della salute dalla *Casa di Cura Villa dei Gerani*, dalla *Casa di Cura D'Amore srl,* dalla *RSA "Virgilio Angioni" Onlus* e dalla *RSA Fondazione Serlini Onlus;*
- la ***gestione dell'emergenza-urgenza***, richiesta soprattutto per gli infermieri dall'*IPASVI*, dalla *Casa di Cura D'Amore srl* e dalla *RSA "Virgilio Angioni" Onlus* (che ha già organizzato un corso molto richiesto dal personale che ha avuto successo e che dovrebbe essere ripetuto per accogliere tutte le domande di partecipazione ricevute);
- la ***gestione del dolore***, per l'assistenza che medici, infermieri e OSS devono fornire non solo ai malati terminali, ma anche alle persone affette da demenza o da Alzheimer (*RSA "Virgilio Angioni" Onlus)*;
- la ***gestione degli interventi chirurgici complessi***, in particolar modo per le organizzazioni private accreditate presso il SSN che, in virtù del processo di decentramento dei servizi dalle strutture ospedaliere, sono tenute a offrire prestazioni differenti e, appunto, più complesse,

come nel caso delle organizzazioni sanitarie private della Puglia, secondo quanto riferito dalla *Casa di cura D'Amore srl*[170].

4.1.1.3 L'indagine esplorativa ha colto, infine, alcuni ***gap conoscitivi di tipo clinico riconducibili a specifici profili*** che, a titolo esemplificativo, includono:

- la fisiologia, le piccole patologie e le tecniche di automedicazione, per consolidare le capacità consulenziali dei ***farmacisti***, segnalato dalla *Azienda Speciale delle Farmacie Comunali Riunite di Reggio Emilia*;
- le visite cardiologiche e la lettura dell'ECG, per gli ***infermieri*** (*Casa di Cura D'Amore srl*);
- l'accompagnamento dei pazienti alla fine vita, soprattutto per gli ***OSS*** e gli ***ASA***, indicato come fabbisogno molto urgente anche perché richiesto dagli stessi operatori della *RSA "Virgilio Angioni" Onlus* e correlato alla domanda di supporto psicologico segnalato per queste figure anche dall' *IPASVI* e dall'*Istituto di Riabilitazione "Angelo Custode"*;
- la fisioterapia del post-trauma e la fisioterapia dell'età evolutiva per i ***fisioterapisti*** (che secondo l'*AIFI* attualmente sono preparati a curare gli adulti e gli anziani ma non i minori);
- la comunicazione con i pazienti anziani per i ***logopedisti,*** oggi specializzati soprattutto sull'età evolutiva (come segnalato dalla *FLI*).

4.1.2 Conoscenze di tipo tecnico-operativo

Altri fabbisogni formativi riguardano le **conoscenze di tipo tecnico-operativo** che – anche in considerazione di quanto descritto nei precedenti paragrafi - devono essere consolidate o acquisite *ex novo*, illustrate di seguito.

- ***Funzioni, metodi e strumenti per la e-health***: uso degli strumenti diagnostici, adozione di nuove tecnologie a supporto delle terapie, attivazione del dossier sanitario elettronico, gestione della cartella clinica informatizzata, ecc.

[170] Intervista alla *Casa di cura D'Amore srl* (23 novembre 2015).

Box 2 – Fabbisogni formativi per la e-health

- La *Casa di Cura D'Amore srl* ritiene che l'informazione sulla gestione del documento sanitario e, in particolare, sulla cartella informatizzata sia scarsa. Secondo la casa di cura, inoltre, i tecnici di radiologia e gli infermieri hanno bisogno di una formazione specifica all'uso degli strumenti della radiodiagnostica
- La *RSA Fondazione Serlini Onlus* segnala che i propri infermieri, medici, fisioterapisti, animatori e caposala utilizzano da oltre un anno la cartella informatizzata, che è stata introdotta perché richiesta dalla Regione Lombardia ai fini dell'accreditamento della struttura e che è stata accettata di buon grado da tutto il personale
- L'*Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP)* considera essenziale la formazione all'uso delle tecnologie per tutti i lavoratori delle proprie associate, anche in considerazione dal fatto che il privato è dotato di numerose attrezzature e strumentazioni digitali e tecnologiche ("le strutture dell'ospedalità privata offrono maggiori opportunità dal punto di vista dell'impiego della tecnologia rispetto a quelle del pubblico")
- Secondo la *FLI* servono interventi formativi per preparare i professionisti all'utilizzazione delle nuove tecnologie a supporto dell'intervento logopedico

❖ ***Metodi e strumenti dell'ICT*** per la salute, le cure e i relativi servizi, dai livelli più elementari alle attività più complesse per la gestione, l'amministrazione, il coordinamento e l'interoperabilità, l'accesso alle piattaforme informatiche per la formazione, lo scambio delle informazioni per garantire la continuità delle cure e così via.

Box 3 – Fabbisogni formativi relativi all'ICT

- La *RSA "Virgilio Angioni" Onlus* segnala l'esigenza di formare tutto il personale all'uso delle ICT partendo dalla sensibilizzazione all'uso dei supporti informatici e spiegandone le ragioni, anche allo scopo di contrastare le resistenze e la diffidenza da parte dei lavoratori più anziani. Nella RSA i medici e gli amministrativi lavorano da tempo al computer, mentre gli OSS e gli infermieri registrano ancora le informazioni sulla carta
- Secondo l'*Azienda Speciale delle Farmacie Comunali di Reggio Emilia* e *Farma.Li. – Azienda delle Farmacie di Livorno* le farmacie presentano un livello di informatizzazione più elevato rispetto alle altre strutture socio-sanitarie. Questo livello deve essere incrementato per offrire i nuovi servizi previsti da parte delle farmacie comunali, in gran parte fondati sull'uso delle piattaforme digitali condivise dalla singola farmacia con la rete delle altre farmacie e con le ASL (per le prenotazioni delle visite, l'attivazione della tessera sanitaria, la riscossione dei ticket per conto delle ASL e così via)
- *FLI* e *AIFI* mettono in evidenza l'importanza dell'accesso alle piattaforme digitali per la formazione continua a distanza dei professionisti
- *ASSOFARM* offre gratuitamente alle proprie associate i contenuti accreditati ECM per le attività di formazione a distanza attraverso una piattaforma *e-learning* che copre quasi interamente l'obbligo formativo.
- Il *Tribunale per i diritti del malato (TDM)* sottolinea che spesso le innovazioni tecnologiche progettate senza consultare gli operatori a cui sono indirizzate ostacolano le attività lavorative (*"In alcuni casi medici e infermieri passano più tempo a capire come risolvere problemi per un sistema che non è stato pensato per loro")*

❖ ***Teorie e metodologie del marketing*** (incluso il social marketing e l'e-commerce) per le strutture socio-sanitarie e assistenziali private e per le farmacie[171], allo scopo di fidelizzare i clienti.

Box 4 – Fabbisogni formatici relativi al marketing

- *AIOP* ritiene che le proprie associate abbiano bisogno di interventi formativi per le attività di marketing condotte via web: comunicazione web, presentazione dei servizi offerti via web, ecc.
- Secondo *Farma.Li. – Azienda delle Farmacie di Livorno* i responsabili delle farmacie comunali hanno bisogno di interventi formativi sul marketing con particolare riferimento all'*e-commerce* e all'uso dei social-media
- L*'Azienda Speciale delle Farmacie Comunali di Reggio Emilia* ritiene che tutti i lavoratori delle farmacie comunali debbano aggiornare le competenze relative alla tecniche di vendita in funzione della fidelizzazione dei clienti

❖ ***Tecniche della comunicazione verbale e non verbale*** (con minori, adulti non autosufficienti, disabili, persone provenienti da paesi comunitari ed extra-comunitari).

Box 5 – Fabbisogni formativi relativi alla comunicazione

- *FLI* segnala che la preparazione dei logopedisti dovrebbe includere l'area della comunicazione verbale e non verbale con gli anziani. Mette in evidenza, inoltre, la necessità di trattare gli aspetti riguardanti l'uso dei social media da parte dei professionisti
- La *RSA Fondazione Serlini Onlus* informa che la formazione alla comunicazione è richiesta ai fini dell'accreditamento dal DGR 2569/2014 della Regione Lombardia
- La RSA *"Virgilio Angioni" Onlus* ritiene importante effettuare azioni formative sulle modalità e i vincoli di trasmissione delle informazioni ai pazienti e ai loro familiari
- Secondo *ASSOFARM* le tecniche della comunicazione hanno un ruolo fondamentale nelle attività di marketing ai fini della fidelizzazione dei clienti delle farmacie

❖ I temi della ***valutazione*** e della gestione della ***qualità***.

Box 6 – Fabbisogni formativi relativi ai temi della valutazione e della qualità

- Secondo il *TDM* in ambito socio-sanitario manca la cultura della valutazione e della qualità, dal punto di vista della misurazione e della cultura del merito: "in Italia il merito e la misurazione sono temuti anche se costituiscono leve fondamentali per proiettare al rialzo le prestazioni"
- *AIOP* segnala che la certificazione di qualità – pur richiedendo un investimento iniziale di risorse e personale - consente alle strutture socio-sanitarie di assolvere più rapidamente agli obblighi normativi che richiedono modifiche organizzative e procedurali (le associate AIOP in linea di massima sono certificate *Joint Commission* oltre che ISO9000)

[171] Si veda, a questo proposito, anche il rapporto Enfap sulle case di cura private e le farmacie pubbliche.

❖ Elementi di ***knowledge management***, necessari per consentire agli operatori della salute di valutare l'attendibilità delle fonti di informazione fruibili via web.

Box 7 – Fabbisogni formativi relativi al knowledge management

- *FLI* e *AIFI* segnalano l'esigenza di fornire strumenti che consentano ai rispettivi professionisti di validare le fonti di informazione e di conoscenza scientifica fruibili sul web

❖ Informazioni relative ai fondamenti normativi e, soprattutto, ai meccanismi procedurali e amministrativi del sistema socio-sanitario, nonché agli attori (pubblici, privati, non profit) a livello territoriale[172].

Box 8 – Fabbisogni formativi relativi alla conoscenza degli attori-chiave sul territorio

- La *RSA Fondazione Serlini Onlus* afferma che sarebbe molto utile avere maggiore conoscenza riguardo alla rete formale dei servizi presenti sul territorio

❖ In diversi casi, inoltre, le fonti hanno denunciato la scarsa preparazione pratica e operativa delle figure in uscita dai corsi regionali (ad esempio OSS e ASA) o dall'università (infermieri, medici, fisioterapisti). Per colmare questa carenza dei neoassunti o per soddisfare i nuovi bisogni dei pazienti, molte organizzazioni realizzano dei veri e propri interventi di affiancamento dei neoassunti, con attività di apprendimento *on-the-job* volte a trasmettere le conoscenze pratico-operative grazie al coinvolgendo dei colleghi oppure assumendo appositamente personale esterno.

[172] Ridolfi L., *Le professioni sociali e sanitarie nelle loro differenze di ruolo: nuovi modelli e strumenti di integrazione professionale*, Paper, ESPANET Conference, "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa", Milano, 29 settembre – 1 ottobre 2011.

Box 9 – Apprendimento on-the-job

- La *Casa di Cura Villa dei Gerani* segnala l'esigenza di affiancare OSS, infermieri e fisioterapisti per introdurli alle attività pratico-operative da svolgere nei diversi reparti della struttura, supervisionati e accompagnati dal direttore sanitario e da altri professionisti. I medici e gli infermieri neo-assunti hanno bisogno dello stesso tipo di intervento per le attività in chirurgia, riabilitazione intensiva, management ambulatoriale, gestione del blocco operatorio
- Secondo l'*IPASVI* i giovani infermieri sono ben preparati ma hanno bisogno, una volta entrati nelle strutture socio-sanitarie, di attività di apprendimento pratico-operativo su aspetti come la discussione dei casi e la conduzione delle riunioni di staff
- La *Casa di riposo San Giuseppe* denuncia la scarsa preparazione pratica degli OSS in uscita dai corsi di formazione che nella struttura sono stati affiancati da due infermieri professionali assunti appositamente per completare la loro formazione (per apprendere, ad esempio, come prevenire e curare le piaghe da decubito)
- La *RSA "Virgilio Angioni" Onlus* segnala l'urgenza di preparare gli OSS e gli ASA ad aspetti tecnico-operativi quali l'alimentazione dei pazienti disfagici o tracheotomizzati
- Secondo la *RSA Fondazione Serlini Onlus* servono interventi sugli aspetti pratici e operativi funzionali alla costruzione e alla gestione dei Piani di Assistenza Individuali e alla presa in carico dei pazienti
- L'*Azienda Speciale Farmacie Comunali Riunite di Reggio Emilia* segnala l'esigenza di interventi formativi dei farmacisti neo-assunti sugli aspetti pratici e operativi della professione

4.2 L'area delle capacità

Le dinamiche in atto, la centralità del benessere, la territorializzazione e il paradigma dell'integrazione socio-sanitaria, la cooperazione multidisciplinare e l'approccio olistico alla persona comportano il consolidamento o l'acquisizione di capacità funzionali a rendere più efficaci ed efficienti le attività lavorative, i sistemi e le organizzazioni, ad aumentare la qualità delle prestazioni, a migliorare il clima lavorativo e a soddisfare la domanda di benessere dei cittadini. Le capacità emerse dalle interviste e dalle fonti consultate possono essere ricondotte - secondo un principio di prevalenza – alle **dinamiche sociali** (capacità sociali), alla conduzione delle **attività lavorative** (capacità operative), alla **gestione di responsabilità e di processi complessi** (capacità gestionali), alla **dimensione imprenditoriale** delle strutture (capacità imprenditoriali) e a quella **personale** (capacità di *self-management*).

4.2.1 Le capacità sociali

Le capacità sociali includono quelle di **comunicazione** (ai fini della chiarezza, della trasparenza, della efficacia ed efficienza del lavoro, della collaborazione tra lavoratori) e **relazionali** (nei confronti dei pazienti e delle famiglie sempre più esigenti e spesso conflittuali, ad esempio). Allo scopo della presa in carico globale della persona queste capacità devono essere accompagnate da

quelle **linguistiche** e per la **gestione della multiculturalità** (si pensi al ruolo di *counseling* dei farmacisti con i turisti[173], ad esempio). Molto rilevante, in questa dimensione, la **percettività sociale**, vale a dire la capacità di cogliere gli aspetti relativi al benessere della persona non riconducibili esclusivamente alla patologia medica, in particolare per gli infermieri, gli OSS e gli ASA, più vicini ai pazienti. L'ambito delle capacità sociali comprende, infine, anche una domanda di azioni formative sulle **questioni etiche e relative alla deontologia professionale** che stanno interrogando in misura sempre maggiore le figure del settore (si pensi, come si già detto, al tema dell'uso etico dei *social media*).

Box 10 – Fabbisogni formativi riguardanti le capacità sociali

- L'*Istituto di Riabilitazione "Angelo Custode"* segnala l'urgenza di adattare gli approcci e gli strumenti diagnostici e terapeutici in funzione delle differenze culturali, facendo diretto riferimento a quelli utilizzati nella propria struttura per le disabilità cognitive dei minori stranieri ed estendendo la questione a tutte le strutture del pubblico e del privato
- L'*AIOP* ricorda l'urgenza di preparare i lavoratori delle proprie organizzazioni alla gestione della diversità, per l'accoglienza, la comunicazione, la gestione delle cure, dato l'aumento della mobilità internazionale per accedere ai sistemi di cura
- La *Fondazione Serlini Onlus* sottolinea la delicatezza delle relazioni con i familiari dei pazienti ospitati e la domanda di preparazione dei propri operatori da questo punto di vista
- Secondo il *TDM* "*i medici, gli infermieri e i vari operatori della salute hanno bisogno degli strumenti e delle metodologie necessarie ad ascoltare i pazienti, per coglierne le aspirazioni, la voglia, la forza*". A questo scopo possono essere valorizzare le tante esperienze innovative condotte in Italia

4.2.2 Le capacità operative

Di fronte alle sfide dell'integrazione socio-sanitaria, da una parte, e dell'ampliamento della domande di cure, dall'altra, la prestazione delle cure rappresenta un sistema articolato all'interno del quale i professionisti devono integrarsi e cooperare collegialmente in nome della pari dignità professionale e della relativizzazione dei saperi, attivando soluzioni che rispondono a una logica complessa e non più di tipo lineare. In questa prospettiva assumono rilevanza strategica le capacità riguardanti il **lavoro di gruppo**, la **gestione dei conflitti** e la **risoluzione dei problemi**, **l'assunzione delle decisioni** e quelle volte a favorire il **confronto e l'integrazione interdisciplinare** in funzione dei percorsi di cura, nonché le capacità di **networking**. Gli interlocutori intervistati hanno più volte sottolineato l'esigenza di interventi in questa direzione, spesso in considerazione di risultati molto positivi conseguiti negli scorsi anni.

[173] Si veda il rapporto Enfap sulle case di cura private e le farmacie pubbliche.

Box 11 – Fabbisogni formativi riguardanti le capacità operative

- Il *TDM* sottolinea l'importanza del lavoro in équipe, in considerazione del fatto che molti contenziosi nascono dalla conflittualità e dalla mancata trasmissione di informazioni tra le diverse figure coinvolte
- L'*Istituto di Riabilitazione "Angelo Custode"* rileva l'importanza di favorire la collaborazione e l'interazione di tutte gli operatori delle componenti amministrativa, medica, educativa e assistenziale attorno ai minori con disabilità complesse ospitati, promuovendo un percorso formativo non clinico riguardante il lavoro comune di professionisti dotati di competenze differenti. I temi da trattare includono l'assunzione delle decisioni e la comunicazione assertiva.
- La *RSA Fondazione Serlini Onlus* afferma che gli OSS e gli ASA hanno bisogno di interventi formativi sulla gestione dei conflitti, per essere in grado di trattare con i familiari degli ospiti delle strutture anche in situazioni complesse e delicate
- La *Casa di Cura Villa dei Gerani* inserisce tra le priorità formative interventi rivolti a tutti i dipendenti riguardanti il *decision-making* e le tecniche di *problem-solving*

4.2.3 Le capacità gestionali

Per i ruoli di responsabilità ai diversi livelli (organizzativo, amministrativo, imprenditoriale, medico, ecc.) sono richieste capacità di interpretazione delle situazioni e di visione rispetto agli sviluppi del contesto, della domanda di cure, delle risorse a disposizione e dei vincoli normativi, della tecnologia e della ricerca scientifica. Da questo punto di vista le raccomandazioni internazionali[174] spingono per il consolidamento e l'acquisizione di **capacità strategiche e di vision**, per la **gestione del clima aziendale**, la **gestione dei processi e dei cambiamenti** (a sostegno dei percorsi di integrazione e per consentire l'innovazione organizzativa), per la **creazione e gestione dei gruppi di lavoro** e, infine, per la **gestione della qualità**.

Box 12 – Fabbisogni formativi riguardanti le capacità gestionali

- La *Casa di Cura Villa dei Gerani* ritiene opportuno promuovere azioni formative rivolte a tutto il personale sulla gestione del clima aziendale
- L'*Istituto di Riabilitazione "Angelo Custode"* sottolinea l'esigenza di migliorare il clima aziendale per aumentare la coesione del personale, allo scopo di soddisfare meglio la domanda complessa di assistenza dei minori assistiti
- Secondo *Farma.Li. – Azienda delle Farmacie di Livorno* la formazione dei responsabili delle farmacie comunali deve includere gli aspetti riguardanti la creazione e la gestione dei gruppi di lavoro
- L'*Azienda Speciale Farmacie Comunali Riunite di Reggio Emilia* segnala che i responsabili delle farmacie comunali hanno bisogno di competenze per la gestione del personale (team management e building) e delle attività (per la gestione del tempo, delle priorità, delle criticità)
- L'*IPASVI* afferma che gli infermieri, in controtendenza rispetto alle altre figure, dispongono già di una preparazione manageriale e gestionale (come nel caso dei caposala), a scapito della formazione clinico-assistenziale che è tuttora molto carente

[174] Eurofound, *Health and Social Services. Comprehensive sectoral analysis of emerging competences and economic activities in the European Union. Executive Summary*, 2009; Eurofound, *More and better jobs in home-care services*, Dublin, 2013, in http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1353en.pdf; EC, *Health and social services from an employment and economic perspective*, Quarterly review, Supplement, December 2014.

4.2.4 Le capacità imprenditoriali

Le capacità da sviluppare a livello imprenditoriale nel settore socio-sanitario riguardano la **comprensione e la determinazione delle modalità di sviluppo del business**, la **previsione e la definizione delle tendenze**, la **comprensione e il mantenimento delle relazioni tra clienti e fornitori**.

Box 13 – Fabbisogni formativi riguardanti le capacità imprenditoriali

- Secondo *ASSOFARM* servono interventi formativi sulla conduzione delle farmacie (come preparare e gestire il budget) e sulla gestione degli acquisti
- *Farma.Li. – Azienda delle Farmacie di Livorno,* in considerazione della condizione di crisi in cui versano le farmacie in generale, considera importante preparare i direttori delle farmacie comunali alla gestione di impresa

4.2.5 Le capacità di self-management

Una *performance* lavorativa coerente con le istanze di qualità, integrazione e soddisfazione della domanda di cure si fonda su alcune capacità che attengono alla dimensione personale dell'esercizio della professione nel settore socio-sanitario. Le fonti consultate confermano il fabbisogno di consolidamento delle capacità riguardanti la **gestione della programmazione**, **del tempo e dello stress**, l'attitudine alla **flessibilità** e il ***multitasking*** (tutti aspetti che rappresentano, come si è visto, luoghi critici del contesto lavorativo).

Box 14 – Fabbisogni formativi riguardanti le capacità di self-management

- La *Casa di Riposo San Giuseppe* considera opportuno orientare alla flessibilità i professionisti (educatori e animatori) coinvolti nelle attività di cura degli ospiti della struttura, affinché siano in grado di attribuire il primato al benessere degli anziani anche a discapito del rispetto delle procedure
- Per rispondere alla domanda di cure complesse dei minori ospiti dell'*Istituto di Riabilitazione "Angelo Custode"*, tutti gli operatori della struttura devono consolidare le proprie capacità di gestione dello stress

4.3 Interventi formativi definiti dalla normativa

In base alla normativa nazionale e regionale i lavoratori delle organizzazioni del settore socio-sanitario sono tenuti a seguire degli interventi formativi, talvolta ai fini dell'accreditamento delle strutture private (come ha segnalato, ad esempio, la *RSA Fondazione Serlini Onlus*) o per acquisire la certificazione di qualità (come ha messo in evidenza l'*AIOP*, con riferimento alle proprie associate). A questo proposito le fonti intervistate hanno citato:

- il **Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro** (Dlgs. 9 aprile 2008, n. 81), segnalati da *AIOP*, dalla *Fondazione Colturi Onlus* e dalla *RSA Fondazione Serlini Onlus*;

- la **normativa relativa alla *privacy*** - indicata da *AIOP* - per l'applicazione della disciplina di protezione dei dati personali nel contesto sanitario, con particolare riferimento alle questioni affrontate dal Garante per la protezione dei dati personali nel provvedimento del 4 giugno 2015, n. 331, *Linee guida sul dossier sanitario elettronico;*

- gli **aggiornamenti** della normativa sullo **smaltimento dei rifiuti sanitari** in materia di raccolta, deposito intermedio, trasporto e trattamento (*AIOP*).

4.4 Altre attività a supporto dei lavoratori

L'ultima area di fabbisogni riguarda gli interventi a sostegno dei professionisti e degli operatori del settore socio-sanitario che si trovano spesso in una condizione di disagio e di difficoltà a causa del progressivo deterioramento delle condizioni lavorative (dal punto di vista organizzativo, clinico-terapeutico e della protezione sociale), con pazienti sempre più difficili (per via delle demenze, delle malattie degenerative, delle cronicità multiple e così via) e delle aspettative crescenti dei cittadini, a parità di contrazione delle risorse per le attività e di aumento delle incombenze di tipo amministrativo. A più riprese gli interlocutori intervistati hanno fatto riferimento, in particolare, all'esigenza di **interventi di supporto psicologico e di natura motivazionale**, da realizzare con specifiche azioni formative o con forme di *counseling* o *mentoring* tra colleghi.

Box 15 – Fabbisogni di supporto psicologico e motivazionale

- La *Casa di Cura Villa dei Gerani* indica il fabbisogno di interventi motivazionali per tutto il personale, allo scopo di migliorare il clima aziendale
- La *RSA "Virgilio Angioni" Onlus* segnala l'esigenza di supporto psicologico soprattutto per gli OSS e gli ASA, che spesso seguono i pazienti fino alla morte e non sono adeguatamente preparati
- Anche la *Casa di Riposo San Giuseppe* ritiene necessario promuovere degli interventi motivazionali per gli OSS della struttura, attraverso l'organizzazione di seminari sulla priorità dell'assistenza al paziente, della durata di uno o due giorni e da realizzare in collaborazione con le altre strutture socio-sanitarie del territorio
- *L'Istituto di riabilitazione "Angelo Custode"* mette in evidenza che il supporto psicologico per gli operatori della struttura, sottoposti a forti livelli di stress per ragioni che vanno dalla complessità del fabbisogno dei minori ospitati alla scarsa disponibilità delle risorse economiche e alla limitata recettività delle altre strutture sul territorio, pur essendo indispensabile non rientra negli interventi formativi ECM
- *L'AIOP* afferma che le organizzazioni sanitarie private (e in particolare le RSA) esprimono una domanda di ri-motivazione che riguarda soprattutto le figure non sanitarie, rispetto alla quale le diverse strutture hanno bisogno di acquisire tecniche e strumenti
- Anche i farmacisti che lavorano in condizioni pesanti e senza grandi prospettive di carriera hanno bisogno di interventi di carattere motivazionale, secondo *Farma.Li. – Azienda delle Farmacie di Livorno*

Bibliografia

Aceti T., Nardi S. (a cura di), *Osservatorio civico sul federalismo in sanità. Rapporto 2013*, Rubettino, 2014.

AIOP, *Ospedali e salute. Dodicesimo rapporto annuale 2014*, F. Angeli, 2015.

Angermannm A., Eichhorst W., *Who Cares for You at Home? Personal and Household Services in Europe*, IZA Policy Paper n. 71, Bonn, 2013.

Arlotti M., Catena L., Genova A., *La dimensione territoriale dell'integrazione. Non autosufficienze e politiche socio-sanitarie in Italia*, Carocci, Roma, 2015.

Bertin G., Cipolla C. (a cura di), *Verso differenti sistemi sanitari regionali*, Ed. Ca' Foscari, Venezia, 2013, in http://virgo.unive.it/ecf-workflow/upload_pdf/Politiche_2.pdf.

Camarlinghi R., D'Angella F., "La costruzione sociale della salute", in *Animazione Sociale*, dicembre 2014, pp. 21-31.

CEDEFOP, *Skills demand and supply forecasts*, 2012.

CENSIS, *Infermieri e nuova sanità: opportunità occupazionali e di upgrading. Le prestazioni infermieristiche nella domanda di assistenza sul territorio*, Roma, 2015.

Ciarini A., "Il Social Investment in tempi d'austerity. Limiti e potenzialità di una strategia di investimento nel welfare", in *Etica ed Economia*, 2 luglio 2015, in http://www.eticaeconomia.it/il-social-investment-in-tempi-dausterity-limiti-e-potenzialita-di-una-strategia-di-investimento-nel-welfare/.

Ciarini A., *Servizi alle persone e creazione di nuova occupazione. L'esperienza del CESU in Francia e le possibili riforme per l'Italia*, Fondazione EYU, Roma, 2015

EC, *An Action-Plan for the EU Health Workforce*, 18 April 2012, SWD(2012) 93 final.

EC, *Exploiting the employment potential od the personal and household services-PHS*, 18 April 2012, SWD(2012) 95 final.

EC, *Health and social services from an employment and economic perspective*, Quarterly review, Supplement, December 2014.

EC, *Recruitment and Retention of the Health Workforce in Europe*, Luxembourg, 2015.

EC, *Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for health professionals in the EU. Final Report*, Bruxelles, 2015, in http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/cpd_mapping_report_en.pdf.

EC, *The 2015 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*, in http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/ee3_en.htm.

EC/DG Health and Goods Safety, *E-Healt. Policy*, in http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/index_en.htm.

EPRS (European Parliamentary Research Service), *The silver economy. Opportunities from ageing*, Briefing (PE 565.872), July 2015.

EU Joint Action, *EU Joint Action on the Health Workforce Planning and Forecasting*, 2015.

EU, *Green Paper on the European Workforce for Health*, 2009, in http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=URISERV:sp0005&from=EN.

Eurofound, *Health and Social Services. Comprehensive sectoral analysis of emerging competences and economic activities in the European Union. Executive Summary*, 2009.

Eurofound, *Health and Social Services. Comprehensive sectoral analysis of emerging competences and economic activities in the European Union*, 2009.

Eurofound, *Investing in the Future of Jobs and Skills. Scenarios, implications and options in anticipation of future skills and knowledge needs. Sector Report, Health and Social Services*, 2009.

Eurofound, *More and better jobs in home-care services*, Dublin, 2013, in http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1353en.pdf.

Eurofound, *Restructuring the public sector*, ERM Annual Report 2014, Dublin, 2014.

Fondazione ISTUD, *Telemedicina e "doctor web": l'e-Health che rinnova la Sanità*, Project Work, 2013, in http://www.istud.it/up_media/pw_scienziati/telemedicina.pdf.

Fosti G. (a cura di), *Rilanciare il welfare locale. Ipotesi e strumenti: una prospettiva di management delle reti*, Egea, Milano, 2013.

HOPE, *Health Professionals in Europe: New Roles, New Skills. HOPE Exchange Programme*, Conferenza conclusiva, Lisbona, 14 e 15 giugno 2009.

ILO, *World Employment Social Outlook. The changing nature of jobs*, Geneve, 2015, in http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_368626.pdf.

Italia Lavoro, *Le prospettive di sviluppo dei white jobs in Italia. Servizi sanitari, sociali e alla persona: i settori economici con il potenziale di occupazione più elevato*, Roma, 2014.

Longo F.,Petracca F., *Il welfare sociale e socio-sanitario italiano: crisi di policy o crisi dei modelli d'impresa? Quali spazi di mercato inesplorati?*, CERGAS, Milano, 2013.

Maino F., Ferrera M. (a cura di), *Secondo Rapporto sul secondo welfare in Italia 2015*, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, Torino, 2015.

Ministero della Salute, *Patto per la Salute 2014 – 2016*, in http://www.regioni.it/newsletter/n-2539/del-16-07-2014/patto-della-salute-2014-2016-il-testo-12784/.

OECD, *Reviews of Health Care Quality: Italy 2014*, in http://www.oecd.org/italy/oecd-reviews-of-health-care-quality-italy-2014-9789264225428-en.htm.

Oliva D., *UPCaring – Qualificare il lavoro di cura*, 2014, in http://www.qualificare.info/home.php?id=705.

Pasquinelli G., *Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia*, IRS, Milano, 2015.

Pelissero G., *La realtà e le idée. 2012-2015 Tre anni di editoriali su AIOP Magazine*, Quaderni AIOP, Roma, 2015.

Pierucci P., *La trasformazione delle cure primarie nel Servizio Sanitario Italiano. Un'analisi di progetti ed esperienze di "Case della Salute" in Emilia Romagna. Tesi di Dottorato*, Università degli Studi di Ferrara, 2012.

Ridolfi L., *Le professioni sociali e sanitarie nelle loro differenze di ruolo: nuovi modelli e strumenti di integrazione professionale*, Paper, ESPANET Conference, "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa", Milano, 29 settembre – 1 ottobre 2011.

Rusmini G., Pasquinelli S., *Badare non basta. Attori, progetti, politiche*, Roma, Ediesse, 2013.

Simonazzi A., *Social investment for inclusive growth: A South European perspective*, Paper, INET Conference, Paris, 8-11 April 2015.

Spandonaro F. (a cura di), *11° Rapporto Sanità. L'Universalismo diseguale*, CREA Sanità, Roma, 2015.

Viale G., *Il mercato del lavoro nei servizi sanitari e sociali nell'attuale contesto economico*, Bollettino Adapt, 3 giugno 2015.

WHO, *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention*, 2010.

WHO, *Primary Health Care, now more than ever. The World Health Report*, 2008, in www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf..

WHO, *Task shifting to tackle health workers shortages*, WHO/HSS/2007.03, in http://www.who.int/healthsystems/task_shifting_booklet.pdf.

WHO, *World Report on Ageing and Health*, Geneva, 2015.