



POLITICHE **PIEMONTE**

IL GOVERNO DEL SISTEMA SANITARIO PIEMONTESE

38

INDICE

NUMERO CURATO DA GABRIELLA VIBERTI

- EDITORIALE
IL GOVERNO DEL SISTEMA SANITARIO PIEMONTESE: LE OPPORTUNITÀ CHE POSSONO
NASCERE DALLE DIFFICOLTÀ
DI GABRIELLA VIBERTI 3
- QUALI OBIETTIVI PER MIGLIORARE L'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL
SISTEMA SANITARIO?
DI MARIA MICHELA GIANINO 4
- LA RAZIONALIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PIEMONTESE:
UN COMPLESSO PROCESSO DI CAMBIAMENTO
DI RAGNAR GULLSTRAND, ILARIA PICONI, ODDONE DE SIEBERT, FRANCESCO
ENRICHENS 6
- LA GOVERNANCE DEI SERVIZI TERRITORIALI IN PIEMONTE ALLA
PROVA DEI FATTI
DI GABRIELLA VIBERTI E VITTORIO DEMICHELI 9
- IL CONTROLLO DELLA SPESA E DEL CONSUMO DEI FARMACI
DI STEFANIA BELLELLI, LOREDANO GIORNI, THOMAS SCHAEEL..... 12
- L'ANALISI DELLA SPESA SANITARIA IN UN'OTTICA DI GENERE
DI GIOVANNA BADALASSI E MARTINO GRANDE..... 16

EDITORIALE

Il governo del sistema sanitario piemontese: le opportunità che possono nascere dalle difficoltà

di Gabriella Viberti (IRES Piemonte)

In una nota dell'estate 2015 l'Assessore piemontese alla Sanità riassume le principali tappe dell'anno trascorso sul versante della programmazione sanitaria regionale. Sono tappe che si ritrovano facilmente come filo conduttore del presente Numero di Politiche Piemonte, dedicato alle Politiche Sanitarie e sono del tutto congruenti ai contenuti espressi.

Sicuramente l'avvio del processo di cambiamento del sistema sanitario piemontese è stato innescato alla fine del 2014, con la delibera di revisione della rete ospedaliera (pubblica e privata), che, in linea con i principi indicati dal Patto per la Salute 2014-2016, ha ridisegnato il ruolo dei Presidi ospedalieri, il numero e la distribuzione delle discipline ospedaliere e dei posti letto per acuzie e post-acuzie, secondo il fabbisogno e i bacini di utenza coerenti con le indicazioni del Regolamento nazionale. Tale atto ha permesso alla Regione Piemonte di vedere approvata, prima tra le Regioni in Piano di Rientro, la programmazione della nuova rete ospedaliera dal livello nazionale.

Il passaggio successivo e conseguente è rappresentato dall'approvazione, nel giugno 2015, dalla delibera di riordino della rete territoriale, che ha sviluppato le linee di indirizzo già indicate nel provvedimento di revisione della rete ospedaliera, concorrendo a completare il ridisegno complessivo della rete di offerta assistenziale.

In questo contesto sono stati intrapresi, nel corso dell'anno, in attuazione degli interventi previsti dai Programmi Operativi al Piano di Rientro 2013-2015, provvedimenti per il

governo e il riordino della spesa sanitaria: in particolare è stato avviato un processo di governo della spesa farmaceutica che, grazie ad azioni specifiche volte al contenimento della stessa - definizione dei tetti e monitoraggio della spesa, la formazione degli operatori del settore e verifica dell'appropriatezza prescrittiva - e all'efficienza dell'organizzazione distributiva, ha consentito di contenere l'aumento della spesa farmaceutica e di qualificarne la composizione.

Tutto il processo è stato supportato dall'individuazione e assegnazione, nell'agosto 2015, degli obiettivi per i Direttori Generali, che abbracciano le diverse variabili della gestione delle aziende, dall'assetto organizzativo (attraverso l'adeguamento della rete ospedaliera e la riqualificazione di quella territoriale) alle attività e processi da realizzare (come le indicazioni regionali per l'incremento delle donazioni), all'equilibrio economico finanziario.

I contributi del presente Numero della Rivista Politiche Piemonte affrontano i temi sopra descritti, fornendo, ove lo sviluppo di questi lo consenta, indicazioni e proposte.

A questi si aggiunge un articolo che riferisce di una ricerca in corso in Ires, ascrivibile al filone dell'aumento dell'equità e dell'appropriatezza del sistema sanitario, in una prospettiva "allargata": l'analisi della spesa sanitaria in un'ottica di genere.

Il messaggio che scaturisce da tutti i contributi che seguono è chiaro e di rilievo: le difficoltà possono trasformarsi in opportunità se ben governate, costituire il mezzo per l'abbandono di vecchie prassi, cause di sprechi e scarso coordinamento, e muovere verso il miglioramento dell'efficienza dell'intero sistema sanitario.

QUALI OBIETTIVI PER MIGLIORARE L'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SISTEMA SANITARIO?

di Maria Michela Gianino (Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche - Università di Torino)

Introduzione

Le aziende sanitarie, sono aziende e non imprese, e come tali non presentano gli stessi requisiti di quelle strutture produttive che vendono o erogano prodotti e servizi per il mercato. La differenza terminologica non è solo semantica ma è sostanziale. La conseguenza è che per qualsiasi impresa, data la sua natura di istituto economico, l'obiettivo di un reddito soddisfacente (dato dalla differenza ricavi-costi) ha sempre ricoperto una posizione preminente in virtù della consapevolezza che si tratta di un obiettivo di estrema sintesi capace di valutare contemporaneamente l'efficienza, cioè la capacità di acquisire ed impiegare risorse in modo economico in rapporto ai risultati attesi, e l'efficacia, cioè la capacità di soddisfare le esigenze di un cliente. L'efficienza viene economicamente misurata in termini di costi e l'efficacia in termini di ricavi. Le stesse conclusioni e argomentazioni non sono pienamente traslabili in ambito sanitario pubblico: infatti se l'efficienza è ancora misurabile in costi non è affermabile che l'efficacia sia misurabile in ricavi. La ragione risiede nel fatto che il cittadino non paga direttamente il prezzo della prestazione, e, quindi, non esprime la propria disponibilità a pagare per un servizio che ritiene soddisfare le proprie esigenze, ma è un utente cioè un fruitore di prestazioni pagate da un terzo soggetto, il sistema sanitario. La conseguenza è che il modello di controllo di gestione incentrato su obiettivi economici, denuncia tutti i suoi limiti in ambito sanitario con la conseguenza che si rende necessario allargare la rosa degli obiettivi e individuare parametri capaci di delineare con la massima completezza la responsabilità di ciascuna azienda sanitaria.

All'atto pratico l'individuazione degli obiettivi dovrebbe realizzarsi secondo un percorso che parte dall'osservazione che il sistema sanitario, e per esso le aziende sanitarie, ha l'obiettivo prioritario di salvaguardare e/o migliorare la salute dei cittadini. I primi obiettivi, in ordine di priorità, dovrebbero essere individuati ponendosi dal punto di vista dei cittadini e cercando di rispondere alla domanda quali sono gli *outcomes* da programmare? Il passo successivo si compie ponendosi dal punto di vista dell'azienda e ponendosi altri tre quesiti: quali processi ed attività devono essere realizzati per conseguire gli *outcomes*? quale assetto organizzativo permette di realizzare tali attività e processi? Quali competenze professionali e tecnologie necessitano per realizzare tali attività e processi?. Il processo si conclude osservando la gestione sotto un profilo economico e rispondendo alla domanda quali e quante risorse utilizzare per realizzare le attività e i processi tenendo conto del finanziamento disponibile?

Così come articolato il processo di individuazione degli obiettivi evidenzia uno stretto rapporto gerarchico e di causa - effetto gli uni rispetto agli altri dove le competenze, le tecnologie e l'assetto organizzativo sono necessarie per garantire processi ed attività efficienti e di qualità, i quali, a loro volta, sono la leva per assicurare gli obiettivi di efficacia. L'equilibrio economico è invece un vincolo da rispettare e, al tempo stesso, l'equilibrio di fondo della gestione che costituisce la premessa per poter raggiungere tutti gli altri obiettivi.

In merito alle valutazioni dei risultati del Servizio Sanitario Nazionale

Da qualche anno il Ministero della Salute ha condiviso, uno dei principi generali, già acquisito a livello internazionale, che deve guidare lo sviluppo delle politiche sanitarie nei singoli Paesi. Il principio riguarda la necessità, da parte dei sistemi sanitari, di dimostrare una buona performance, promuovere la trasparenza e rendere conto dei risultati raggiunti. Nell'ambito della relazione annuale dello stato sanitario del paese 2011-2013, il Ministero propone un quadro concettuale di valutazione della qualità dei servizi, indicando specificatamente che i criteri di valutazione, che non possono che diventare obiettivi per il sistema stesso, sono, in primis, l'accessibilità e fruibilità, l'appropriatezza dei processi assistenziali e gli esiti. Relativamente a tale ultimo criterio, i risultati del Piano nazionale esiti (PNE),

recentemente diffusi dall’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari, evidenziano come questi “possano essere utilizzati in modo appropriato ..., soprattutto nell’ambito di processi e programmi integrati di valutazione a livello regionale e locale. Le misure di PNE sono quindi strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell’efficacia e dell’equità nel SSN..”

Nel sistema sanitario italiano non mancano quindi le premesse per poter realizzare una gestione che si orienti al raggiungimento di obiettivi volti a migliorare e/o salvaguardare la salute dei cittadini. E nel nostro sistema sanitario non mancano neppure le spinte ad operare in linea con gli aspetti sopra trattati. L’art 4, ad esempio, della L. 08/11/2012 n° 189 (Conversione in legge, con modificazioni, del **decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158**, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute) recita testualmente che “«Al fine di assicurare una omogeneità nella valutazione dell’attività dei direttori generali, le regioni concordano, in sede di Conferenza delle regioni e delle province autonome, criteri e sistemi per valutare e verificare tale attività, sulla base di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all’efficienza, all’efficacia, alla sicurezza, all’ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, ...” palesando così la necessità di non focalizzare l’attenzione esclusivamente su alcuni parametri della gestione trascurandone altri.

Quello che ancora pare oggetto di miglioramento nel nostro sistema sanitario è, da un lato, l’effettivo utilizzo delle varie fonti di informazioni disponibili per assegnare ai Direttori Generali e ai Direttori nelle aziende sanitarie quella rosa di obiettivi che coinvolge tutte le variabili gestionali, dall’altro, lo sforzo di collocarle in una logica sequenziale di causa-effetto necessaria perché si espliciti il vero sistema di controllo di gestione.

Le valutazioni della Regione Piemonte

La DGR 12_2021 del 5 agosto 2015 della Regione Piemonte, con cui sono assegnati gli obiettivi gestionali ai Direttori Generali per l’anno 2015, coglie appieno lo spirito di individuare un ventaglio di obiettivi che abbracciano le diverse variabili della gestione delle aziende, dall’assetto organizzativo (attraverso l’adeguamento della rete ospedaliera e la riqualificazione di quella territoriale) alle attività e processi da realizzare (come le indicazioni regionali per l’incremento delle donazioni) all’equilibrio economico finanziario. Non mancano anche obiettivi volti a migliorare l’accessibilità e la fruibilità dei servizi e ne rappresenta un esempio il n. 6, assegnato alle Aziende ospedaliere, al fine di migliorare il rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri con codici di priorità A (max 30gg) e B (max 60gg) dei pazienti trattati in degenza ordinaria, per specifici interventi chirurgici elencati e relativi a campi di prioritario interesse (oncologico, cardiologico, ortopedico e polmonare). O ancora obiettivi volti a favorire *l’empowerment* dei cittadini, promuovendo un approccio partecipativo e l’umanizzazione delle strutture di ricovero, come prevede il n. 4 relativo alla valutazione partecipata del grado di umanizzazione nelle strutture di ricovero delle Aziende sanitarie regionali.

Tuttavia, se si volesse leggere la DGR 12_2021 con uno spirito critico ma, al tempo stesso, propositivo, il suggerimento che nasce spontaneo è di non dare per scontato gli obiettivi di efficacia del sistema sanitario regionale ma di individuare qualche parametro che renda sempre chiaro che gli obiettivi prioritari di un sistema sanitario pubblico sono di migliorare e/o salvaguardare lo stato di salute dei suoi cittadini. Il loro inserimento fra gli obiettivi dei Direttori Generali e, a cascata, dei Direttori di Struttura Complessa, non solo renderebbe il sistema di controllo di gestione più corretto ma aiuterebbe a farne comprendere la vera portata a tutti gli operatori delle aziende sanitarie che, troppo spesso, lo rifuggono perché lo considerano solo orientato al contenimento della spesa.

Il loro inserimento e la loro concatenazione in un rapporto di causa-effetto aiuterebbe altresì a far luce sul fatto che la Regione Piemonte ha operato, negli ultimi anni, all’interno di una cornice istituzionale che la vede impegnata nella realizzazione degli impegni previsti nel Programma Operativo 2013-2015, sviluppato per la prosecuzione del Piano di Rientro, e che, pur in tale contesto, il suo intendimento è di realizzare una sempre maggiore qualità del servizio a fronte di un più efficace e più efficiente utilizzo delle risorse.

LA RAZIONALIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PIEMONTESE: UN COMPLESSO PROCESSO DI CAMBIAMENTO

di Ragnar Gullstrand (IRES Piemonte), Ilenia Piconi (Consulente organizzativo in sanità), Oddone de Siebert (Consulente organizzativo in sanità), Francesco Enrichens (Agenas)

Introduzione

La relazione tra tempo, inteso come “momento per”, e cambiamento ha affascinato larga parte della letteratura organizzativa e non solo. L'evoluzione nel suo senso più ampio si realizza contemperando lunghi periodi di lento cambiamento incrementale segnati da brevi periodi di cambiamento rivoluzionario e discontinuo. In particolare come rileva Kotter (1995, 60) *“when the urgency rate is not pumped up enough, the transformation process cannot succeed”*, diversi ricercatori hanno infatti evidenziato come alcuni dei casi di maggiore successo in termini di cambiamento organizzativo siano legati a momenti di crisi del sistema economico e di governance. Lo stato di urgenza e di necessità consentono infatti, come sostenuto da Van de Ven (1993) di ridurre la resistenza al cambiamento trasformando un momento di crisi delle strategie e delle routine organizzative in opportunità potenziale. Tuttavia la gestione del cambiamento nella pubblica amministrazione assume una diversa connotazione rispetto a quanto avviene “normalmente” nel settore privato. In primo luogo la natura istituzionale della Pubblica Amministrazione l'ha sempre sottratta al confronto competitivo sul libero mercato anche se, a partire dagli anni '90, si è cercato di modificare tale paradigma introducendo forme organizzative che riuscissero a trovare un equilibrio tra la garanzia istituzionale verso la collettività e la necessità di un'efficienza competitiva.

In secondo luogo la Pubblica Amministrazione, per sua natura, vive di un paradigma di tipo “giuridico-formale” dove le organizzazioni sono concepite secondo una logica meccanicistica che vede nella *norma* il principio primo del loro funzionamento, agendo in questo modo unicamente sul sistema istituzionale senza incidere efficacemente sia sul livello organizzativo che su quello cognitivo (Butera, 2007). In altre parole, si ritiene che il cambiamento si realizzi sostanzialmente attraverso l'emanazione di atti formali senza un'azione costante di governo e di monitoraggio che supporti nel tempo il ri-allineamento dei processi e delle routine organizzative. Il settore sanitario, laddove come in Italia, si caratterizza marcatamente per la componente pubblica risponde, nonostante la caratterizzazione operativa del servizio offerto, per massima parte ai paradigmi sopra esposti. Oggi la difficile congiuntura economica e sociale che vede l'Italia, come gli altri Paesi, impegnata a rispondere alla crisi del sistema ha portato i governi a ricercare nuovi assetti per garantire la sostenibilità del sistema di welfare. In questo contesto, il Patto per la Salute 2014-2016 ha sviluppato le direttrici del cambiamento del sistema di offerta sanitaria, e non solo, che le Regioni dovranno seguire al fine di garantire un'uniforme erogazione dei servizi a fronte di una maggiore sostenibilità del sistema. Nel presente articolo si intende descrivere le azioni poste in essere dalla Regione Piemonte nell'ultimo anno, all'interno della revisione complessiva dell'impianto del Sistema Sanitario Regionale, con particolare riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ricordando che come scrive Vaccani “la reingegnerizzazione di una struttura organizzativa e delle procedure di lavoro e di convivenza che la caratterizzano, la loro messa in coerenza con il cambiamento voluto, rappresentano attività di medio periodo”.

L'evoluzione dell'assetto organizzativo del Sistema Sanitario Regionale del Piemonte

Volendo descrivere gli ultimi 25 anni a seguito della riforma di cui al D.Lgs. 502/92 e i relativi cambiamenti ed integrazioni, è possibile caratterizzare gli anni '90 come un periodo in cui la Regione Piemonte parte da una spesa minore rispetto a molte altre regioni (il periodo delle formiche). Il Piano Sanitario Regionale 97-99 (di seguito PSR) nel rappresentare in tabelle dedicate il fabbisogno di discipline a livello di singola azienda si è configurato come il punto di partenza per una revisione ed espansione della rete ospedaliera e una nuova distribuzione di discipline nei diversi presidi rivedendo l'assetto della rete ospedaliera regionale. Negli anni 2000, come effetto dell'espansione indicata dal PSR unita ad un governo del sistema decentrato sul territorio, il Piemonte ha visto un incremento della spesa che ha superato alla fine del decennio quanto previsto dal Fondo Sanitario Nazionale con un eccesso

tendenziale del circa 6-7%, richiedendo altre risorse della Regione per coprire il disavanzo. A seguito di un processo progressivo e costante di decentramento decisionale, che ha prodotto un assetto della rete ospedaliera, pubblica e privata, non conforme con le risorse economiche ad essa dedicate e non sempre caratterizzata da una distribuzione razionale delle strutture, la Regione è stata chiamata nel luglio 2010 ad entrare nel regime di Piano di Rientro. Il primo atto di razionalizzazione del sistema, il cosiddetto “*Addendum*” al Piano di Rientro e al Programma Attuativo della Regione del 2011 nonché il PSR 2012-2015, trova, però, non ancora pronti i principali attori che governano la sanità che, di conseguenza, si concentrano maggiormente sugli aspetti economici della razionalizzazione del sistema. Soltanto con il nuovo governo regionale a metà 2014 si affronta la parte strutturale della riforma con una serie di atti tra loro integrati che rivedono, con una visione sistemica, le principali componenti del Sistema Sanitario Regionale tra cui:

- DGR 1-600/2014 e DGR 1-924/2015 (La rete ospedaliera),
- DGR 38-812/2014 (Riparto risorse economiche),
- DGR 13-2022/2015 (Intese con gli erogatori privati),
- DGR 42-1921 /2015 (Linee guida per gli atti aziendali)
- DGR 12-2021/2015 (Obiettivi ai Direttori generali).

Risulta necessario prendere in considerazione l'insieme degli atti regionali per comprendere lo sforzo di cambiamento in atto a cui si deve aggiungere la nomina dei nuovi direttori generali nel mese di aprile 2015.

La riorganizzazione della rete ospedaliera come cardine del processo di cambiamento

L'avvio del processo di cambiamento del sistema è stato dato con la revisione della rete ospedaliera (pubblica e privata), che in linea con i nuovi principi indicati dal Patto per la Salute 2014-2016, ha ridisegnato, ripartendo da quanto già definito nell'*Addendum* e in coerenza con il PSR 2011-2015, il ruolo dei Presidi ospedalieri (modello Hub & Spoke¹), il numero e la distribuzione delle discipline ospedaliere, e dei posti letto per acuzie e post-acuzie, secondo fabbisogno e bacini di utenza (DGR 1-600/2014) in coerenza con l'intervenuto DM 70/2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”. Tale atto ha permesso alla Regione Piemonte di vedere approvata, prima tra le Regioni in Piano di Rientro, la programmazione della nuova rete ospedaliera dai Ministeri affiancanti in linea con le previsioni normative. In particolare la DGR 1-924/2015 ha inserito nell'allegato tecnico un crono programma biennale con i principali step operativi (azioni/tempi) del complessivo disegno di riorganizzazione con l'obiettivo di presentare, anche sotto l'aspetto giuridico-formale, l'intero processo di gestione del cambiamento in atto. Se il disegno della nuova rete è stato il punto di avvio del processo è stato necessario sviluppare tutta un'ulteriore serie di atti e interventi finalizzati a supportare la sua implementazione. Tra le due DGR relative alla rete ospedaliera è stato deliberato il sistema di riparto che secondo gli stessi principi distribuisce le risorse del Fondo sanitario regionale (FSR) per Azienda sanitaria secondo una nuova definizione del fabbisogno). Il passaggio successivo si è concretizzato con un attento processo di selezione che ha portato alla nomina di 16 nuovi Direttori Generali chiamati a governare nelle proprie Aziende ma in maniera sinergica il processo avviato. In seguito con la DGR 26-1653 del 29/6/2015 si è delineato l'assetto della rete territoriale, che ha sviluppato le linee di indirizzo già indicate nella DGR 1-600/2014, a completamento del ridisegno complessivo della rete di offerta assistenziale.

Avendo definito le macro componenti del sistema la Regione ha deliberato, in linea con il cronoprogramma succitato, le Linee Guida per gli Atti Aziendali affinché i nuovi manager delle Aziende potessero declinare in dettaglio il nuovo modello nelle proprie organizzazioni. Parallelamente, a seguito della serie di confronti con gli erogatori privati, in coerenza con i fabbisogni espressi, è stata delineata, attraverso la definizione del budget, la rete di offerta privata a completamento di quanto già

¹ Il modello prevede la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità in “centri di eccellenza” (hub) e l'organizzazione dell'invio a questi “hub” da parte dei centri periferici dei malati che superano la soglia di complessità degli interventi effettuabili a livello periferico.

programmato per la componente pubblica. Tutto il processo è supportato dall'individuazione degli obiettivi per i Direttori Generali che insistono principalmente sull'implementazione delle azioni previste dagli atti appena presentati prevedendo un monitoraggio trimestrale per misurare via via l'efficacia di quanto intrapreso e l'attivazione di eventuali correttivi ove si rilevassero eventuali scostamenti rispetto a quanto programmato. Infine, è in corso la definizione del fabbisogno numerico del personale ospedaliero, in particolare medici e personale di assistenza, per favorire una rapida conversione di risorse verso gli utilizzi prioritari della regione (Moirano e Gullstrand, 2015).

Conclusioni

Complici le necessità imposte dal Piano di Rientro, un sistema di governo centrale capace di sostenere le spinte, spesso idiosincratiche, che in un processo di cambiamento nascono dalle aspettative delle diverse parti interessate, ha permesso di costruire in una visione sistemica i presupposti organizzativi e culturali necessari per guidare un cambiamento di rotta e di avviare le prime azioni capaci di concretizzarlo.

In conclusione speriamo di aver evidenziato la complessità del processo del cambiamento in atto relativo alla rete ospedaliera, e più in generale dell'intero sistema regionale. Vorremmo concludere con un'altra citazione di Vaccani (2003): "per poter affermare che un cambiamento culturale di un'organizzazione di medio/grandi dimensioni è avvenuto con garanzia di difficile reversibilità culturale, occorrono azioni direzionali combinate e coerenti della durata di almeno tre o quattro anni." Ci aspettano quindi altri tre anni di duro lavoro prima che gli utenti del nostro sistema sanitario possano vedere pienamente realizzati i risultati degli sforzi del cammino intrapreso.

Bibliografia

- Butera F. 2007. Il Change Management Strutturale nella Pubblica Amministrazione. Studi Organizzativi, 1.
- Moirano F. e Gullstrand R. 2015. Gli standard di personale ospedaliero. Il Sole 24 Ore Sanità, n.38 anno XVIII: 8-9.
- Kotter J.P. 1995. Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. Harvard Business Review, 73 (2): 59-67.
- Van de Ven A.H. 1993. Managing the Process of Organizational Innovation. In Organizational Change and Redesign: Ideas and Insights for Improving Performance. Edito da Huber G.P. e Glick W.H. New York: Oxford University Press.
- Vaccani R. 2003. Economia e Management.6

LA GOVERNANCE DEI SERVIZI TERRITORIALI IN PIEMONTE ALLA PROVA DEI FATTI

di Gabriella Viberti (IRES Piemonte) e Vittorio Demicheli (Settore Sanitaria e Socio Sanitaria Territoriale, Direzione Sanità, Regione Piemonte)

Introduzione

L'invecchiamento della popolazione, con le modifiche epidemiologiche che porta con sé (il 30 % di italiani con patologie croniche – 18 milioni – consuma il 70 % delle risorse del Servizio sanitario nazionale), delinea nuovi scenari “dirompenti” per i servizi socio sanitari, che richiedono un’attenzione prevalente alla presa in carico e alla cura di pazienti cronici, fragili, non autosufficienti: si tratta di una sfida che il servizio sanitario nazionale deve essere in grado di cogliere, pena la sua sopravvivenza. E d'altronde le scienze manageriali ci insegnano che sono proprio le imprese che sanno ascoltare e intercettare per prime i bisogni dei consumatori, e puntano su innovazioni tecnologiche e cambiamenti di mercato “dirompenti”, quelle che hanno migliori possibilità (cfr. C. M. Christensen, R Bohmer e J Kenagy, 2000).

Il disegno dei servizi che questo scenario sottende è complesso e innovativo e passa attraverso lo sviluppo di setting assistenziali multi-professionali, nell'ambito delle Cure Primarie e in stretto collegamento con gli altri servizi delle Asl. In questo contesto si colloca la recente deliberazione approvata in Piemonte di riordino della rete territoriale (dgr n. 26-1653 del 29 giugno 2015 “ Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014-2016 e della dgr n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i”). Il provvedimento rappresenta uno snodo cruciale nell'evoluzione in corso dell'assetto organizzativo nella nostra regione, che ha consolidato negli anni una molteplicità di esperienze su questo versante: si citano ad esempio l'introduzione e lo sviluppo delle Cure domiciliari, fin dall'inizio degli anni '90, l'evoluzione e il recente riordino della residenzialità per anziani non autosufficienti, le sperimentazioni delle forme di integrazione evoluta nelle Cure Primarie (Gruppi di Cure Primarie, Case della Salute e Centri di Assistenza Primaria). Sono tre i principi guida a cui la delibera fa riferimento:

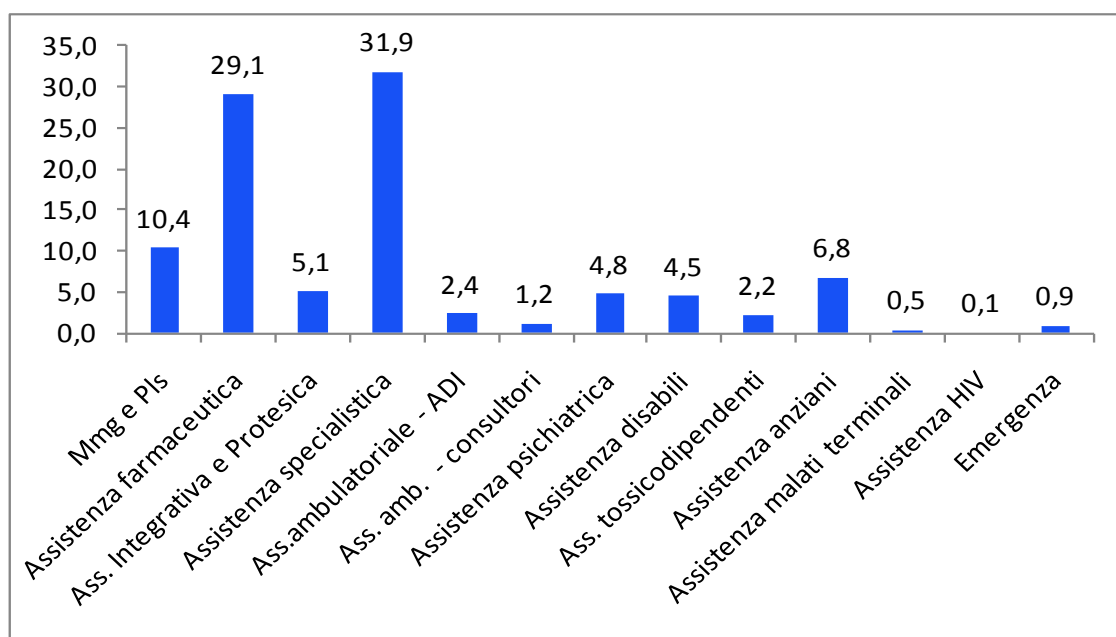
- riorganizzazione (dei percorsi dei pazienti e degli interventi)
- informazione e partecipazione (dei pazienti e delle famiglie ai processi di cura)
- integrazione (dei servizi sanitari e con i servizi sociali comunali e del terzo settore).

Una fotografia preliminare delle attività dei Servizi Territoriali nelle Asl piemontesi

In Piemonte la spesa per i servizi territoriali erogati nelle Asl ha visto aumentare la sua incidenza negli anni: oggi rappresenta il 55 % degli 8 miliardi e 300 milioni di euro spesi per beni e servizi sanitari, a fronte di un'indicazione normativa² che prevede un'incidenza di almeno il 51 %. Il 31,9 % della quota complessivamente spesa per i servizi territoriali è destinato all'assistenza specialistica, il 29,1 % all'assistenza farmaceutica e il 5,1 % all'assistenza integrativa, il 10,4 % alla Medicina generale e Pediatria di Libera Scelta e un restante 22,4 % alle attività socio sanitarie, rivolte a anziani, salute mentale, donne, disabili, dipendenze, minori e malati terminali. Agli anziani cronici non autosufficienti è destinata la percentuale più elevata di risorse, circa il 9 % della spesa territoriale (se si sommano le due voci Assistenza Anziani e ADI, prevalentemente destinata alla popolazione anziana).

² dlgs n. 68/11 “Determinazioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard del settore sanitario”

Figura 1 - Percentuale spesa per le diverse voci dell'Assistenza Territoriale delle Asl piemontesi - 2014



Le direttrici della riorganizzazione dei servizi territoriali delle Asl piemontesi

La risposta alla sfida della cronicità si concretizza dando “... qualità agli anni, ovvero ritardando l’insorgenza dei sintomi e controllandone l’evoluzione al fine di ritardare la medicalizzazione del presente e conseguentemente ottenere un processo virtuoso di ottimizzazione delle risorse...”, recita la delibera di riordino della rete territoriale recentemente approvata, snodando gli aspetti organizzativi di tale risposta lungo cinque direttrici.

La prima è riferita al modello organizzativo e al ruolo del Distretto, articolazione dell’Asl deputata a garantire l’erogazione dei Livelli Essenziali di assistenza sul proprio territorio mediante l’integrazione tra i diversi servizi sanitari e socio sanitari competenti e coinvolti.

La seconda direttrice riguarda il riordino delle forme organizzative dell’assistenza primaria, prevedendo l’evoluzione di forme associative sempre più integrate e multi-professionali (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta in stretto collegamento funzionale con i servizi specialistici, l’area infermieristica e l’area socio sanitaria), che garantiscano una presa in carico globale dei pazienti.

In terzo luogo viene affrontata la questione della rete dei servizi territoriali delle Asl, cui sono affidati compiti specifici per i quali è necessario mantenere una dimensione organizzativa aziendale: i Dipartimenti di Prevenzione, Materno Infantile, di Salute Mentale, Patologia delle dipendenze, i Servizi Farmaceutico Territoriale e di Sanità Penitenziaria.

La cruciale e irrisolta questione del raccordo dei servizi sanitari con i servizi dell’area dell’integrazione socio sanitaria è soltanto abbozzata in questo provvedimento, rimandando molte delle scelte opportune all’emanando “Patto per il Sociale”.

E, last but not least, l’ultima parte del provvedimento riguarda l’interazione tra Servizio di Continuità Assistenziale e il Sistema di Emergenza Urgenza; a questo proposito la delibera propone un modello finalizzato a garantire, nel pieno rispetto dei percorsi differenziati, l’interazione tra i Servizi della Continuità Assistenziale ex Guardia medica e del Sistema di Emergenza/Urgenza.

L’operatività delle indicazioni regionali sulla riorganizzazione dei servizi territoriali

Le cinque linee direttrici delineano una cornice di riferimento e una molteplicità di “piste di lavoro” in cui collocare le attività e i provvedimenti in itinere. L’attività dei prossimi anni sarà cadenzata seguendo le prescrizioni che vengono raccolte nello Schema sinottico che segue.

Tab. 1 - Linee direttrici e indicazioni di lavoro dalla dgr di riorganizzazione della rete territoriale

Linee direttrici	Indicazioni di lavoro
1. Il ruolo del Distretto	La riorganizzazione delle funzioni del Distretto prevede che questo svolga la propria attività di tutela della salute della popolazione attraverso: analisi dei bisogni, programmazione, organizzazione, negoziazione con le strutture. I Distretti avranno una dimensione non inferiore ai 70.000 abitanti e dovranno coincidere di preferenza con l'ambito degli Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali. Il Direttore di Distretto coordina le attività produttive e promuove l'integrazione tra le strutture territoriali. Il Distretto definisce il Programma delle Attività Territoriali Distrettuali, coerentemente con gli indirizzi della Programmazione Strategica aziendale e regionale.
2. Il riordino delle forme organizz. dell'Assistenza Primaria	Una volta condotta una ricognizione sulle forme organizzative dell'Assistenza Primaria esistenti in Piemonte il provvedimento definisce le nuove forme organizzative, - Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) - previste dalla normativa nazionale e le caratteristiche che queste dovranno avere: reti monoprofessionali le prime, cui spetta la tutela della popolazione di riferimento, e reti multi professionali le seconde, sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento.
3. I servizi territoriali dell'Asl	Il Provvedimento contiene linee di riordino per i Dipartimenti territoriali, che svolgono funzioni su linee progettuali specifiche di derivazione nazionale: Dipartimento di Prevenzione, che realizza il Piano Locale di Prevenzione; Dipartimento Materno Infantile, cui si chiede di potenziare e integrare le azioni in corso per far fronte alla domanda di promozione della salute/prevenzione e cura; Dipartimento Salute Mentale, che dovrà superare le criticità nell'Area residenzialità; Dipartimento Dipendenze, il cui sviluppo richiede di individuare uno standard di intervento regionale. Viene delineato il profilo che avrà l'Area della Continuità tra Ospedale e Territorio.
4. Raccordo con Socio Sanitario	La prima esigenza esplicitata è quella di far convergere, sul territorio, i due ambiti sanitario e socio-sanitario dei Distretti sanitari e degli Enti Gestori dei Servizi Socio Assistenziali, individuando modelli organizzativi adeguati
5. Contin. Assist. e Sistema Emergenza	Il provvedimento delinea gli strumenti idonei ad agevolare scambio di informazioni e interfaccia in tempo reale non solo tra reti sanitarie ma anche fra i cittadini e le reti, attraverso la definizione di un modello finalizzato a garantire, nel pieno rispetto dei percorsi differenziati, l'interazione tra i servizi della Continuità Assistenziale e del Sistema di Emergenza-Urgenza, attraverso la centralizzazione delle chiamate.

La bontà della recente delibera di riorganizzazione dei servizi territoriali sarà pertanto confermata dalla sua capacità di trasformare le prescrizioni raccolte nello Schema in azioni concrete e in risultati di salute. Sarà opportuno prevedere gli opportuni strumenti di valutazione delle realizzazioni di tali prescrizioni, monitorando in itinere il conseguimento dei vari step e dei risultati finali, con la regia regionale e la collaborazione di tutti gli attori del sistema socio sanitario coinvolti.

Bibliografia

- G. Clerico e R. Zanola (a cura di, 2014), *La Sanità in Piemonte, Immaginare il Futuro*, Giuffrè Editore, Milano, 2014
- Clayton M. Christensen, R. Bohmer and J. Kenag (2000), *Will Disruptive Innovation Cure Health Care*, in *Harvard Business Review*, September-October, 2000
- G. Viberti (2015), *La spesa sanitaria è sotto controllo: ma le differenze tra Asl richiedono attenzione*, in *InformaIres* n. 47, Torino

IL CONTROLLO DELLA SPESA E DEL CONSUMO DEI FARMACI

di Stefania Bellelli (IRES Piemonte), Loredano Giorni (Settore Assistenza Farmaceutica Integrativa e protesica, Direzione Sanità, Regione Piemonte), Thomas Schael (Azienda Sanitaria dell'Alto Adige)

Introduzione

La spesa farmaceutica è una componente importante della spesa sanitaria e incide per l'1,6% sul Prodotto Interno Lordo a prezzi nazionali. Nel 2014 la spesa farmaceutica nazionale totale è stata pari a 26,6 miliardi di Euro, di cui quasi il 75% rimborsato dal Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

Le diverse modalità di erogazione dei farmaci a carico del S.S.N. prevedono la loro dispensazione e utilizzazione in ambito **territoriale** attraverso le farmacie convenzionate distribuite sul territorio (**regime di dispensazione convenzionale**) oppure direttamente dalle strutture sanitarie (**distribuzione diretta, D.D.**) o, in alternativa, stante accordi specifici, per il tramite delle farmacie convenzionate (**distribuzione per conto, D.P.C.**). In ambito **ospedaliero** l'assistenza farmaceutica si riferisce elettivamente alla somministrazione di medicinali all'interno delle strutture sanitarie del S.S.N.

In Italia nel 2014 la spesa farmaceutica territoriale pubblica è risultata pari a 11.848 milioni di Euro (194,9 euro pro capite), in diminuzione (-0,2%) rispetto all'anno precedente, a fronte di un aumento della spesa dei farmaci in distribuzione diretta e per conto (+8,2%) e di una diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata netta (-3,0%). La spesa nazionale per i farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche ammonta a 9 miliardi di Euro (148,0 euro pro capite), in aumento (+4,8%) rispetto al 2013.

In questo contesto un governo efficiente della spesa farmaceutica risulta indispensabile per la *policy* sanitaria al fine di coniugare i bisogni assistenziali alle risorse finanziarie disponibili. A livello regionale la fissazione dei tetti della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera ed il monitoraggio del consumo e della spesa rappresentano i principali strumenti di governo, volti a garantire obiettivi di efficienza e di appropriatezza prescrittiva. Il tetto stabilito dal D.L. 95/2012, convertito nella legge 135/2012, per la spesa farmaceutica è del 14,85% della spesa sanitaria totale, di cui l'11,35% per la spesa territoriale e il 3,5% per la spesa ospedaliera.

Gli strumenti di governo adottati in Regione Piemonte: interventi e risultati

In Regione Piemonte le azioni intraprese nell'ambito degli interventi sulla spesa farmaceutica previsti dai Programmi Operativi di Rientro (P.O.R.) 2013-2015 (D.G.R. n.25-6992 del 30/12/2013) ai sensi della legge 135/2012 (c.d. *spending review*) riguardano principalmente l'assistenza farmaceutica ospedaliera (**intervento 17.1**), l'assistenza farmaceutica territoriale (**intervento 17.2**) e la distribuzione diretta e per conto dei farmaci (**intervento 9.6**)

Nell'ambito dell'**assistenza farmaceutica ospedaliera**, con D.G.R. n.53-7644 del 21/05/2014 è stato stabilito il tetto di spesa per l'anno 2014, comprensiva dei consumi ospedalieri e dell'erogazione diretta dei farmaci di tipo H, pari a € 390.006.844, con una riduzione complessiva del 4,2% rispetto all'anno 2013, in cui la spesa normalizzata era pari a € 407.257.504. Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali (AA.SS.RR) sono stati assegnati obiettivi specifici di riduzione della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera³, riconoscendo il raggiungimento degli stessi proporzionalmente al miglioramento della spesa farmaceutica ospedaliera nel 2014 tra il valore di partenza (anno 2013) e il target 2014 (valore obiettivo).

Al fine di verificare le azioni intraprese e i dati di spesa ospedaliera relativa ai consumi, nel corso del 2014 e del 2015 sono stati effettuati incontri con i Direttori Generali e con i responsabili dei Servizi Farmaceutici delle AA.SS.RR. a cadenza trimestrale. Inoltre è stato effettuato in modo sistematico il monitoraggio dei consumi e della spesa di alcuni medicinali di particolare impatto economico e/o con risvolti sociali importanti, quali le immunoglobuline per via endovenosa, i fattori di crescita granulocitari, i farmaci stimolanti l'eritropoiesi, i farmaci per la sclerosi multipla, gli antiretrovirali, i fattori di coagulazione, i nuovi anticoagulanti orali e le eparine. A fronte delle azioni intraprese nel 2014

³ Obiettivi n. 2.1 e n. 2.2., D.G.R. n.28-772 del 15/12/2014.

la spesa farmaceutica ospedaliera per giornata di degenza è stata pari a 70,18 Euro, con uno scostamento del 11,57% rispetto al programmato di 62,90 Euro.

Nell'ambito dell'**assistenza farmaceutica territoriale**, con D.G.R. n.17-7488 del 23/04/2014 è stato definito che la spesa farmaceutica territoriale per l'anno 2014, comprendente la spesa farmaceutica convenzionata, la spesa dei farmaci di classe A in distribuzione diretta e la distribuzione per conto, debba mantenersi nel limite di € 827.843.518, con una riduzione complessiva del 3,4% rispetto all'anno 2013. La stessa deliberazione stabiliva una spesa pro capite programmata per il 2014 di € 189,26, in diminuzione rispetto al 2013 in cui era pari a €195,84. Il tetto della spesa convenzionata è stato stabilito per il 2014 pari a € 637.795.645, con una riduzione prevista del 3,2% rispetto al 2013. È stato, altresì, previsto che le singole Aziende Sanitarie Locali (AA.SS.LL.) individuino un piano di azione sulla base dei consuntivi 2013 della spesa farmaceutica territoriale e le sue articolazioni sui tre canali distributivi (convenzionata, D.P.C. e D.D.) e sottoscrivano appositi accordi interaziendali, al fine di regolare le prescrizioni indotte, in fase di dimissione ospedaliera o a seguito di visita ambulatoriale, provenienti da medici dalle Aziende Ospedaliere.

L'intervento di razionalizzazione della spesa farmaceutica territoriale previsto dai P.O.R. vede la definizione specifica di percorsi per categorie di *farmaci "ad alto costo"*. Al fine di contenere la spesa di questi farmaci, sono stati individuati specifici obiettivi per le AA.SS.LL. per incrementare l'utilizzo del farmaco generico con prezzo di riferimento, in luogo di farmaci coperti da brevetto, a parità di efficacia terapeutica e di sicurezza. In particolare sono state date indicazioni sulla percentuale del numero di dosi di farmaci a brevetto scaduto con prezzo di riferimento da erogare rispetto al totale delle dosi prescritte per le statine, per gli antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina e per gli altri antidepressivi⁴. Il raggiungimento di tali obiettivi è stato oggetto di un monitoraggio trimestrale che ha condotto a un incremento delle dosi prescritte a brevetto scaduto con prezzo di riferimento nel 2014, soprattutto per le statine, con conseguente diminuzione della spesa. Per il gruppo di farmaci "ad alto costo" complessivamente nel 2014 si è registrata una minor spesa in convenzionata di circa 3,4 milioni di euro, a fronte di un generale aumento delle dosi prescritte (*defined daily dose* D.D.D) del 2,5%. Per i *farmaci a brevetto scaduto*, la Regione ha individuato alcuni gruppi terapeutici con maggiore impatto sulla spesa convenzionata, con riferimento ai quali ha stabilito, per le AA.SS.RR., specifici obiettivi per il 2014 di incremento delle dosi di farmaco a brevetto scaduto con prezzo di riferimento, rispetto al totale delle dosi prescritte, con conseguente contenimento della spesa rispetto al 2013. I gruppi monitorati sono stati ACE inibitori soli o associati con diuretici e sartani soli o associati con diuretici⁵. Complessivamente l'obiettivo è stato raggiunto, in quanto, considerando nell'insieme i quattro gruppi in questione, la percentuale delle D.D.D. prescritte nel 2014 con brevetto scaduto è risultato superiore al 91%, con un risparmio di circa 15 milioni di Euro di spesa convenzionata, a parità di dosi prescritte rispetto al 2013.

Gli obiettivi e i risultati raggiunti in termini di spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale sono mostrati in Tabella 1.

Tab. 1 Spesa farmaceutica per canale distributivo in Regione Piemonte (anni 2013, 2014)

Voci di spesa	Spesa anno 2013 (Euro)	Tetto di spesa previsto da D.G.R. (Euro)	Spesa anno 2014 (Euro)	Scostamento rispetto alla spesa 2013		Scostamento rispetto al tetto 2014	
				(Euro)	(%)	(Euro)	(%)
Spesa farmaceutica ospedaliera , di cui:	383.021.433	390.006.844	393.067.483	10.046.050	2,62%	3.060.639	0,78%
Consumo ospedaliero	243.061.611	223.534.063	233.346.508	-9.715.103	-4,00%	9.812.446	4,39%
D.D. fascia H	139.959.822	166.472.781	159.720.975	19.761.153	14,12%	-6.751.807	-4,06%

⁴ Statine (cod. ATC C10AA), antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina (cod. ATC N06AB) e altri antidepressivi (cod. ATC N06AX).

⁵ ACE inibitori soli o associati con diuretici (cod. ATC C09AA e C09BA) e sartani soli o associati con diuretici (cod. ATC C09CA e C09DA).

Spesa farmaceutica territoriale, di cui:	861.636.831	827.843.518	860.768.922	-867.909	-0,10%	32.925.404 ⁶	3,98%
Convenzionata	657.766.027	637.795.645	641.410.951	-16.355.076	-2,49%	3.615.306	0,57%
D.D. fascia A e D.P.C.	203.870.804	-	219.357.971	15.487.167	7,60%	-	-

Note: D.D. distribuzione diretta, D.P.C. distribuzione per conto.

Fonte: Piattaforma per l'Analisi Dati Decisionali Integrati della Sanità (PADDI), Regione Piemonte

Le modalità distributive diretta e per conto (**intervento 9.6**) sono oggetto di uno specifico intervento previsto dai P.O.R. 2013-2015. La **distribuzione per conto** dei farmaci in PHT (Prontuario ospedale-territorio) è stata avviata in Regione Piemonte nel 2009⁷ tramite le farmacie aperte al pubblico convenzionate con il S.S.N., ai sensi dell'art. 8 della L.405/2001. L'A.S.L. di Asti veniva individuata quale Azienda capofila per l'applicazione delle modalità distributive in D.P.C., procedendo all'acquisto centralizzato dei farmaci in PHT per tutte le altre AA.SS.LL.⁸ Tra le azioni di contenimento della spesa, sono stati ridefiniti per il biennio 2014-2015 gli oneri a favore delle farmacie convenzionate per il servizio di distribuzione pari a 5,50 euro, più IVA, a confezione⁹, riducendoli rispetto ai 6,00 euro, più IVA, stabiliti dalla precedente deliberazione e mantenendo le condizioni agevolate per le farmacie a basso fatturato. A seguito della riduzione dell'onorario sono stati risparmiati 3,5 milioni di Euro nel 2014 e altrettanti nel 2015, a fronte di 2,3 milioni di pezzi distribuiti annualmente in D.P.C., rispetto all'onorario in vigore nel 2012. Inoltre con D.G.R. n.26-6900 del 18/12/2013 si è stabilito che gli acquisti dei farmaci oggetto di modalità distributiva D.P.C. fossero effettuati sulla base del prezzo fissato dalla gara regionale, come previsto dagli obiettivi dei P.O.R e dalla L. 135/2012 di standardizzazione e centralizzazione degli acquisti e, conseguentemente, di razionalizzazione della spesa. Nel 2014¹⁰ la convenzione per la fornitura dei medicinali in PHT, oggetto di distribuzione in nome e per conto, è stata affidata alla Società di Committenza Regionale (S.C.R.). La gara è stata aggiudicata con provvedimento S.C.R. n. 41 dell'8 maggio 2015 e tale procedura centralizzata condurrà, oltre che a un contenimento dei costi di appalto, alla gestione uniforme di condizioni migliorative anche sotto il profilo dei prezzi applicabili e al monitoraggio centrale di eventuali inadempienze a livello dei fornitori. Recentemente con D.G.R. n. 16-2070 del 7 settembre 2015 sono state ridefinite le modalità distributive in riferimento ai presidi per incontinenza e ai presidi dell'assistenza integrativa per diabetici, che incidono maggiormente sulla spesa farmaceutica integrativa. La Regione Piemonte si propone di attuare in via sperimentale la distribuzione tramite canale D.P.C., a favore degli assistiti nei confronti dei quali sia stato attivato dagli specialisti diabetologi un piano di automonitoraggio glicemico, dei presidi per autodeterminazione della glicemia oggetto di gara CONSIP (lotto ad alta tecnologia, dove il prezzo delle strisce reattive è pari a € 0,20 e il prezzo delle lancette pungidito corrisponde a € 0,02), con riconoscimento del servizio al canale distributivo pari a € 0,105, più IVA, per ogni striscia e lancetta erogata, riducendo il prezzo precedentemente stabilito per cui la Regione riconosceva alle farmacie convenzionate le strisce al prezzo di € 0,46 più IVA e le lancette con il 20% di sconto sul prezzo pubblico.

Conclusioni

Il progressivo aumento della spesa farmaceutica, considerati i consumi dei medicinali per la cura dell'epatite C, la cui spesa regionale ammonta a circa 53 milioni di Euro per l'anno 2015 e dei farmaci oncoematologici, l'immissione in commercio di farmaci biosimilari, terapeuticamente equivalenti ed innovativi e la presenza di inappropriatezza prescrittiva, pone delle rilevanti implicazioni in termini di sanità pubblica e di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Gli interventi avviati nell'ambito dei

⁶ Si segnala che il dato di spesa relativo all'anno 2013 riportato in D.G.R. è stato sottostimato di circa 5 milioni di Euro a causa di successive integrazioni relative alla distribuzione diretta e quindi il reale disavanzo della spesa territoriale complessiva rispetto al tetto programmato per il 2014 risulta pari a circa 28 milioni di Euro.

⁷ D.G.R. n. 16-11775 del 20/07/2009, integrata con D.G.R. n.20-13298 del 15/02/2010

⁸ D.G.R. n. 45-12880 del 21/12/2009

⁹ D.G.R. n.26-6900 del 18/12/2013

¹⁰ D.G.R. n. 25-481 del 27/10/2014

Piani Operativi di Rientro e della *spending review*, tra cui la definizione dei tetti e il monitoraggio della spesa, anche attraverso il costante controllo dei flussi informativi regionali, la formazione degli operatori del settore e la verifica dell'appropriatezza prescrittiva, hanno consentito di contenere l'aumento della spesa farmaceutica, consolidando un processo di *governance* che si appresta ad affrontare nuove e complesse sfide.

Riferimenti Bibliografici Essenziali

AIFA (2015), L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto Nazionale Anno 2014.

D.G.R. n.53-7644 del 21/05/2014 "Spesa farmaceutica ospedaliera. Attuazione Programmi Operativi 2013-2015: Intervento 17.1 Razionalizzazione della spesa farmaceutica ospedaliera".

D.G.R. n.17-7488 del 23/04/2014 "Farmaceutica territoriale. Attuazione P.O. 2013-2015".

L'ANALISI DELLA SPESA SANITARIA IN UN'OTTICA DI GENERE

di Giovanna Badalassi (esperta di Bilancio di genere), Martino Grande (IRES Piemonte)

Introduzione

Gli italiani rappresentano una delle popolazioni nelle migliori condizioni di salute al mondo, sia in termini di longevità sia di qualità della vita. Fattori importanti per la salute quali il clima, l'alimentazione e la capacità di cura ci permettono di essere tra le nazioni più longeve: in Piemonte la speranza di vita alla nascita¹¹ è arrivata nel 2013 a 84,57 anni per le donne e a 79,73 anni per gli uomini¹².

Questa condizione, che può essere considerata un meritevole traguardo in termini di benessere, richiede però un impegno crescente da parte delle politiche sanitarie, messe a dura prova dalle inefficienze del sistema e dai bisogni di cura di una popolazione sempre più anziana. Occorre dunque spendere anche in questo campo un maggiore impegno nell'innovazione delle politiche e dei servizi, che vanno tarati tenendo conto delle differenze dei bisogni, a partire da quelle tra donne e uomini.

Essere capaci di vivere una vita sana in questo senso, significa infatti disporre di una serie di strumenti conoscitivi e relazionali che permettono di tutelare la propria salute in un continuum logico con la capacità di cura, che ne rappresenta una dimensione indispensabile e necessaria. La prospettiva di genere offre infatti un punto di vista allargato al concetto di "vita sana", in quanto le donne hanno un peso significativo nel sistema sanitario: le donne sono infatti le maggiori beneficiarie sia in misura diretta che indiretta delle politiche pubbliche per la sanità e l'assistenza sociosanitaria, ma anche le loro migliori alleate.

In termini di utenti dirette del sistema sanitario, le donne sono importanti fruitrici, sia per quanto riguarda i servizi sanitari per la maternità, la gravidanza e le patologie legate agli organi sessuali che per la cura e l'assistenza alle più anziane. Le donne, infatti, vivendo un numero di anni superiore a quello degli uomini in condizioni di cattiva salute, richiedono un'assistenza prolungata in termini socio-sanitari. Basti ricordare che in Piemonte il 75,4% degli ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari nel 2012 erano donne, e a livello nazionale più del 70% delle famiglie con almeno una persona con limitazioni funzionali non usufruisce di alcun tipo di assistenza domiciliare, né privata né pubblica. Il bisogno di cure da parte delle donne anziane è dunque di tipo soprattutto socio-assistenziale e socio-sanitario, mentre per gli uomini l'aspettativa di vita più corta si traduce in proporzione in un maggiore utilizzo e bisogno di strutture sanitarie ed ospedaliere.

Lo sguardo della medicina di genere

Un altro tema più specificatamente sanitario dedicato alle differenze tra donne e uomini è quello che riguarda la medicina di genere e gli studi indirizzati ad un approccio alla cura sempre più specialistico e personalizzato. Se alcune patologie legate agli organi della riproduzione sessuale, quali ad esempio i tumori alla prostata o al seno, sono palesemente sessuate, per le altre patologie gli studi stanno cominciando ad approfondire sempre di più le differenze, sia biologiche che di genere, derivanti dai diversi stili di vita. Si pensi ad esempio alla depressione che colpisce soprattutto le donne (75,86/10.000 donne residenti contro 34,15/10.000 uomini residenti), agli infarti, declinati in gran parte al maschile, ma anche più in generale alla composizione e ai dosaggi dei farmaci, sperimentati per il 70% solo sugli uomini e tarati nei dosaggi su uomini di corporatura media di 75 kg.

Dal punto di vista del genere e dei comportamenti sociali, si sa in generale che il tenore di vita, il livello di reddito e di istruzione sono variabili molto importanti nel definire la diversa capacità delle persone di proteggere la propria salute. Per le donne oltre a questi fattori vanno considerati in più anche altri elementi connessi alle diverse responsabilità familiari e sociali che si assumono. In una concezione estesa di cura occorre infatti ricordarsi che le donne, in qualità di principali *caregiver* nelle famiglie, rappresentano delle ottime alleate del sistema sanitario. Attività ancora oggi soprattutto femminili quali

¹¹ Fonte: Istat, 2013 Indicatori demografici - <http://www.istat.it/it/archivio/126878>

¹² Ove non diversamente indicato in nota, la fonte di riferimento per la "capacità di vivere una vita sana" è la Banca dati Istat "Health for All", Sistema informativo territoriale su sanità e salute Versione di giugno 2015. <http://www.istat.it/it/archivio/14562>

la scelta dell'alimentazione, l'accudimento, la prevenzione dei pericoli, rappresentano infatti dei determinanti fondamentali per il benessere, la prevenzione e la gestione della salute. Sono inoltre quasi sempre le donne nelle famiglie a svolgere una prima forma di *triage* nella valutazione della gravità dei sintomi, a somministrare le medicine, ad accompagnare i familiari a esami e visite specialistiche, a prestare assistenza nelle dimissioni post-ospedaliere.

Ricordarsi di questo aspetto è fondamentale non solo per ottenere un giusto riconoscimento sociale ma anche per tarare le politiche sanitarie e socio-sanitarie nel modo più efficace ed efficiente.

Se si osservano invece le differenze tra donne e uomini dal punto di vista dei comportamenti, emergono significative criticità maschili nella scarsa capacità di prendersi cura di sé: gli uomini sono infatti maggiormente soggetti a fenomeni di dipendenza sia da alcool che da droghe, fumo o cibo, sono meno propensi a svolgere azioni di prevenzione e adottano comportamenti maggiormente a rischio della propria salute.

Per una migliore tutela della salute di tutti, è quindi sempre più importante valorizzare l'approccio di genere nelle politiche pubbliche, considerando le differenti esigenze di cura delle donne e degli uomini e rendendo sempre più equilibrate e integrate le aree di intervento sanitarie con quella socio-assistenziali.

La capacità di vivere una vita sana in Piemonte

Se guardiamo più nello specifico gli indicatori di salute dei piemontesi, si trova conferma anche per questo territorio delle dinamiche di genere nell'ambito della salute appena evidenziate.

In generale i dati sulla salute dei piemontesi nel 2013 ci restituiscono una discreta situazione complessiva. In una auto-valutazione delle proprie condizioni di salute¹³, i piemontesi si sentono in buona o ottima salute nel 55,4% dei casi, ma gli uomini, che si sentono bene per il 61,3%, stanno meglio delle donne, le quali invece sono soddisfatte della propria salute solo per il 50%.

Le indagini Istat ci confermano ancora che solo il 5,1% tra gli over 14 piemontesi dichiara di trovarsi in un cattivo stato di salute, con un miglioramento rispetto al dato del 2000 (6,79%). Questo indicatore varia chiaramente in modo significativo con l'età e con il genere. Il tasso standard di persone in cattivo stato di salute è infatti del 4,3% per gli uomini e del 5,8% per le donne, e aumenta in modo significativo per le persone over 65: 16,9% per le donne e 12,9% per gli uomini. Le condizioni di salute delle donne sono dunque caratterizzate da una maggiore sofferenza fisica, dovuta non solo alla loro maggiore presenza tra gli anziani, ma anche da una maggiore predisposizione a patologie dolorose e croniche che, pur influenzandone la qualità della vita e un numero maggiore di anni attesi di disabilità, non appaiono però incidere sulle maggiori aspettative di vita.

In Piemonte il tasso di donne con almeno una malattia cronica grave era nel 2013 di 150,61/1.000 donne abitanti contro 143,56/1.000 degli uomini, mentre quello di donne con tre o più malattie croniche era di 171,96/1.000 per le donne e di 85,18/1.000 per gli uomini. Come logica conseguenza, in Piemonte il tasso di limitazioni funzionali per la popolazione con più di 6 anni nel 2013 è del 5,9% per le donne e del 3,2% per gli uomini.

Le differenze di genere tra donne e uomini nella condizione anziana si ritrovano ancora analizzando le cinque principali cause di mortalità. In Piemonte il tasso di mortalità standard per le malattie del sistema circolatorio è di 34,8/10.000 abitanti per gli uomini e di 24,7/10.000 per le donne. Anche i tumori colpiscono soprattutto gli uomini, 35/10.000 contro 19,7/10.000 donne. I disturbi circolatori dell'encefalo hanno un tasso di mortalità standard di 9,6/10.000 uomini e 8,5/10.000 donne, le ischemie del cuore di 11,8/10.000 per gli uomini e 5,7/10.000 per le donne. L'apparato respiratorio incide sul tasso di mortalità per 9,2/10.000 uomini e 4,5/10.000 donne. I tassi di mortalità standard riferibili a patologie legate agli organi sessuali restituiscono infine un indicatore di 3,2/10.000 donne decedute per i tumori al seno, mentre il tasso di mortalità maschile per il tumore alla prostata è di 2,7/10.000.

¹³ Fonte: Ires Piemonte, "Relazione Socio Economica e territoriale del Piemonte", "Indagine sul clima di opinione in Piemonte 2015" <http://www.regiotrend.piemonte.it/i-dati.html>

Alcune cause di mortalità sono poi direttamente riconducibili ad uno stile di vita a rischio e rappresentano dei chiari indicatori della scarsa cura di sé. In questi casi gli uomini sono presenti in misura prevalente, confermando quindi una dimensione critica nella capacità di proteggere la propria salute.

Il tasso di mortalità degli uomini per AIDS è infatti di 0,18/10.000 contro 0,04/10.000 delle donne, quello per incidenti con i mezzi di trasporto è di 1,22/10.000 uomini contro 0,27/10.000 donne, quello per suicidio o autolesione è di 1,31/10.000 uomini contro 0,43/10.000 donne, quello per traumatismo o avvelenamenti del 4,77/10.000 degli uomini contro 1,99/10.000 delle donne.

La minore attenzione degli uomini alla cura di sé, unita a stereotipi educativi e culturali legati ad una figura maschile forte e sfidante del destino produce dunque, oltre che tassi di mortalità superiori per comportamenti sociali a rischio, anche livelli di dipendenza superiori rispetto all'abuso di cibo, di alcool, di tabagismo e di sostanze tossicodipendenti.

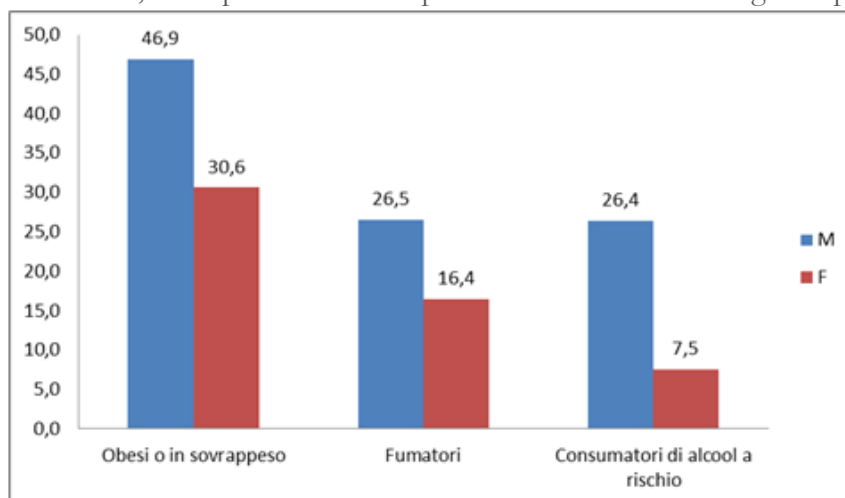
Un indicatore di dipendenza¹⁴ da cibo è rappresentato dal numero di persone obese o in sovrappeso. In Piemonte le persone in questa condizione sono per il 46,9% degli uomini (54,1% in Italia) e il 30,6% delle donne (34,6% in Italia). Escludendo le patologie estreme come la bulimia e l'anoressia, legate soprattutto alle personalità femminili, questo indicatore indica quindi un maggiore abuso da parte degli uomini del cibo, un comportamento che è stato riferito da numerosi studi ad una prospettiva di condizioni di salute peggiore e di maggiori rischi di determinate patologie cardiovascolari e tumorali.

Un indicatore che conferma invece il comportamento alimentare più virtuoso da parte delle donne, con dei positivi benefici per la loro salute, è quello che misura la percentuale di persone che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta o verdura: il 27,5% delle donne Piemontesi (20,2% in Italia) e il 24,7% degli uomini (15,9% in Italia).

Gli stereotipi comportamentali maschili sono poi ancora confermati per quanto riguarda il consumo di alcool: nel 2013 in Piemonte tra la popolazione maschile over 14 che manifestano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcool vi erano il 26,4% degli uomini (22% in Italia), contro solo il 7,5% delle donne over 14 (6,1% in Italia). Questo comportamento nocivo per la salute ha poi delle ripercussioni anche sui servizi sanitari e dunque su un diverso ricorso ad essi da parte di donne e uomini: nel 2013 il tasso standard di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici legati all'alcolismo è infatti di 3,27 ogni 10.000 uomini e di 1,27 ogni 10.000 donne, con un picco registrato nella fascia di età tra i 45 e i 54 anni: 7,49 per gli uomini e 2,92 per le donne.

Per quanto riguarda invece il tabagismo permane un elevato consumo tra gli uomini, per quanto sia una forma di dipendenza di progressiva diminuzione, ben più elevato rispetto a quello delle donne: nel 2013 tra gli over 14 si dichiarano infatti fumatori il 26,5% degli uomini e il 16,4% delle donne.

Figura 1 Regione Piemonte, i comportamenti di dipendenze alimentari e tabagismo per sesso 2013



¹⁴ Fonte: Istat, "Rapporto Bes 2014: Il benessere equo e sostenibile in Italia" Periodo di riferimento: 2014, Pubblicato il 26 giugno 2015 <http://www.istat.it/it/archivio/126613>

Fonte: ISTAT

Anche gli indicatori relativi alla dipendenza da droga e altre sostanze psicotrope ci restituiscono ancora una criticità declinata al maschile: nel 2008 gli utenti dei SERT erano uomini per l'81%: in termini assoluti 11.123 contro 2.557 donne, gli utenti delle strutture riabilitative erano uomini per l'80% (1.355 contro 328), mentre i decessi per dipendenza da droghe avevano riguardato ancora uomini per l'89,7%. Il tasso di dimissioni ospedaliere per disturbi psichici da abuso di droghe è stato inoltre nel 2013 di 1,28% per gli uomini e di 1,05% per le donne, con una particolare criticità nella fascia di età 24-44 anni, dove il tasso aumenta significativamente sia per gli uomini (2,19%) che per le donne (1,51%).

Un comportamento sociale maschile che ha ancora delle pesanti conseguenze sulla salute delle donne e dunque anche sul sistema sanitario è quello della violenza contro le donne. L'ultima indagine Istat del 2015 su questo tema ha confermato che anche in Piemonte il 31,5% delle donne tra i 16 e i 70 anni, circa 480.000 in termini assoluti, ha subito violenza fisica o sessuale nel corso della propria vita. Di queste il 13,3% ha subito violenza dal partner o dall'ex partner, il 26% da un non partner.

L'organizzazione del Sistema Sanitario in Piemonte

A seguito della modifica del Titolo V della Costituzione, art. 117, le Regioni hanno assunto un ruolo da protagoniste nella gestione della sanità, una competenza che non solo assorbe percentuali del bilancio regionale che superano spesso il 70%, ma che rappresenta un fattore assolutamente centrale per il benessere delle persone e un valore umano, personale e sociale che supera ogni altro aspetto.

Le differenze in termini di condizioni di salute di donne e uomini che sono stati presentati nell'analisi di contesto si traducono in spunti di riflessione dei quali le politiche regionali possono prendere atto e intervenire in modo specifico e adeguato non solo per meglio garantire il benessere di tutti/e, ma anche per migliorare l'efficienza del sistema e quindi dell'economicità complessiva.

Un aspetto di genere che va preso in debita considerazione dal punto di vista delle politiche sanitarie è la consapevolezza dell'impatto sulle *caregiver*. Negli ultimi anni è maturata infatti a livello politico una chiave di lettura molto favorevole alla prospettiva di genere, che non legge più in maniera separata le politiche sanitarie e quelle sociali ma cerca costantemente, attraverso continue modifiche normative, atti di programmazione e decisioni quotidiane, di indirizzare il sistema verso un sistema socio-sanitario integrato, che non ruoti più solo attorno ai servizi ospedalieri, ma li sappia inserire in un processo di cura ed assistenza senza barriere, ampliando i servizi verso la dimensione territoriale e domiciliare. Questo cambiamento è certamente favorevole alle donne *caregiver*, poiché affianca le politiche pubbliche a quella che è una reale dinamica familiare e sociale, che vede una costante sovrapposizione e vicinanza tra le capacità di prendersi cura tramite l'assistenza ad un figlio/a o un parente, e quella della cura tramite i servizi sanitari, che, pur con mezzi, competenze e tecnologie diverse, svolgono anch'essi la funzione fondamentale di produrre benessere attraverso la cura della salute.

Integrare le politiche sanitarie con quelle sociali significa quindi creare un continuum di cura della persona nel quale il *caregiver* familiare, quello eventualmente retribuito e quello pubblico più operano in sinergia e meglio riescono a rendere efficiente il sistema. A fronte del "risparmio" di risorse pubbliche concesso grazie ad un welfare familiare particolarmente produttivo grazie al lavoro non retribuito quasi sempre delle donne, molto spesso non si prende in considerazione il mancato guadagno, anche in termini di risorse pubbliche che deriva dalla mancata crescita professionale e sociale di tante donne *caregiver* il cui sacrificio non è solo privato ma, proiettato in una dimensione macroeconomica come somma di tanti individui, anche collettivo e quindi che interessa tutta la nostra società.

Queste dinamiche di genere, che interessano tutto il Paese, valgono anche per il Piemonte. Il sistema sanitario piemontese, dovendosi occupare a 360° della salute dei cittadini e delle cittadine durante tutto l'arco della vita, rappresenta un universo di grande complessità, per la varietà dei servizi che vengono erogati, la numerosità dei soggetti coinvolti, i numeri dell'assistenza, degli operatori sanitari, delle strutture e delle apparecchiature utilizzate.

Alcuni dati di sintesi¹⁵ ci aiutano a meglio comprendere la struttura e la dimensione del sistema sanitario piemontese.

In Piemonte nel 2012 erano attive 2.050 strutture di tipo sanitario e socio-sanitario delle quali 1.062 pubbliche e 988 private accreditate. Di queste, 75 erano di assistenza ospedaliera (37 pubbliche e 38 private), 470 di assistenza specialistica ambulatoriale, 978 di assistenza territoriale residenziale (215 pubbliche e 763 private) e 141 di assistenza semiresidenziale.

Dal punto di vista organizzativo, il Sistema sanitario regionale del Piemonte è articolato in 13 ASL per 58 distretti socio-sanitari attivati, con un totale di personale dedicato di 55.770 dipendenti. I medici generici sono in tutto 3.244, dei quali il 65,6% uomini, i medici pediatri sono invece 443, dei quali il 31,2% sono uomini e il 68,8% sono donne. I punti di guardia medica sono 140, con 424 medici titolari, che svolgono 13.886 visite ogni 100.000 abitanti. Nel 2012 sono state rilasciate 43 milioni di ricette. Le strutture di ricovero, tra pubbliche e accreditate, hanno messo a disposizione 15.928 posti letto, gli accessi al pronto soccorso della regione sono stati 1,5 milioni. Nel 2011 le degenze sono state circa 480 mila per 4,5 milioni di giornate di degenza.

L'analisi di genere della spesa sanitaria in Piemonte

Se è chiaro che il sistema sanitario piemontese, al pari di altre regioni, deve ritrovare certamente la propria sostenibilità finanziaria, è però altrettanto evidente che il percorso di razionalizzazione deve preservare al massimo la tutela della salute dei cittadini. E' dunque importante cercare di mettere in evidenza le differenze anche rispetto alla fruizione dei servizi sanitari da parte di donne e uomini, in modo da preservare e, se possibile, migliorare l'impatto delle politiche sanitarie nonostante i vincoli finanziari.

Per quanto riguarda una valutazione relativa alla spesa sanitaria, nelle sue ricadute di genere, la riclassificazione per macrolivelli di livelli essenziali di assistenza consente di analizzare circa la metà della spesa regionale riconducibile alla dimensione di genere.

Per i 4,5 miliardi di euro per i quali è stato possibile analizzare il dato diviso per genere, si può dunque osservare un sostanziale equilibrio complessivo nella distribuzione delle risorse: il 50,8% delle spese sono state destinate a donne, il 49,2% a uomini.

Figura 2 Regione Piemonte, spesa sanitaria per i macrolivelli di Livelli Essenziali di Assistenza 2014

	F	M	totale	% F	% M
spesa ricoveri	1.056.057.563	1.083.773.673	2.139.831.236	49,4	50,6
Spesa ricoveri in altre regioni	88.977.708	84.637.923	173.615.631	51,2	48,8
Spesa prestaz. pronto soccorso	65.923.896	63.304.207	129.228.103	51,0	49,0
spesa ambulatoriale	469.076.596	403.376.894	872.453.489	53,8	46,2
Spesa ambulatoriale in altre regioni	20.750.040	19.528.882	40.290.305	51,5	48,5
spesa per farmaceutica convenzionata	449.352.856	384.481.072	833.833.928	53,9	46,1
spesa per distribuzione diretta farmaci	140.226.350	180.187.246	320.413.596	43,8	56,2
totale	2.290.365.008	2.219.289.898	4.509.666.290	50,8	49,2

(valori in €)

Fonte: dati Sistema Informativo Sanitario Regionale – rielaborazioni IRES

¹⁵ Fonte: Ministero della Salute, “Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, Anno 2012” a cura della Direzione Generale della digitalizzazione del sistema informativo sanitario e della statistica, http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_9_0_1.jsp?lingua=italiano&categoria=Assistenza_sanitaria&menu=ministeroSalute&id=144

Andando ad indagare per i singoli macrolivelli, pur rimanendo sempre un equilibrio di spesa in generale tra donne e uomini, si può osservare una maggiore spesa ambulatoriale per le donne (53,8%), rispetto a quella per gli uomini (46,2%) e in quella della farmaceutica convenzionata (53,9% contro il 46,1% degli uomini). Richiamando le considerazioni svolte in merito alle maggiori aspettative di vita delle donne in condizioni di salute peggiori ancorché croniche e maggiormente legate ad una dimensione assistenziale domiciliare, si può trovare una logica coerenza con questi indicatori. Anche la maggiore spesa per gli uomini per la distribuzione diretta dei farmaci trova una spiegazione con i più elevati tassi di ospedalizzazione che li caratterizzano nelle età più avanzate.

** Un ringraziamento particolare per l'elaborazione dei dati e il confronto a Marco Varetto (AIZOON) e Marco Dalmaso (Servizio di Epidemiologia ASL TO3 Piemonte)*

POLITICHE PIEMONTE

Redatto in IRES Piemonte - Via Nizza, 18 - 10125 Torino

Comitato di Redazione:

Fiorenzo **Ferlaino** (Direttore editoriale), Alberto **Crescimanno** (Redattore responsabile), Maria Teresa **Avato**, Davide **Barella**, Tommaso **Garosci**, Carla **Nanni**, Daniela **Nepote***, Marco **Bagliani**, Francesca S. **Rota**.

** In aspettativa dal 1 gennaio 2015*

La Rete dei Corrispondenti:

Prof. **Francesco ADAMO**, Presidente Geoprogress, Università del Piemonte Orientale. - Prof. **Carlo Alberto BARBIERI**, vice-Presidente INU, Politecnico di Torino. - Dott. **Franco BECCHIS**, Presidente Fondazione per l'Ambiente Teobaldo Fenoglio. - Prof. **Giuseppe BERTA**, Università Bocconi di Milano. - Dott. **Enrico BERTACCHINI**, Centro Studi Silvia Santagata, Torino. - Dott. **Federico BOARIO**, esperto analisi sul commercio, Torino. - Dott. **Francesco BRIZIO**, Presidente Gruppo Torinese Trasporti - GTT. - Prof. **Giorgio BROSIO**, Presidente SIEP, Università di Torino. - Dott. **Marco CAMOLETTO**, Presidente, AMIAT Torino. - Prof. **Riccardo CAPPELLIN**, Presidente Associazione Italiana di Scienze Regionali. - Prof. **Alberto CASSONE**, POLIS, Università Piemonte Orientale. - Dott. **Marco CAVAGNOLI**, Responsabile Centro di Competenza Edilizia e Gestione del Territorio CSI-Piemonte. - Dott.ssa **Tiziana CIAMPOLINI**, Responsabile Osservatorio delle Povertà e delle Risorse, Caritas Torino. - Prof. **Sergio CONTI**, DITer, Università di Torino. - Prof. **Giuseppe COSTA**, Università di Torino, Centro di Documentazione per la Promozione della Salute DoRs. - Ing. **Sergio CRESCIMANNO**, già Segretario Generale del Consiglio Regionale del Piemonte. - Dott. **Roberto CULLINO**, Banca d'Italia, Sede di Torino. - Dott. **Luca DAL POZZOLO**, Presidente Fondazione Fitzcarraldo. - Prof. **Luca DAVICO**, Comitato Rota - Eau Vive. - Prof. **Antonio DE LILLO**, Università degli Studi di Milano Bicocca. - Prof. **Giuseppe DEMATTEIS**, Presidente Dislivelli, DITer, Politecnico di Torino. - Dott. **Livio DEZZANI**, Regione Piemonte, Direttore Programmazione strategica, Politiche territoriali. - Prof. **Cesare EMANUEL**, Pro-Rettore Università Piemonte Orientale. - Prof. **Roberto GAMBINO**, European Documentation Centre on Nature Park Planning, Politecnico di Torino. - Prof. **Massimo Umberto GIORDANI**, Fondazione Torino Wireless, Politecnico di Torino. - Arch. **Mauro GIUDICE**, Presidente Istituto Nazionale di Urbanistica del Piemonte. - Prof. **Francesca GOVERNA**, Professore associato confermato, Politecnico di Torino. - Arch. **Daniela GROGNARDI**, Urbanistica, Comune di Torino. - Prof. **Piero IGNAZI**, Dipartimento di Scienza Politica, Università di Bologna. - Prof. **Adriana LUCIANO**, Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università degli Studi di Torino. - Prof. **Maria Luisa BIANCO**, Presidente del Dipartimento di Ricerca Sociale del Piemonte Orientale. - Prof. **Roberto MAZZOLA**, Dipartimento di Scienze Giuridiche ed Economiche, Università del Piemonte Orientale. - Prof. **Alfredo MELA**, Direttore Appunti di Politiche Territoriali, DINSE, Politecnico di Torino. - Prof. **Manfredo MONTAGNANA**, Presidente Unione Culturale Franco Antonicelli. - Dott.ssa **Paola MORRIS**, CEI-Invest in Torino Piemonte Centro Estero per l'Internazionalizzazione. - Prof. **Angelo PICHIERRI**, Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università degli Studi di Torino. - Dott. sa **Pina NAPPI**, ARPA-Piemonte. - Prof. **Enzo RISSO**, Presidente IRES-Piemonte. - Dott. **Marco RIVA**, Fondazione Rosselli. - Prof. **Giuseppe RUSSO**, Founding Partner, Step Ricerche. - Prof. **Salvatore RIZZELLO**, Preside Facoltà di Giurisprudenza, Università del Piemonte Orientale. - Prof. **Riccardo ROSCELLI**, Presidente SITI, Politecnico di Torino. - Prof. **Nanni SALIO**, Presidente Centro Studi Sereno Regis. - Prof. **Mario SALOMONE**, Presidente Istituto per l'Ambiente e l'Educazione Scholé Futuro. - Prof. **Carlo SALONE**, DITer, Università di Torino. - Centro Studi Silvia Santagata, Torino. - Prof.ssa **Agata SPAZIANTE**, DITer, Politecnico di Torino. - Dott. **Roberto STROCCO**, Ufficio Studi e Statistiche dell'Unioncamere Piemonte. - Dott.ssa **Francesca TRACLO'**, Direttrice Fondazione Rosselli. - Prof. **Massimo Umberto GIORDANI**, Fondazione Torino Wireless, Politecnico di Torino. - Prof. **Giampaolo VITALI**, Ceris-Cnr. - Dott. **Mauro ZANGOLA**, Direttore Ufficio Studi della Confindustria di Torino.

25 novembre 2015

codice ISSN 2279-5030