

9 La trasformazione dell'attività a pagamento nelle grandi aziende ospedaliere

di Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech e Valeria Rappini¹

9.1 Introduzione

Il tema della pratica privata nel contesto degli ospedali pubblici è tanto diffusa quanto soggetta a critiche e dibattiti. Una ricognizione dell'OECD su 29 dei principali Paesi industrializzati segnalava la presenza del fenomeno in 18 di essi (OECD, 2012). Evidentemente, le criticità collegate alla pratica privata assumono una consistenza più rilevante laddove i medici abbiano un rapporto di lavoro dipendente con l'ospedale ed emerge, quindi, il problema di come assicurare la coesistenza di un sistema di vantaggi e convenienze individuali con il perseguimento delle finalità aziendali, nel caso specifico pubbliche. Se poi questo avviene in Paesi, come UK e Italia, nei quali la presenza di sistemi sanitari nazionali con forti connotati universalistici tende a separare nettamente il circuito del finanziamento pubblico da quello privato e gli ospedali pubblici, pur con diversi gradi di autonomia, sono strettamente integrati nel sistema, non sorprende che il dibattito si possa fare particolarmente aspro².

Recentemente un cardiologo inglese ha riaperto la questione in UK con un articolo (Dean, 2015) sul BMJ dal titolo: *Private practice is unethical—and doctors should give it up*. La tesi è che la pratica privata consentita ai medici del NHS può creare incentivi perversi all'allungamento delle liste di attesa, in modo che i pazienti si rivolgano al canale privato per saltare la coda. Ma la critica è ancora più radicale, nell'articolo si afferma, infatti, che tutto il *business* è sostanzialmente un trucco: i pazienti pensano che pagando ottengano una qualità migliore, come nel caso di uno *shampoo* con le vitamine, ma si tratta di una promessa su cui si può fare ben scarso affidamento. La soluzione non può che essere quella di bandire la pratica privata dagli ospedali pubblici, ovvero di creare una

¹ Il lavoro è frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, i §§ 9.1, 9.2.1 e 9.4 possono essere attribuiti a M. Del Vecchio; i §§ 9.2.2, 9.3.1, 9.3.2 a Lorenzo Fenech; il § 9.3.3 a Valeria Rappini.

² Per una comparazione Italia-UK si veda Domenighetti, Vineis, De Pietro e Tomada, 2010.

linea netta di divisione e di chiedere ai medici da quale parte del confine intendano collocarsi.

Se l'essenza delle obiezioni alla libera professione è così bene e vividamente riassunta, sono abbastanza note e comprensibili le contro-obiezioni. Il punto di partenza è la libertà di potere operare privatamente, connessa essenzialmente allo *status* di professionisti. Il patrimonio unico e personale di conoscenze di un professionista rende difficile la sua riconduzione ai vincoli tradizionali del lavoro dipendente (Lega, 2008) e, comunque, i livelli retributivi del professionista stesso dovrebbero essere costantemente allineati ai valori potenziali di mercato, cosa spesso non compatibile con le regole e lo stato delle finanze dei sistemi pubblici³. Esistono, quindi, buone ragioni per affrontare i rischi di un potenziale conflitto di interesse, ma esso – secondo molti e le rappresentanze dei professionisti *in primis* – può essere governato, sia contando su una etica e deontologia professionale più solida di quanto episodi singoli possano fare apparire, sia attraverso un intelligente sistema di regole ben applicato (BMA Ethics 2009, DH 2003)⁴.

Come si potrà notare i termini del dibattito non variano molto da quelli che hanno da sempre accompagnato la riflessione e gli interventi normativi sull'esercizio della libera professione nel SSN. Da una parte vi sono una serie di elementi a favore, tra i quali il diritto reclamato a un pieno e autonomo sfruttamento di un patrimonio professionale, considerato come largamente proprio, e l'assunzione che ciò non pregiudichi il contributo offerto e i risultati conseguiti dal professionista nella relazione principale che lo lega all'azienda. Dall'altra, vi sono perplessità e dubbi che ciò si realizzi effettivamente, insieme al sospetto che i potenziali spazi per la messa in atto di comportamenti opportunistici siano nella pratica più sfruttati di quanto formalmente registrato e, quindi,

³ Così, ad esempio, nel caso dell'Australia: «...public hospitals need to allow their senior medical staff to take in private patients if they are to attract and retain high quality medical specialists within the public hospital system. Allowing medical specialists to treat private patients in public hospitals enables them to supplement their public hospital income. Without such a scheme operating, it is argued that the public hospital system would miss out on the services of clinicians who would otherwise not work in the public system» (King 2013).

⁴ Assumendo il caso di un ospedale pubblico e di un classico rapporto di lavoro dipendente (salario fisso), si colloca il problema in una specifica posizione (estrema) rispetto a un *continuum* molto vasto. Infatti, le finalità degli ospedali, così come le loro formule giuridiche, possono essere molto varie, andando da ospedali pubblici tradizionali, passando da ospedali *non profit*, fino a ospedali *for profit*. I sistemi di retribuzione dei medici e la natura delle relazioni che li lega all'ospedale sono anch'essi molto vari. Possono andare da salari, sostanzialmente fissi, a salari con una larga parte legata ad *output* misurabili, fino a veri e propri *business* autonomi, caratterizzati da forme e gradi diversi di coordinamento con il funzionamento complessivo dell'ospedale. In questa prospettiva il tema della libera professione si può porre in tutti i contesti ed è quello di come la coesistenza di diversi sistemi di remunerazione (incentivi all'azione) possa (fino a che punto e a quali condizioni) garantire un soddisfacente allineamento tra gli obiettivi dell'azienda e quelli del professionista.

vengano periodicamente ridefiniti in senso restrittivo i quadri normativi che definiscono perimetri e possibilità per l'esercizio della libera professione (l'intelligente sistema di regole). In mezzo ci sono le aziende che dovrebbero (bene) applicare le regole, cercando di fare convivere le attese dei propri professionisti – e quelli a maggiore interesse specifico sono proprio quelli di rilievo per l'azienda – non solo con lo spirito e la lettera delle normative, ma anche con strategie (vantaggi perseguiti) e vincoli (umani e strutturali) di ogni specifica organizzazione.

In questa ampia cornice, la spinta a «verificare lo stato dell'arte» della libera professione in tre grandi aziende ospedaliere del nostro Paese deriva dalla necessità di verificare se alcuni cambiamenti che attraversando il sistema non stiano anche modificando, insieme alla operatività, priorità e problemi nella gestione della libera professione (De Pietro, 2002). Non si tratta dell'evoluzione normativa – pure importante se si guarda alla decisa accelerazione posta ad alcune questioni dal cosiddetto Decreto Balduzzi – quanto della stabilizzazione, da più di un quinquennio, delle risorse finanziarie disponibili per il SSN (si veda il capitolo 4 del presente Rapporto) e delle trasformazioni in atto nel vasto settore dei consumi privati (si veda il capitolo 6 del presente Rapporto). Per quanto riguarda la stretta finanziaria, essa rende sempre più preziosa ogni fonte di reperimento di risorse addizionali e potrebbe, quindi, spingere a considerare in una prospettiva diversa la libera professione e le attività a pagamento privato in genere. Sul secondo fronte ci sono da notare, da una parte, la pressione sui prezzi e sui ricavi nel mercato privato derivanti dalla crisi economica e dal diffondersi delle formule *low cost*⁵, dall'altra, il ruolo crescente (la crescente forza negoziale derivante dai soggetti rappresentati) delle imprese che operano nel settore delle assicurazioni sanitarie private (circa 10 milioni di individui assicurati e circa 4 miliardi di euro di fatturati specifici, cfr. capitolo 6 del presente rapporto) e in particolare dei *Third Party Administrator* (TPA) che intermediano tra assicurazioni/mutue e soggetti erogatori (De Pietro, 2015). Anche di tali cambiamenti dovrebbe essere possibile ritrovare traccia in quanto avviene a livello di azienda.

La scelta dei casi ha concentrato l'attenzione sulle aziende ospedaliere per un duplice motivo. Il primo è che la «monosettorialità» di tali aziende elimina un insieme di altri fattispecie di libera professione (ad esempio libera professione dei veterinari) che avrebbe potuto rendere il quadro di più complessa decifrazione. Il secondo è che in tale tipologia di aziende – e nelle tre selezionate in particolare – si concentrano professionalità spesso di richiamo e comunque sono presenti centri di eccellenza con elevati «potenziali di mercato». Si tratta di tre ospedali (Azienda Ospedaliera Niguarda – Ca' Granda di Milano, Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi di Firenze e Policlinico Gemelli di Roma) molto noti e

⁵ Per un approfondimento sul tema del *low cost* si rimanda al contributo di Del Vecchio e Rappini del Rapporto OASI 2011.

che rappresentano altrettanti punti di riferimento per i contesti metropolitani nei quali sono inseriti. L'inclusione di un ospedale privato accreditato che trae, come avviene per gli altri, la gran parte dei proventi da finanziamenti pubblici, consente di mostrare come alcuni meccanismi e problemi si ripropongano indipendentemente dalla natura istituzionale dell'ospedale. Per ciascun caso sono state condotte interviste ai vertici strategici e ai responsabili della libera professione.

Nel prosieguo del capitolo verrà, dapprima, brevemente introdotto il tema della libera professione nei suoi meccanismi di fondo e nella sua evoluzione normativa (§ 9.2). Saranno successivamente illustrati i tre casi (§ 9.3) e, infine, discusse le principali implicazioni (§ 9.4).

9.2 La libera professione nel SSN evoluzione e stato dell'arte

9.2.1 Un tema da sempre presente

Il tema della possibilità di autonomo esercizio delle attività professionali da parte di medici, in varia forma dipendenti da organizzazioni pubbliche, ha da sempre attraversato la storia della sanità nel nostro Paese. Già nel 1935 si stabiliva che il personale medico di un ente pubblico, di ruolo o non di ruolo, potesse essere iscritto all'albo professionale ed «esercitare la libera professione nei limiti delle esigenze della struttura nel quale il medico è incardinato e nel rispetto delle norme organiche» (R.D. 5 marzo 1935 n. 184, art. 7). È sufficiente, inoltre, ricordare come nel primo organico tentativo di strutturazione del nostro sistema ospedaliero la questione fosse ancora presente. Infatti, la cosiddetta Legge Mariotti, nel definire il tempo determinato come il regime ordinario di impiego, confermava la piena legittimazione dei medici all'esercizio autonomo della professione⁶.

La configurazione di fondo delle relazioni tra sistema sanitario e medici dipendenti è rimasta sostanzialmente immutata nei decenni successivi, nonostante le profonde trasformazioni prodotte dall'istituzione del SSN, prima, e dalla sua aziendalizzazione, poi. Il dibattito che accompagnava i marginali aggiustamenti richiesti dai riassetto istituzionali e dall'inserimento dei medici in un regime di piena dipendenza nell'ambito del pubblico impiego ha sempre ruotato, comunque, attorno alle medesime questioni: la retribuzione necessaria per remunerare un professionista esclusivamente dedicato alla attività istituzionale, la libertà come necessario correlato dello *status* di professionista iscritto a un

⁶ «[...] d) lo stato giuridico deve prevedere il tempo [definito con determinazione degli obblighi relativi, anche per i medici con funzioni di diagnosi e cura, [...], consentendo però, nelle ore libere l'esercizio professionale, anche nell'ambito dell'ospedale, entro limiti rigorosamente determinati e con previsione che una parte del compenso dovuto al sanitario [...] sia devoluta all'ente. L'amministrazione dell'ente può su richiesta del medico, consentire il tempo pieno» (L. 132/1968, art.43).

albo, l'eventuale esistenza e le condizioni necessarie per evitare conflitti di interesse e comportamenti opportunistici⁷.

La situazione cambia improvvisamente a partire dalla seconda metà degli anni novanta, quando la legge finanziaria per il 1997 sancisce la distinzione nella libera professione tra regime intramurario (*intramoenia*) ed extramurario (*extramoenia*), associando al primo una condizione di incompatibilità (Ardissone, 2009). Si tratta di un vero e proprio spartiacque rispetto al passato. A partire da quel momento, attraverso interventi successivi, culminati nel decreto legislativo 229/99 (Riforma Bindi), il sistema prova a ridisegnare, in termini più netti, i confini tra attività privata e pubblica col fine dichiarato di migliorare l'offerta pubblica attraverso una diminuzione delle liste di attesa, di valorizzare la professionalità dei medici e di offrire alle aziende pubbliche nuovi canali di finanziamento.

I pilastri su cui dovrebbe reggersi il sistema nel modello ipotizzato dalla riforma Bindi sono essenzialmente i seguenti:

- ▶ per chi avesse optato per il regime *intramoenia* una serie di rilevanti vantaggi retributivi, mancate penalizzazioni e indennità di esclusività e di carriera (posizioni di responsabilità di struttura precluse a chi avesse scelto il regime *extramoenia*);
- ▶ una attività libero professionale (*intramoenia*) svolta, non solo all'interno del perimetro fisico dell'azienda, ma posta sotto il controllo dell'azienda stessa al fine di mantenere un equilibrio con e senza danneggiare l'attività istituzionale (l'attività in libera professione delle *équipe* e degli individui non può superare quella istituzionale e comunque non deve comportare un aumento delle liste di attesa, sono previste verifiche periodiche e sanzioni in caso di inosservanza);
- ▶ un impegno dell'azienda a individuare e, nel caso, a predisporre spazi appositi e adeguati per l'esercizio della libera professione e, ove questi non fossero disponibili, il convenzionamento con strutture esterne e/o la possibilità di autorizzare l'esercizio dell'attività negli studi professionali privati (*intramoenia* allargata);
- ▶ una possibilità per l'azienda di vendere prestazioni all'esterno facendo partecipare i medici ai proventi in regime di libera professione, inclusa la possibilità per l'azienda di essere essa stessa a comprare le prestazioni al fine di diminuire le liste di attesa (cd. simil-ALPI).

⁷ In tal senso è da interpretare la previsione contenuta nella legge n. 412/1991 all'art. 4, comma 7, che recita: «Con il Servizio sanitario nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato [...]. L'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale è compatibile col rapporto unico d'impiego, purché espletato fuori dell'orario di lavoro all'interno delle strutture sanitarie o all'esterno delle stesse, con esclusione di strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale». Il conflitto che in questo caso si intende sancire è palese, essendo l'attività delle strutture convenzionate finanziata con risorse pubbliche.

Il modello di riferimento è, quindi, un medico «pubblico» pienamente integrato ed esclusivamente dedicato alla azienda, una azienda pubblica che è in grado di gestire servizi rivolti al mercato – attentamente controllati perché si integrino coerentemente con le attività istituzionali – al fine di produrre vantaggi addizionali non solo ai professionisti, ma anche all'azienda stessa. Per chi non vuole rinunciare ad esercitare in proprio e secondo le proprie convenienze una attività professionale, comunque non in conflitto con l'azienda datore di lavoro, è riservato un ruolo, sempre importante, ma meno centrale nella vita dell'organizzazione (regime di non esclusività).

In realtà nel decennio e più che passa per arrivare al cosiddetto Decreto Balduzzi e nell'alternarsi di governi di diverso orientamento e sensibilità diverse sul tema, il disegno non trova effettivo compimento, nonostante l'adesione quasi totalitaria (più del 90%, vedi § 9.9.2) dei medici al regime di esclusività⁸. Infatti, di due elementi fondamentali, uno viene immediatamente messo in discussione e l'altro stenta a trovare realizzazione. Il primo è relativo all'idea che ci debba essere una stabile distinzione tra chi opta per l'uno o l'altro regime e che solo ai medici in regime di esclusività possano essere affidate responsabilità gestionali (direzioni di struttura). Le resistenze sorgono immediatamente⁹ e trovano soddisfacimento nella legge 138/2004 la quale, pur mantenendo la distinzione tra regimi, concede che la scelta avvenga annualmente ed elimina la preclusione relativa all'affidamento della direzione di strutture (successivi interventi in senso contrario non riusciranno a ripristinare, comunque, integralmente il quadro restrittivo previsto dalla legge 229). Il secondo elemento è relativo alla questione degli «spazi adeguati e distinti» e della autorizzazione all'esercizio dell'*intra-moenia* in forma «allargata». Quest'ultima – soprattutto se concessa nello studio privato del professionista con gli ampi spazi aperti a comportamenti opportunistici e non in linea con i dettati normativi – avrebbe dovuto rappresentare una eccezione temporanea (fino alla realizzazione delle strutture) e, invece, diviene un fenomeno cronico, oggetto di sistematici ultimatum, regolarmente disattesi attraverso proroghe, ognuna delle quali avrebbe dovuto essere quella definitiva. Al fine di rendere possibile il rientro sono state, poi, costantemente destinate risorse affinché le aziende potessero predisporre all'interno dei propri perimetri i famosi spazi.

Nello stesso decennio e più rimane, però, inalterata la necessità di assicurare che l'intero sistema non produca esiti che confliggano con i fini istituzionali del SSN, se ancora nel 2010 la conferenza Stato Regioni avvertiva la necessità di

⁸ Bisogna comunque notare che per la consistente parte di medici che non svolgeva libera professione o la svolgeva in misura molto limitata, al vantaggio economico della scelta non corrispondeva alcuna reale contropartita.

⁹ Le resistenze trovano anche sponda nelle perplessità pubblicamente espresse dai due ministri della sanità, medici di chiara fama, che in successione occupano il ruolo precedentemente appannaggio dell'On. Bindi.

ribadire che Regioni e Aziende devono prevedere: a) la determinazione dei volumi di attività libero-professionale complessivamente erogabili, sia individuali che di equipe; b) la rilevazione oraria dell'attività svolta in regime libero-professionale distinta da quella istituzionale; c) il monitoraggio e il controllo dell'attività libero-professionale, in modo da garantire che il suo svolgimento non vada a detrimento dell'attività istituzionale; d) la definizione di modalità di verifica al fine di rilevare il volume di attività (ore di lavoro) dedicato all'attività istituzionale e all'attività libero-professionale, nonché l'insorgenza di conflitti di interessi o di forme di concorrenza sleale (Conferenza Stato Regioni, 18/11/2010).

L'ultimo intervento di rilievo è la legge 189/2012 (Decreto Balduzzi) il quale, di fronte alla ennesima necessità di proroga rispetto all'*intramoenia* allargata, in parte, riprende alcuni interventi «classici», quale la puntuale ricognizione entro una certa data degli spazi a disposizione dell'Alpi e delle attività erogate in relazione al loro equilibrio con l'attività istituzionale o la previsione di sanzioni dirette sul Direttore Generale (DG) in caso di non ottemperanza, in parte, sembra cambiare approccio. La novità consiste nel tentativo di rendere possibile un «allargamento» dei confini fisici dell'azienda attraverso l'acquisizione in proprietà o locazione di spazi da destinare alla attività libero professionale (così come a quella istituzionale). La possibilità di esercizio negli studi privati dei professionisti viene mantenuta, anche se in via espressamente residuale, ma deve essere assicurata una «integrazione in rete» con le procedure e i processi aziendali al fine di assicurare un più efficace controllo aziendale sulle attività, insieme a un pieno rispetto delle norme (tracciabilità e trasparenza), il tutto da finanziarsi attraverso un prelievo del 5% sugli onorari riconosciuti ai professionisti.

9.2.2 Una fotografia del fenomeno

La necessità di tenere monitorato l'insieme del fenomeno e in particolare lo «stato di avanzamento» sul superamento dell'*intramoenia* allargata ha prodotto nel 2008 la costituzione dell'Osservatorio Nazionale per l'attività libero professionale che rilascia annualmente un rapporto che «fotografa» la situazione a livello nazionale. La più recente relazione, rilasciata nel 2014, registra la situazione relativa al 2012 e viene qui presentato un breve richiamo ai dati principali.

I ricavi complessivi delle aziende del SSN per l'attività libero professionale ammontano nel 2012 a circa 1,2 miliardi (cfr. Tabella 9.1), su una spesa sanitaria pubblica pari per lo stesso anno a circa 114 miliardi. La dinamica dei ricavi mostra una inversione intorno al 2009-10, infatti, dopo una progressiva e continua crescita registrata fino all'anno 2009 (variazione 2006-2009 pari a +10%), i ricavi prima si stabilizzano e, poi, iniziano a decrescere, per circa 8 milioni tra il 2010 e il 2011 e per circa 28 milioni l'anno successivo. La variazione in dimi-

Tabella 9.1 Ricavi e Costi ALPI per Regione, anni 2008-2012 (valori in migliaia di euro).

REGIONI	2008			2009			2010			2011			2012		
	Ricavi	Costi	Saldo	Ricavi	Costi	Saldo	Ricavi	Costi	Saldo	Ricavi	Costi	Saldo	Ricavi	Costi	Saldo
PIEMONTE	128.500	111.200	17.300	127.981	111.463	16.518	126.673	110.814	15.859	126.603	109.183	17.420	124.878	106.673	19.205
VALLE D'AOSTA	4.175	3.558	617	3.461	3.157	304	3.543	2.996	547	4.155	3.591	564	3.310	3.044	266
LOMBARDIA	262.699	244.366	18.333	261.726	248.390	13.336	255.887	246.210	9.677	259.975	247.688	12.287	256.049	212.227	43.822
P.A. BOLZANO							1.024	718	306	1.607	1.168	439	1.720	1.214	506
P.A. TRENTO	9.753	7.957	1.796	10.041	8.496	1.545	10.309	8.763	1.546	9.983	8.325	1.658	9.691	8.090	1.601
VENETO	121.073	103.954	17.119	120.881	103.066	17.815	121.561	103.114	18.447	121.205	99.833	21.372	115.950	96.431	19.519
FRIULI.V.G.	28.979	25.538	3.441	30.472	25.004	5.468	29.903	24.617	5.286	29.979	24.922	5.057	28.075	23.898	4.177
LIGURIA	40.226	34.577	5.649	39.012	33.118	5.894	41.520	35.405	6.115	43.556	36.715	6.841	44.573	37.183	7.390
EMILIA R.	142.040	112.729	29.311	141.493	112.938	28.555	143.417	114.644	28.773	138.045	109.918	28.127	137.141	107.103	30.038
TOSCANA	127.065	96.439	30.626	132.296	100.600	31.696	128.350	98.584	29.766	126.080	93.229	32.851	117.620	85.003	32.617
UMBRIA	14.507	13.203	1.304	14.638	13.208	1.430	14.737	12.406	2.331	15.946	13.023	2.923	13.936	11.234	2.702
MARCHE	37.204	30.025	7.179	37.151	31.117	6.034	36.459	30.097	6.362	36.278	29.943	6.335	35.995	29.745	6.250
LAZIO	137.404	124.077	13.327	140.199	121.968	18.231	146.430	123.435	22.995	149.987	122.742	27.245	142.837	116.288	26.549
ABRUZZO	18.254	16.530	1.724	14.873	13.942	931	15.566	15.268	298	17.124	15.785	1.339	17.359	15.512	1.847
MOLISE	3.582	3.184	398	3.449	2.548	901	2.863	2.199	664	3.369	2.159	1.210	4.039	2.464	1.575
CAMPANIA	53.240	59.061	-5.821	54.833	51.490	3.343	54.323	51.908	2.415	49.967	48.135	1.832	52.793	47.045	5.748
PUGLIA	50.926	48.414	2.512	49.722	45.240	4.482	49.771	45.650	4.121	45.306	40.995	4.311	42.624	36.518	6.106
BASILICATA	4.075	4.202	-127	4.323	4.044	279	4.059	4.011	48	5.203	4.769	434	5.082	4.187	895
CALABRIA	9.201	7.650	1.551	9.736	7.782	1.954	10.853	8.422	2.431	9.055	9.274	-219	10.474	9.015	1.459
SICILIA	51.212	50.110	1.102	51.651	50.655	996	49.462	46.586	2.876	46.974	45.323	1.651	46.963	42.707	4.256
SARDEGNA	14.048	12.398	1.650	16.838	14.074	2.764	17.916	14.641	3.275	16.468	13.241	3.227	17.446	15.775	1.671
TOTALE	1.288.163	1.109.172	148.991	1.264.776	1.102.300	162.476	1.264.826	1.100.488	164.338	1.256.865	1.079.961	176.904	1.228.555	1.010.356	218.199

Nota 1: Le celle relative alla P.A. di Bolzano, per il periodo 2008-2009 sono vuote in quanto, prima del 2010, non si permetteva l'esercizio dell'ALPI, a fronte di stipendi più alti e orari di lavoro più lunghi che nelle altre regioni.

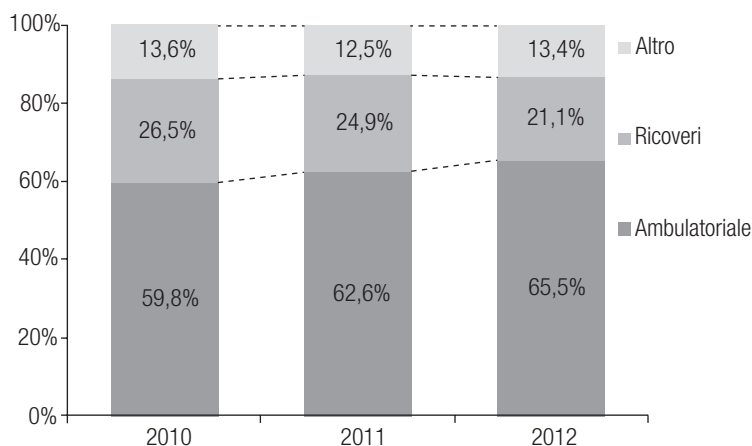
Nota 2: I costi si riferiscono alla quota di compartecipazione al personale.

Fonte: Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale.

nuzione tra il 2010 e il 2012 sfiora il 3%. Il calo è comunque accompagnato da una diminuzione più che proporzionale dei costi (espressi nell'indagine come compartecipazione retrocesse al personale), per cui il saldo aumenta da circa 149 milioni, nel 2010, a circa 218 milioni nel 2012. In termini percentuali sui ricavi (Tabella 9.2) si tratta del passaggio da un «margine» del 12% a un «margine» del 18%. La composizione dei ricavi nel triennio 2010 – 2012 è, invece, desumibile dalla Figura 9.1. Come si nota vi è un costante aumento della componente ambulatoriale che passa da circa il 60% dei fatturati a più del 65%, con la contestuale diminuzione della componente legata ai ricoveri (dal 26,5% al 21,1%).

Non rientra nello scopo del presente contributo una disamina approfondita della libera professione a livello macro, né è possibile discutere del significato da attribuire alle voci di conto economico su cui si basano le Tabelle 9.1 e 9.2. Tre osservazioni possono comunque essere proposte. La prima è che la dinamica dei ricavi, in discesa a partire dal 2010 è coerente con quanto avviene complessivamente nel mondo dei consumi privati, così come descritto nel Capitolo 6 del presente Rapporto. La seconda è che l'aumento dei margini, pur con le significative differenze tra le regioni è, plausibilmente, segno di una migliore capacità delle aziende di governare i fenomeni, almeno dal punto di vista economico. La terza è che, anche tenendo conto di una netta prevalenza delle attività ambulatoriali, a minor impegno sui costi di struttura, margini, ancorché vicini al 18%, non sembrano in grado di giustificare dal punto di vista strettamente economico l'attività. Se poi, alle attività in questione venissero associati, anche in parte, gli oneri che il SSN sopporta per le

Figura 9.1 **Composizione percentuale dei ricavi dell'ALPI per area.**



Fonte: Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale

Tabella 9.2 **Margini ALPI, anni 2008-2012 (% sui ricavi).**

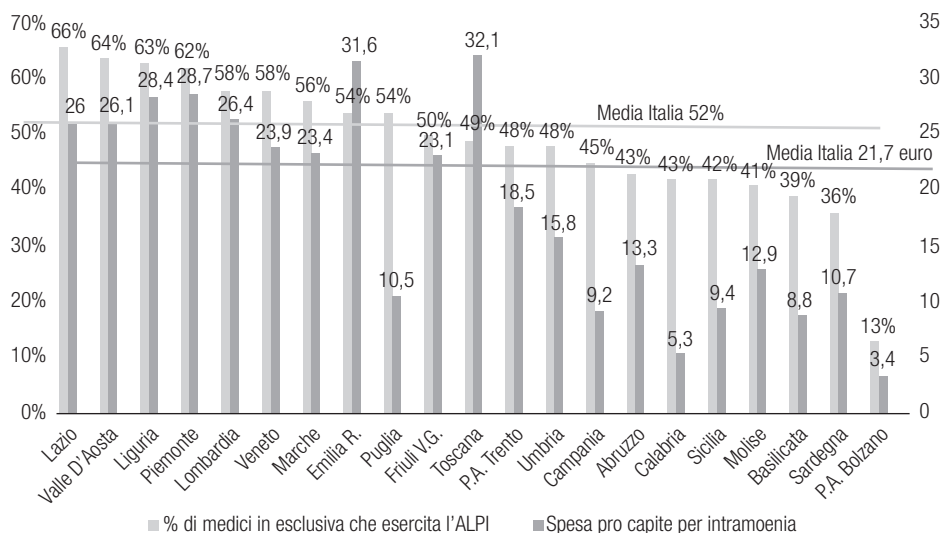
REGIONI	2008	2009	2010	2011	2012
PIEMONTE	13%	13%	13%	14%	15%
VALLE D'AOSTA	15%	9%	15%	14%	8%
LOMBARDIA	7%	5%	4%	5%	17%
P.A. BOLZANO			30%	27%	29%
P.A. TRENTO	18%	15%	15%	17%	17%
VENETO	14%	15%	15%	18%	17%
FRIULI V.G.	12%	18%	18%	17%	15%
LIGURIA	14%	15%	15%	16%	17%
EMILIA R.	21%	20%	20%	20%	22%
TOSCANA	24%	24%	23%	26%	28%
UMBRIA	9%	10%	16%	18%	19%
MARCHE	19%	16%	17%	17%	17%
LAZIO	10%	13%	16%	18%	19%
ABRUZZO	9%	6%	2%	8%	11%
MOLISE	11%	26%	23%	36%	39%
CAMPANIA	-11%	6%	4%	4%	11%
PUGLIA	5%	9%	8%	10%	14%
BASILICATA	-3%	6%	1%	8%	18%
CALABRIA	17%	20%	22%	-2%	14%
SICILIA	2%	2%	6%	4%	9%
SARDEGNA	12%	16%	18%	20%	10%
TOTALE	12%	13%	13%	14%	18%

Fonte: Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale

indennità di esclusività medica il risultato diventerebbe immediatamente negativo. Infatti le indennità di esclusività nel 2012 ammontano a circa 1,3 miliardi, poco più, quindi, dell'intero fatturato della libera professione nello stesso anno.

La Figura 9.2 mette a fuoco le grandi differenze che dividono tra loro le regioni italiane, mettendo in relazione il volume regionale dei fatturati con la popolazione residente. Se il dato nazionale sulla spesa pro capite si attesta intorno ai

Figura 9.2 **Spesa annuale pro capite regionale per intramoenia (2012).**



Fonte: Riadattamento da Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale.

20,7 euro, a livello regionale si registrano picchi in Toscana (32,1 euro) ed Emilia Romagna (31,6 euro) e valori decisamente più bassi per Calabria (5,3 euro) e Basilicata (8,8 euro). Come in tutti i settori di mercato, anche in questo caso i dati non possono che essere il risultato dell'interazione tra dinamiche di domanda e offerta. Da questo punto di vista, una parte della spiegazione dei dati relativi alle regioni meridionali deve essere sicuramente ricercata nell'effetto di reddito che produce livelli significativamente più bassi di spesa sanitaria privata in tali regioni (si veda capitolo 6 del presente Rapporto), ma le differenze nell'offerta giocano probabilmente un ruolo altrettanto significativo ed è a queste che bisogna rivolgere l'attenzione.

A livello nazionale, come già accennato la quasi totalità dei medici (94%) ha optato per il regime di esclusività, ma di questi non tutti esercitano la libera professione. La media complessiva, calcolata sull'insieme di coloro che hanno optato, è del 52%¹⁰. La retribuzione media per chi esercita è di circa 17.000 euro, con i medici di Basilicata, Sicilia, Campania, Molise e Sardegna, nettamente sotto tale valore. Le differenze regionali nelle percentuali di esercizio dell'Alpi sono molto marcate ed è evidente la presenza di un gradiente geografico (Figura 9.2). Lo stesso gradiente si manifesta nella tipologia di libera professione eser-

¹⁰ Il dato riflette l'estensione nell'esercizio della libera professione tra i professionisti. È noto, però, come vi sia una elevata concentrazione di attività libero professionale in pochi professionisti; il dato di chi effettua "regolarmente" attività libero professionale potrebbe pertanto essere inferiore rispetto alla media generale del 52%.

citata. Secondo le stime dell'Osservatorio Alpi, infatti, i dirigenti medici del SSN che esercitano esclusivamente in «allargata» sono circa un quarto (61% solo in ordinaria, 24% solo in allargata, il resto in entrambi), ma percentuali sopra la media si registrano in regioni quali: la Campania (66%), Calabria (49%), Basilicata (41%), Lazio e Abruzzo (40%).

Il quadro nazionale ci restituisce una fotografia di un fenomeno molto diversificato su base regionale, dove, soprattutto nelle regioni nelle quali il sistema pubblico mostra maggiori difficoltà nell'organizzare una risposta e nel governare il sistema, la coesistenza di una più elevata quota di attività esercitata in allargata e bassi livelli di fatturato alimentano percezioni e giudizi negativi sulla possibilità che tale modalità sia effettivamente compatibile con le finalità istituzionali.

9.3 I casi analizzati

9.3.1 AOU Careggi di Firenze

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze (AOUC) è una delle tre aziende ospedaliere universitarie della Regione Toscana, le quali, nel disegno regionale, rappresentano i perni fondamentali delle tre aree vaste in cui è diviso il territorio regionale¹¹. Si tratta di un grande ospedale di insegnamento che vede la presenza di tutte le specialità e di diversi professionisti che rappresentano altrettanti punti di riferimento a livello nazionale e internazionale. La capacità di attrazione dell'ospedale e dei suoi professionisti si riflette in un fatturato relativo alla libera professione che supera stabilmente i 30 milioni di euro su un bilancio di circa poco meno di 700 milioni. Come si vede dalla Tabella 9.3 i fatturati totali subiscono dal 2013 al 2014 una leggera contrazione, che diventa significativa se viene inquadrata in una tendenza di più lungo periodo. Rispetto al 2011 (33,5 milioni di euro), i fatturati perdono circa il 10% in valore sia a seguito di una contrazione del mercato sia a seguito di fattori contingenti.

Considerando le prestazioni (si veda Tabella 9.4), nel 2014 sono stati effettuati in ALPI 1.703 ricoveri, dei quali 298 (17,5%) in azienda, il resto nelle strutture convenzionate (*intramoenia* allargata), in leggero calo rispetto al 2013 in cui si erano realizzati complessivamente 1.948 ricoveri. La composizione tra strutture interne (16%) ed esterne (84%) è stabile nei due anni, così come la suddivisione tra RO e DH, che vede questi ultimi assommare a circa 1/3 dei ricoveri totali e concentrarsi per il 95% nelle strutture esterne. Le prestazioni ambulatoriali nel 2014 sono state circa 107.000, in aumento del 14% rispetto al 2013, con un decisivo aumento della percentuale di prestazioni erogate all'interno di Careggi,

¹¹ Si rimanda al capitolo 7 del presente Rapporto per un approfondimento sulla riforma di riordino.

Tabella 9.3 **Fatturato ALPI dell'AOU Careggi (valori in euro e in % del totale).**

	2013	2014
Fatturato ALPI Ricoveri	15.498.854	14.396.226
% su totale	50%	47%
Fatturato ALPI Ambulatorio	15.498.854	16.234.042
% su totale	50%	53%
TOTALE	30.997.707	30.630.268

Fonte: Informazioni fornite dall'azienda

passata dal 62% al 82%. Allo stesso incremento ha contribuito l'uso di un nomenclatore più dettagliato e una maggiore attenzione è stata posta *ex post* alla corretta rendicontazione di quanto effettivamente erogato.

Un tema che nel tempo ha particolarmente contrassegnato le politiche di Careggi nei confronti dell'ALPI è stato quello della concentrazione delle attività ambulatoriali, ma anche e soprattutto di ricovero, nei perimetri aziendali. A partire circa dal 2007¹² era stato avviato dall'azienda il percorso per il rientro in spazi aziendali di tutta l'attività LPI. Il processo era cominciato con la progressiva eliminazione degli ambulatori esterni individuali, o condivisi da pochi professionisti, per concentrare via via le attività su convenzioni con vere e proprie strutture sanitarie, in grado di essere un luogo di erogazione dei servizi sanitari, sia di ricovero che ambulatoriali, ma in grado, anche, di gestire tutti i processi amministrativi conseguenti. Dal 2010 veniva poi dedicato un ulteriore spazio dedicato alla LPI presso una specifica struttura dell'AOUC (il CTO). Tale struttura non risultava comunque sufficiente per ospitare tutti i professionisti attivi sul mercato, per cui una parte di essi continuava l'intensa azione sul piano delle strutture. Nonostante la pressione politica e normativa, la situazione all'inizio del 2014 non era ancora da considerarsi soddisfacente, con un 30% dei professionisti coinvolti nella libera professione ambulatoriale che la esercitavano prevalentemente al di fuori delle mura e con ben 167 professionisti autorizzati alla attività di ricovero in strutture esterne.

Il 2014 e 2015 hanno registrato uno sforzo decisivo dell'azienda sul tema al punto che a metà del 2015 la situazione vede tutti i professionisti autorizzati all'attività di ricovero «rientrati» in sedi di proprietà aziendale, mentre degli autorizzati all'attività ambulatoriale gli ultimi 9 medici in «allargata» sono in

¹² Nel 2007 cadeva uno degli «improrogabili» termini stabiliti a livello nazionale per la riconduzione dell'esercizio dell'attività libero professionale all'interno degli spazi aziendali e la Regione Toscana era, a sua volta e in conseguenza intervenuta con una delibera dai contenuti stringenti (DGRT 555/2007).

Tabella 9.4 **Volumi di attività ALPI dell'AOU Careggi, 2013-2014**
(dati in valore assoluto e in % del totale).

	2013			2014		
	RO	DH	TOT.	RO	DH	TOT.
RICOVERI						
ALPI entro le mura	272	31	303	270	28	298
<i>% su totale</i>	21%	5%	16%	24%	5%	17%
ALPI "allargata"	1.005	640	1645	877	528	1405
<i>% su totale</i>	79%	95%	84%	76%	95%	83%
Totale	1.277	671	1.948	1.147	556	1.703
AMBULATORIALE						
ALPI entro le mura			58.715			87.991
<i>% su totale</i>			62%			82%
ALPI "allargata"			35.469			19.182
<i>% su totale</i>			38%			18%
Totale			94.184			107.173

Fonte: Informazioni fornite dall'azienda

rientro entro settembre 2015, in quanto tale rientro era subordinato all'acquisto di tecnologie specifiche, recentemente acquisite. Non si è trattato di una operazione semplice, come dimostrano tutti gli anni di tentativi coronati da poco successo.

Una prima area di intervento ha fatto riferimento alla logistica, al fine di reperire gli spazi, in particolare quelli per l'attività di ricovero. L'azienda ha dedicato un apposito reparto ai ricoveri chirurgici e urologici oncologici in LPI in un padiglione di recente costruzione (S. Luca nuovo, 24 PL). Per gli altri ricoveri, quando per eventuali interventi o altre condizioni si rendono necessarie sale operatorie o risorse aziendali specifiche, viene, invece, utilizzata una stanza dedicata nei reparti istituzionali, da occuparsi per la sola durata del ricovero in LPI (es. chirurgia vascolare, cardiocirurgia, ginecologia, ortopedia), restituendola all'attività istituzionale quando non più necessaria. Le sale operatorie sono in condivisione con l'attività istituzionale e le sedute in LPI sono realizzate in giornate definite (S. Luca Nuovo) o in orari dedicati a seconda della domanda di ricovero in LPI (altri reparti). Come si vede la dimensione logistica non può essere risolta solo attraverso l'espansione fisica degli spazi, ma implica anche un lavoro di riassetto organizzativo e operativo, al fine di costruire le condizioni per un uso delle risorse comuni non lesivo delle attività istituzionali. Così la programmazione dell'attività di ricovero avviene settimanalmente e in modo

congiunto, sulla base della domanda di prestazioni istituzionali e di quelle in LPI – normalmente per le due settimane successive – cercando anche, come detto, di tenere separate le due tipologie di attività in sedute di sala operatoria differenti. Sempre dal punto di vista dell'organizzazione dei processi è stato ridefinito e potenziato il CUP dedicato al canale ambulatoriale privato (CUP e percorsi dei pazienti separati).

Sul piano della gestione, la piena internalizzazione dell'ALPI ha richiesto di affrontare due questioni principali, in parte collegate. La prima è stata la ridefinizione di un regolamento più puntuale e adeguato per il funzionamento delle attività e la ripartizione dei proventi. La contrattazione sindacale che ne ha preceduto l'adozione¹³ ha consentito – al di là di una non secondaria messa a fuoco degli aspetti tecnici e operativi – di rendere esplicita la volontà di portare a compimento l'intera operazione e di costruire le condizioni per il consenso dei più importanti attori coinvolti. La seconda è relativa alla effettuazione di analisi sui costi, insieme al rafforzamento dei meccanismi di loro monitoraggio, per assicurare la definizione e il periodico adeguamento di un sistema tariffario in grado di garantire il reintegro delle risorse impegnate dall'azienda nelle attività e il rispetto di tutte previsioni normative nazionali e regionali. Considerando l'ampia quota di costi comuni e la non sempre agevole separabilità delle attività e dei relativi costi, l'impegno metodologico e operativo richiesto alle strutture aziendali su questo terreno non è stato, e continua a non essere, irrilevante¹⁴.

Una terza area di rilevante impegno è stata rappresentata dagli accordi di convenzionamento diretto dell'azienda con il sistema assicurativo. La possibilità per i cittadini di accedere ai servizi erogati su base privata senza dover anticipare i costi e la possibilità che i grandi operatori del settore hanno di convogliare verso le strutture quote aggiuntive di domanda erano opportunità l'azienda non poteva far mancare ai propri professionisti. Bisogna inoltre considerare la potenziale diminuzione dei costi amministrativi connessa all'interlocazione standardizzata con uno o pochi grandi soggetti commerciali, rispetto all'interlocazione con una pluralità di singoli clienti.

L'azienda ha, quindi, pubblicato sul proprio sito web nei primi mesi del 2015 un avviso per la manifestazione di interesse da parte di soggetti specializzati nell'erogazione di servizi amministrativi e liquidativi nel settore dell'assistenza sanitaria integrativa (casce e fondi sanitari, compagnie di assicurazione, broker...), interes-

¹³ Il precedente regolamento era del 2002. L'accordo, frutto del lavoro di una commissione paritetica durato alcuni mesi, è dell'8 gennaio 2015, integrato da un ulteriore accordo sugli aspetti tecnici relativi alla rilevazione dei costi intervenuto nel mese successivo, è sfociato in una delibera di adozione in aprile, per trovare concreta adozione a partire della fine di giugno, dopo la completa sostituzione di una serie di atti negoziali sottoscritti sulla base delle precedenti regole.

¹⁴ Si pensi, per esempio, alle difficoltà connessa alla definizione dei costi di utilizzo delle sale operatorie, differenziate per tipologie, al fine di definire tariffe orarie adeguate.

sati a stipulare convenzioni con AOUC per la erogazione di prestazioni sanitarie per i propri associati. La società Previmedical ha risposto manifestando il proprio interesse e dando avvio ad un iter negoziale con AOUC, per la erogazione di servizi in regime di ricovero ai soggetti associati titolari di assistenza sanitaria integrativa. In questa prima fase la convenzione si è focalizzata sulla sola attività di ricovero, ordinario e diurno e non includendo, quindi, l'attività ambulatoriale. La convenzione regola il ricorso all'assistenza in regime diretto (il contraente corrisponde a AOUC esclusivamente i costi a suo carico e non rimborsabili da Previmedical, AOUC fattura direttamente a Previmedical il costo dell'evento) e indiretto (il contraente paga a AOUC l'intero secondo le tariffe della convenzione e otterrà il rimborso da Previmedical). La convenzione definisce un tariffario di riferimento, applicabile in entrambi i casi, che indica le tariffe di rimborso di tutte le prestazioni sanitarie ottenibili entro la convenzione, nonché l'elenco dei professionisti aderenti (la maggior parte dei medici attivi ha già aderito).

Se il processo che ha condotto alla stipula della convenzione non ha mostrato particolari criticità e se è ancora troppo presto per valutare eventuali problemi che dovessero sorgere nella concreta operatività¹⁵, due notazioni sono comunque possibili. La prima è che la potenziale semplificazione amministrativa insita nell'accordo, richiede comunque un investimento iniziale per l'acquisizione di competenze e la messa in opera di routine relative a transazioni caratterizzate a un certo grado formalizzazione, con una controparte in grado di esercitare un potere sicuramente maggiore rispetto a quello di un cliente singolo. La preventivazione, consuntivazione e fatturazione di un ricovero nei confronti di un soggetto assicurativo richiedono curve di apprendimento da parte del personale amministrativo e sanitario non semplici da percorrere, prima di arrivare a una sufficiente standardizzazione. La situazione diventa poi ancora più complessa se all'accordo esistente se ne aggiungeranno altri con soggetti differenti, generando così la necessità di gestire procedure e tariffari differenziati. La seconda è che – proprio nel momento in cui l'azienda rafforza la propria capacità di analizzare i costi al fine di costituire più solide basi per la determinazione dei prezzi, in un sistema che tradizionalmente vedeva come interlocutore, «debole» nella sua capacità contrattuale, il paziente – essa si ritrova a interloquire con uno o, in prospettiva, più soggetti dotati di indubbie capacità nel far valere il proprio punto di vista. Il mondo dei soggetti collettivi fa, infatti, ampio uso di tariffari ormai sufficientemente rigidi nelle loro strutture di fondo (nomenclatori e prezzi), con limitate opportunità per le aziende sanitarie di vedersi riconoscere le proprie specificità in termini di costi e/o di diversa capacità di attrazione dei professionisti. Il risultato – e Careggi non ha rappresentato una eccezione – è, in genere, una compressione significativa dei prezzi rispetto a quelli proposti dai professionisti e spesso accettati dalle aziende.

¹⁵ La delibera di recepimento dell'accordo è, infatti, dell'11 maggio 2015.

Una ultima osservazione riguarda il ruolo che l'ambiente esterno ha giocato nella complessa operazione di «rientro dei professionisti» a Careggi. La pressione politica e istituzionale per il rientro in una regione in cui le scelte e la retorica politica si sono sempre nettamente schierate sul versante pubblico è stata sicuramente intensa e, per alcuni tratti, decisiva. Lo stesso orientamento non ha aiutato quando si è trattato di mettere a disposizione unità di personale infermieristico per l'assistenza nella struttura dedicata, perché da alcune parti si è lamentato che così facendo si sarebbero sottratte risorse scarse e preziose all'attività istituzionale. Le relazioni con l'ambiente hanno richiesto, poi, una soluzione concordata agli esuberi di personale (alcune decine di unità) che il trasferimento a Careggi avrebbe creato nelle strutture precedentemente convenzionate per il ricovero.

9.3.2 Policlinico Gemelli di Roma

Il Gemelli è il Policlinico Universitario della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. La sua natura istituzionale è quella di una fondazione di natura privata *no profit*, accreditata con il servizio sanitario regionale. L'ospedale rappresenta un punto di riferimento per l'alta specialità a livello nazionale (quasi il 20% dei ricoveri viene da fuori regione), oltre a essere una componente fondamentale dell'assistenza ospedaliera erogata nella Regione Lazio, assorbendone più del 10% dei ricoveri. Con oltre 1.500 posti letto e una attività ambulatoriale complessiva a favore di non ricoverati che supera i 3 milioni di prestazioni ha realizzato ricavi per circa 600 milioni di euro, di cui oltre l'80% proviene da attività svolte a favore del SSR. L'attività rivolta al mercato supera i 44 milioni di euro e rappresenta circa il 7% delle entrate (Tabella 9.5).

Si tratta della percentuale più elevata tra le tre aziende qui considerate che – al di là di fattori legati, da una parte, alle specificità del mercato in cui opera, che verranno brevemente discusse nel § 9.4, e, dall'altra, alla attrattività dei professionisti – può trovare spiegazione anche in altri, specifici, fattori. In primo luogo la natura istituzionale privata ha presumibilmente prodotto una spinta maggiore verso la ricerca di ricavi addizionali. Infatti, le relazioni con il SSR passano, almeno formalmente, attraverso transazioni analoghe a quelle che avvengono sul mercato (pagamento a prestazione). Nonostante una cultura organizzativa relativamente omogenea rispetto a quella delle aziende sanitarie pubbliche, la stessa natura istituzionale produce, inoltre, condizioni normative e regolamentative sull'ALPI più flessibili. Bisogna, infine, sottolineare come per una serie di anni i costi del Policlinico Gemelli hanno sistematicamente ecceduto i ricavi ed è plausibile immaginare che la dinamica delle attività libero professionali sia collegata alla dinamica dei costi, quando in crescita, mentre una contrazione dei costi non produca effetti equivalenti sui fatturati in questione.

Tabella 9.5 **Fatturati attività a pagamento del Policlinico Gemelli, 2014**
(valori in milioni di euro e in % del totale).

	Totale		ALPI in "allargata"	Pagamento diretto	Intermediata	Pagamento diretto
	Milioni di euro	% totale di colonna	% totale di riga	Milioni di euro	Milioni di euro	% totale di riga
Fatturato ricoveri attività a pagamento	27,8	62,9%	10,0%	23,4	4,4	84,0%
Fatturato ambulatorio attività a pagamento	16,4	37,1%	61,0%	13,3	3,1	81,3%
Totale	44,2	100,0%		36,7	7,5	83,0%

Fonte: Informazioni fornite dall'azienda

Un aspetto particolare del Gemelli che la Tabella 9.5 mette in evidenza è il peso delle attività di ricovero sul totale delle attività rivolte al mercato. Infatti, i circa 28 milioni relativi ai ricoveri rappresentano quasi il 63% delle attività totali e tale percentuale potrebbe contribuire a spiegare gli elevati volumi di fatturato «privato» realizzato dall'ospedale. L'attività di ricovero a pagamento è quasi totalmente (90%) svolta all'interno della struttura, attraverso una dotazione dedicata di circa 45 posti letto all'ultimo piano dell'edificio, con un personale di assistenza che è il medesimo che opera nei reparti dedicati all'attività istituzionale. Tale scelta, che verrà rivalutata nella prospettiva di evoluzione della gestione dell'attività privata di cui si dirà più avanti, era anche basata su un esplicito intento di miglioramento e diffusione di standard comuni per tutte le aree di degenza.

A seguito della contrazione dei volumi di attività privata riscontrata nel 2013 e nel 2014, gran parte attribuibile, secondo l'azienda, alla crisi economica, la dotazione di posti letto dedicati alle attività in *intramoenia* si è ridotta, passando da 55 a 45 posti letto. Una delle reazioni alla crisi che il Gemelli ha messo in atto ha riguardato una strategia di ampliamento e rafforzamento del canale diretto con grandi fondi e assicurazioni (oggi circa il 20% dei ricoveri in *intramoenia* passa per tale canale), con la stipula di convenzioni e la definizione dei relativi tariffari. Questi ultimi hanno un comune riferimento in quello più diffuso (FASI) e si differenziano solo per un coefficiente definito in fase di contrattazione sulla base dei volumi di fatturato atteso. Il processo di rafforzamento del canale intermediato si è naturalmente confrontato con qualche resistenza iniziale dei professionisti che, a fronte di un atteso incremento di attività, hanno visto qualche contenimento delle tariffe per prestazione. Oltre all'effetto sui livelli medi dei compensi, il canale diretto può impattare anche sulle possibilità di differenziazione in relazione alla seniority dello specifico professionista

coinvolto; differenziazione delle tariffe che sul mercato individuale il Gemelli ha in parte ancorato alla carica e al ruolo del professionista in questione (professore ordinario, associato, direttore di dipartimento, primario, ecc.).

La parte ambulatoriale vale circa 16 milioni di euro, di cui indicativamente il 60% è effettuata in «allargata». Una buona parte di intramoenia ambulatoriale è quindi svolta all'esterno, in parte, in poliambulatori adiacenti la struttura che garantiscono una minimizzazione dei tempi di spostamento per i professionisti, in parte, in località anche distanti che diventano bacini di utenza privilegiati per i professionisti. Si tratta, comunque, spesso, di veri e propri *business* a parte che fanno perno anche su sistemi di accesso e prenotazione *ad hoc*. La configurazione attuale è solo in parte frutto di vincoli logistici negli spazi disponibili in ospedale e delle convenienze dei professionisti che, tra l'altro, in caso di «allargata» supportano direttamente maggiori costi ma accedono ad un più ampio bacino di utenza. L'azienda non vede con particolare sfavore un moderato sviluppo del sistema ambulatoriale esterno in quanto esso può rappresentare un «amplificatore e filtro» per l'attività di ricovero, considerata come l'area di maggiore interesse.

Negli ultimi anni il Policlinico Gemelli ha dovuto affrontare una pesante situazione di crisi a cui è seguito un processo di risanamento in via di conclusione. All'interno delle opzioni strategiche, che puntano ad orientarne lo sviluppo, un ruolo non secondario è affidato alle prospettive di crescita dell'attività privata, per le quali si prevede un incremento pari ad almeno il 50% nel triennio, insieme a un impulso alla redditività. Il perno su cui lo sviluppo dovrebbe ruotare è l'aggregazione di tutte le attività attorno a un *brand* riconoscibile, accompagnata da una più accentuata separazione organizzativa e operativa rispetto all'area istituzionale. In realtà l'idea che il pieno sviluppo delle attività a pagamento richiedesse una separazione stava già maturando, al punto che per un certo periodo era stata considerata l'ipotesi, poi abbandonata, di una separazione anche societaria. Il punto qui da sottolineare è che la separazione, soprattutto quella operativa (aree, percorsi e personale separati), viene vista come una condizione indispensabile, non solo per ragioni di mercato, ma anche per una difficilmente superabile difficoltà nel garantire standard di qualità sugli elementi *non core* sufficientemente differenziati sulle due linee.

Al conseguimento dei risultati previsti dovrebbero inoltre contribuire alcuni interventi in parte già avviati. Si tratta in primo luogo di un rafforzamento delle strutture di supporto e gestione attraverso un migliore integrazione degli uffici (spesso diversi e non solo al Gemelli) a vario titolo coinvolti nella gestione dell'attività privata. Vi è poi il progressivo spostamento da logiche e inquadramenti formali dell'attività legati alla libera professione a quelli più tipici della cosiddetta «solvenza aziendale». La questione è complessa e verrà in parte ripresa nel § 9.4. Oltre alla valenza strategica, sul piano strettamente economico, gli accordi con gli intermediari in corso di revisione mirano a ottenere un più

tangibile riconoscimento della qualità, con tariffe più favorevoli all'azienda stessa e con auspicati riflessi sulla redditività. Tale passaggio non è comunque semplice, anche in termini di valutazioni sulla convenienza aziendale o in termini di organizzazione. Per esempio, nel caso di un ricovero in libera professione l'ospedale riceve il 50% del corrispondente DRG dalla Regione che retrocede al cliente¹⁶, mentre tale quota non è prevista per la solvenza. Il prezzo di vendita, se non già predefinito da accordi, risulterebbe quindi più elevato, ma a parità di altre condizioni, non influirebbe sui ricavi totali, trattandosi di un trasferimento di oneri dalla Regione al paziente. D'altra parte, la quota eventualmente trasferita dalla Regione, incide su un budget prefissato, che potrebbe essere conveniente utilizzare per altri ricoveri. La complessità organizzativa che è necessario affrontare è bene rappresentata dalla riconduzione ai canali di prenotazione aziendali anche delle attività ambulatoriali esercitate in «allargata», condizione indispensabile per un effettivo governo aziendale. Già la gestione delle agende ambulatoriali per attività erogate «entro le mura» non è un esercizio semplice, ma esso diventa particolarmente complicato per attività erogate in remoto (in pratica si tratta del tema posto dal Decreto Balduzzi).

9.3.3 AO Niguarda Ca' Granda di Milano

L'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda è un grande ospedale pubblico a vocazione generalista sede di tutte le specialità cliniche e chirurgiche con oltre 4.000 operatori, di cui 750 medici e oltre 2.000 tra infermieri, tecnici sanitari e della riabilitazione e ostetriche, 70 strutture di ricovero e 200 ambulatori. Nell'ultimo decennio l'ospedale ha affrontato una complessa trasformazione strutturale, di ammodernamento tecnologico e organizzativo, che si è conclusa nel 2014 e ha condotto al superamento dei padiglioni del progetto originale per una moderna configurazione per aree a intensità di cura e l'integrazione delle più avanzate tecnologie (RMN, PET, Radiologia interventistica, chirurgia robotica, gamma knife, acceleratori lineari, ultrasuoni focalizzati, camere iperbariche). Durante questo periodo d'intenso cambiamento è stato intrapreso un percorso d'inquadramento e progressiva razionalizzazione dell'attività a pagamento.

L'intento dell'allora direttore generale era quello di organizzare e, allo stesso tempo, differenziare l'attività libero professionale in una prospettiva di valorizzazione delle risorse umane anche attraverso la "commercializzazione" dei servizi dell'azienda (Stocco, 2013). L'aspirazione, per uno dei maggiori ospedali pubblici di riferimento di Milano, era di un sostanziale incremento della produ-

¹⁶ La tariffa per i pazienti è, infatti, costruita sul valore del DRG cui vengono sommati: i costi della degenza (camera), gli onorari dei medici, i servizi accessori (10% degli onorari medici), i diritti amministrativi (30% degli onorari medici). Al totale viene sottratto il 50% del DRG in quanto rimborsato dalla Regione.

zione di “Area Privata” considerata remunerativa per l’azienda “non intaccando il bilancio regionale e gli stringenti vincoli di budget”. La situazione si presentava al tempo abbastanza complessa sia per le pressioni esterne, con numerosi competitor (pubblici e privati) e dinamiche di mercato molto aggressive, sia per la varietà di circostanze e modalità di erogazione dei servizi ancora da regolamentare. Si trattava, innanzitutto, di adeguare l’attività in libera professione alle più recenti normative regionali e nazionali e quindi creare le condizioni per:

- ▶ garantire ai professionisti l’esercizio del diritto alla libera professione senza pregiudicare l’attività istituzionale;
- ▶ salvaguardare il rapporto fiduciario medico-paziente limitando i possibili fenomeni di opportunismo;
- ▶ competere più efficacemente nel mercato della sanità privata offrendo agli utenti una percepibile differenziazione e un maggior valore (nelle componenti *non core*) rispetto alla linea istituzionale di erogazione dei servizi.

La ricognizione e l’analisi dei percorsi produttivi (ambulatoriali e ospedalieri) sono state tra le prime azioni intraprese dall’azienda, finalizzate alla scelta delle prestazioni da inserire nel cosiddetto “listino solvenza”, alla valutazione delle potenzialità produttive delle singole unità operative coinvolte e alla programmazione dei flussi produttivi. A seguire è stata condotta un’analisi dei costi di produzione per le singole linee prestazionali (comprehensive di ammortamenti, costo del personale e dei “consumabili”). Ciò ha permesso di determinare per l’offerta ambulatoriale un margine minimo e massimo da confrontare con i prezzi di mercato e identificare “più razionali criteri e linee guida comuni per la definizione delle tariffe aziendali”.

È stata quindi istituita l’area solvenza aziendale che nel vigente regolamento della “libera professione intramoenia e della solvenza aziendale” risalente al 2011 è definita, coerentemente alla normativa, come “l’attività ambulatoriale e di ricovero a pagamento, chiesta dall’utente e/o da strutture sanitarie, enti assicurativi e mutue, senza la scelta del professionista”.

L’attuale formula di gestione di Area Privata considera pertanto, sia per l’attività ambulatoriale sia di ricovero, due diverse fattispecie:

- ▶ la libera professione (ALPI), caratterizzata dalla scelta diretta da parte dell’utente del singolo professionista del ruolo sanitario (o nei confronti di equipe mediche e/o sanitarie) svolta nell’ambito delle strutture aziendali individuate dal Direttore Generale (incluse specifiche iniziative per reperire fuori dall’azienda spazi sostitutivi in strutture non accreditate con le quali stipulare apposite convenzioni, ad esempio, gli studi privati dei professionisti convenzionati nella forma dell’intramoenia allargata) e con tariffe proposte dal professionista e autorizzate dall’azienda;

- la solvenza aziendale (SA), organizzata direttamente dall'azienda all'interno delle proprie strutture e da personale che volontariamente decide di aderire alle condizioni economiche (tariffa e remunerazione) proposte dall'azienda a favore di utenti che richiedono una prestazione senza l'indicazione del professionista e che possono essere erogate anche per il tramite di mutue, assicurazioni o fondi sanitari integrativi/sostitutivi al SSN.

Attualmente l'attività di Area Privata del Niguarda ammonta a circa 12 milioni di euro¹⁷ (pari a al 3% del fatturato complessivo nel 2014). Circa il 60% del fatturato di Area Privata è generato da attività ambulatoriale e il 40% da ricoveri a cui corrispondono, rispettivamente, quasi 50.000 prestazioni ambulatoriali (Tabella 9.6) e 600 prestazioni di ricovero (Tabella 9.7). Rispetto ai due canali di erogazione (libera professione in intramoenia e solvenza aziendale), l'intramoenia è quella che ricopre la quota maggiore di fatturato, sia nell'ambulatoriale (circa 88%) che nei ricoveri (circa 78%).

Nel caso del Niguarda risulta poco praticata, e in progressiva riduzione rispetto agli anni precedenti, la libera professione in intramoenia allargata che trova solo il 14% di spazio nel fatturato dell'attività ambulatoriale. L'attività privata di ricovero avviene interamente "dentro le mura" ed è attualmente limitata a 10 posti letto a favore di una maggiore disponibilità di spazi previsti per l'attività istituzionale. La differenza in termini di trattamento alberghiero si sostanzia nella possibilità di utilizzare una camera "doppia a uso singolo" (130 euro) o "doppia con accompagnatore" (200 euro). Sempre rispetto all'ambito dei ricoveri, il regolamento aziendale dichiara che «l'attività libero professionale di ricovero, proprio perché remunerata parzialmente dal SSN (la Regione Lombardia riconosce una compartecipazione alla spesa pari quasi l'80% della tariffa DRG), è da considerarsi a tutti gli effetti come attività istituzionale, pertanto deve essere programmata all'interno delle sedute o sessioni dedicate alla programmazione istituzionale». Questo significa che l'85% dei ricoveri a pagamento, cioè quelli svolti in libera professione, non "saltano le liste di attesa" e che, di fatto, il paziente acquista la scelta del primo operatore, dell'equipe e/o del comfort alberghiero. L'impegno orario del personale occupato in tale genere di prestazioni viene preventivamente quantificato e recuperato come debito orario. Con riferimento all'impegno orario, il regolamento stabilisce che tutta l'attività libero professionale (ambulatoriale e di ricovero) sia aggiuntiva all'orario contrattuale dovuto. Sono quindi previsti meccanismi oggettivi di monitoraggio (definizione dei metodi di calcolo e procedure di rilevazione) per le attività di ricovero (ordinario, day hospital o day surgery), di sala operatoria,

¹⁷ Non sono inclusi in tale importo i proventi derivanti dall'attività di convenzione con altre strutture di cura o enti privati e i rimborsi delle quote economiche a carico della Regione (70% del DRG) per l'attività di ricovero effettuata in regime di libera professione.

Tabella 9.6 **Fatturati e volumi di attività ambulatoriale a pagamento dell'AO Niguarda, 2014 (fatturati in euro e volumi in valore assoluto).**

Ambulatoriale a pagamento	FATTURATO (euro)			VOLUMI		
	Assicurato	Pagante	Totale complessivo	Assicurato	Pagante	Totale complessivo
ALPI	196.583	5.318.974	5.515.557	2.395	35.927	38.322
Solvenza aziendale	200.563	709.121	909.685	3.448	7.529	10.977
Totale complessivo	397.147	6.028.095	6.425.242	5.843	43.456	49.299
ALPI "allargata"	–	1.119.388	1.119.388	–	6.945	
Totale	397.147	7.147.483	7.544.630	5.843	50.401	49.299

Fonte: AO Niguarda, interviste per la realizzazione del caso.

interventistiche, ambulatoriali e di diagnostica strumentale. I tempi di erogazione delle prestazioni diagnostiche e strumentali sono utilizzati per la predisposizione dei carichi di lavoro e delle agende.

Si registra per i ricoveri a pagamento un peso rilevante anche della solvenza aziendale (circa il 22% del fatturato per ricoveri), i cui pazienti, a differenza di quelli della libera professione, beneficiano di una minor attesa poichè le equipe mediche utilizzano sedute chirurgiche aggiuntive al di fuori delle sedute ordinarie. Nel circuito dei ricoveri SSN, l'integrazione dell'utente per servizi aggiuntivi in caso di ricovero è limitata a pochi casi (5 casi per differenza alberghiera e 48 per la scelta dell'ostetrica).

Tabella 9.7 **Attività di ricovero a pagamento dell'AO Niguarda (anno 2014).**

Ricoveri a pagamento	FATTURATO (euro)			VOLUMI		
	Assicurato	Pagante	Totale complessivo	Assicurato	Pagante	Totale complessivo
ALPI	1.180.568	2.894.172	4.074.740	160	289	449
Solvenza aziendale	527.632	666.293	1.193.925	34	52	86
SSN – differenza alberghiera	–	8.895	8.895	–	5	5
SSN – scelta ostetrica	11.718	50.778	62.496	9	39	48
Totale	1.719.918	3.620.137	5.340.055	203	385	588

Fonte: AO Niguarda, interviste per la realizzazione del caso.

L'apporto del canale "assicurato" al finanziamento dell'attività a pagamento è ancora contenuto (meno del 5% per l'attività ambulatoriale e quasi il 32% per i ricoveri), anche se sta crescendo d'importanza attraverso le numerose convenzioni attivate con i maggiori fondi, assicurazioni e casse operanti sul territorio nazionale. Gli utenti che possiedono una polizza assicurativa o mutualistica emessa da ente convenzionato possono accedere ai servizi di "Area Privata" dell'Ospedale Niguarda a tariffe agevolate: con copertura parziale o totale dei costi previsti da parte degli enti nel caso di convenzionamento diretto (l'utente paga eventualmente solo la franchigia prevista) oppure con il solo beneficio di condizioni economiche migliorative nel convenzionamento indiretto. L'azienda ha inoltre negoziato delle particolari convenzioni con alcuni enti e fondazioni, riservando agevolazioni sulle tariffe.

Sul piano dei ruoli organizzativi che caratterizzano il funzionamento dell'Area Privata del Niguarda, è il Direttore Sanitario che approva la richiesta dei professionisti di erogare attività libero professionale e definisce, su suggerimento della struttura complessa "Gestione Operativa dei Processi e Marketing", il numero di posti letto da dedicare. La stessa struttura monitora l'impegno orario dei professionisti e delle equipe e ne rendiconta le ore. Le procedure operative, dalle prenotazioni agli incassi, sono affidate a una struttura specificamente dedicata e differenziate rispetto all'attività istituzionale. Si tratta dello sportello di "front office" (incasso e prenotazione), del call center (informazione e prenotazione), del singolo medico (prenotazione), del sito web (informazione e prenotazione) e dell'ufficio ricoveri (gestione pratiche di ricovero). La garanzia del corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale è affidata alla Commissione Paritetica che svolge anche un ruolo propositivo in termini di formulazione di suggerimenti circa lo sviluppo dell'attività libero professionale.

Le regole applicabili variano, come già precisato, in funzione della modalità di fruizione prescelta dall'utente (libera professione o solvenza) e anche del regime assistenziale (ambulatoriale o di ricovero). Le procedure del regolamento aziendale – oltre a considerare le normative generali in materia che stabiliscono l'esclusione dei medici che effettuano l'extramoenia e l'accantonamento di una quota pari al 5% dei proventi dell'attività libero professionale per il fondo di perequazione – prevedono, nello specifico dell'attività ambulatoriale in LP, che i compensi dei professionisti siano espressione di percentuali omogenee sulle tariffe di vendita all'interno della medesima categoria. Le percentuali di attribuzione possono tuttavia variare tra le diverse tipologie di prestazioni. Le tariffe di vendita sono in questo caso proposte dai professionisti e approvate all'inizio dell'attività dalla direzione aziendale. Le variazioni periodiche sono conseguentemente definite e aggiornate sulla base dei costi di produzione e tengono conto delle eventuali modifiche dei criteri di remunerazione concordati con le categorie professionali a livello aziendale. Nell'attività ambu-

latoriale in regime di solvenza aziendale la remunerazione del professionista è definita, invece, in base a una quota stabilita a priori e che considera la “durata media” della prestazione.

Onde evitare che la libera professione entri in concorrenza diretta con l'attività istituzionale dell'azienda, le tariffe devono necessariamente essere superiori all'importo del ticket. La prevenzione di possibili conflitti con l'attività in solvenza aziendale impone anche che “le tariffe solventi debbano sempre garantire un introito all'azienda non inferiore a quello derivante dalla libera professione”. Le tariffe solventi diventano quindi, a loro volta, un benchmark in sede di ri-contrattazione annuale delle attività.

Entrando nel particolare dell'attività di ricovero, la determinazione della tariffa di vendita, sia per i ricoveri di tipo medico sia chirurgico, comprende oltre al 30% della tariffa DRG in regime di LP o l'intero importo in regime di solvenza aziendale, anche gli onorari dei professionisti, la quota dell'azienda e l'integrazione per il trattamento alberghiero (eventuale nel caso di libera professione).

Per quanto riguarda le convenzioni con enti, mutue e assicurazioni, a fronte del vantaggio di un maggior flusso di pazienti, può essere concordato dall'azienda uno sconto sulle tariffe del listino solventi. Nell'ambito dei convenzionamenti (diretti e indiretti) il regolamento indica espressamente che l'azienda, sempre attraverso la struttura di Gestione Operativa dei Processi e Marketing, possa concordare e accettare i tariffari degli enti, mutue e assicurazioni o proporre tariffe a prezzi inferiori, rispetto a quelle deliberate nel tariffario solventi, a fronte di scelte strategiche che garantiscono un maggior flusso di pazienti. Nel caso di accettazione di listini di enti terzi, in particolare per le prestazioni di tipo chirurgico, con o senza ricovero, l'azienda propone a tutti i professionisti l'adesione (volontaria) alle tariffe del proponente, per ogni convenzione.

9.4 Discussione e conclusioni

I casi mostrano situazioni molto differenziate, sia per condizioni di contesto, sia per politiche e orientamenti, esplicitamente o implicitamente, adottati dalle aziende, che in parte si riflettono nel confronto tra le principali grandezze (Tabella 9.8), a partire dal differente peso che le attività a pagamento hanno sui fatturati complessivi (dal 2,7% di Niguarda al 7,4% del Gemelli). A parità di altri fattori, non bisogna infatti sottovalutare l'importanza delle condizioni di mercato e competitive nelle quali le aziende si trovano a operare. Se si guarda all'ambiente più prossimo (metropolitano o regionale) – anche se pure il posizionamento nel comune ambiente nazionale, più difficile da cogliere, ha una qualche rilevanza – le differenze sono evidenti.

Niguarda, unica azienda non universitaria tra le tre, vive un contesto, come

quello milanese, caratterizzato da una intensa competizione derivante dall'operare di una robusta rete di ospedali grandi e medi, presenti, non solo nell'area cittadina, ma anche in tutta la vasta area metropolitana. In ambito ambulatoriale la stessa competizione è poi accentuata dalla presenza di centri privati (accreditati e non) di grande dinamicità. L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, al contrario, rappresenta, nei fatti e per disegno istituzionale, il punto di offerta privilegiato di una parte rilevante della Regione, avendo le scelte regionali definito le tre aziende ospedaliere universitarie (Firenze, Pisa e Siena) come i baricentri delle rispettive aree. Inoltre nell'area di riferimento, sul versante ambulatoriale, non sono presenti soggetti competitori di rilievo, a parte la peculiare esperienza delle Misericordie (tradizionali organizzazioni *non profit* con forte radicamento territoriale) come fornitori di prestazioni *low cost* (antesignani, in un certo senso, del fenomeno in questione). La sanità di Roma e del Lazio presentano tratti peculiari con un relativo numero di ospedali di grandissime dimensioni concentrati nel territorio metropolitano e un sistema pubblico in «costante affanno». La competizione sui consumi privati, soprattutto in ambito ambulatoriale, è intensa, ma non sembra avere ancora prodotto trasformazioni significative nella tradizionale struttura di mercato, caratterizzata da una marcata presenza di studi individuali e di strutture di limitata dimensione con logiche e modalità operative segnate da un ruolo rilevante della domanda pubblica (convenzionamento). Un ulteriore tratto distintivo è poi rappresentato da una presenza di domanda intermediata (assicurazioni e fondi) maggiore che in altre parti del paese (si veda capitolo 6 del presente Rapporto). In questo quadro, il Policlinico Universitario Gemelli, parte integrante dell'Università Cattolica e accreditato con il SSN, ha da sempre un ruolo di grande rilievo, non solo da un punto di vista quantitativo (più del 10% della produzione di ricovero della Regione), ma anche e soprattutto in relazione al posizionamento sulla complessità e l'innovazione. Nonostante il difficile processo di risanamento economico perseguito con non pochi sforzi negli ultimi anni, il *brand* del Gemelli, la sua popolarità come centro di eccellenza, e dei professionisti che vi operano, si è costantemente rafforzato, costituendo un *asset* ineguagliato nel contesto competitivo nel quale opera.

L'ambiente – che anche le aziende in questione concorrono, in parte, a conformare – produce opportunità significativamente diverse e può indurre ad adottare strategie e politiche differenti. Da questo punto di vista il tema dell'ALPI e delle attività a pagamento in genere, nel dibattito e nelle politiche/normazione che ne conseguono, viene spesso affrontato come se tali differenze non esistessero, come se il fenomeno assumesse il medesimo significato per una grande ospedale in un contesto urbano di una certa regione e per un medio ospedale di provincia di un'altra. I dati dell'Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale (2014) danno evidenza delle differenze, ma è il quadro interpretativo spesso utilizzato che impedisce di coglierle nelle giuste prospet-

Tabella 9.8 **Un quadro di insieme dei tre ospedali (AOUC Careggi, Policlinico Gemelli e AO Niguarda), dati 2014 (fatturati in milioni di euro).**

	Dati complessivi delle strutture					Ricoverti a pagamento			Attività ambulatoriale a pagamento					
	Posti letto	Ricoverti	Posti letto per attività a pag.	Ricavi totali	Ricavi attività a pag.	% ricavi a pag. sul tot. ricavi	% ricavi sul tot. Ricavi attività a pag.	Ricavi da pag. diretto	Ricavi da pag. intermediari	% ricavi da pag. diretto	% ricavi sul tot. Ricavi attività a pag.	Ricavi da pag. diretto	Ricavi da pag. intermediari	% ricavi da pag. diretto
Careggi	1.366	55.463	24	691	30,6	4,4%	14,4	47%	14,4	0	100%	16,2	0	100%
Gemelli	1.560	57.080	45	600	44,2	7,4%	27,8	63%	23,4	4,4	84%	13,3	3,1	81%
Niguarda	1.213	40.465	10	481	12,9	2,7%	5,3	41%	3,6	1,7	68%	7,4	0,2	97%

Fonte: aziendali

ve e implicazioni. Si tratta di una sottovalutazione, se non rimozione, del tema strategico del perché le aziende del SSN – ma il tema è rilevante, nel nostro caso anche per il Gemelli – dovrebbero gestire ed eventualmente sviluppare una attività rivolta al mercato. Se la risposta è meramente difensiva – una concessione ai professionisti e al loro potere – è evidente che le differenze non contano, in quanto l'unica preoccupazione di rilievo è di impedire l'insorgere di comportamenti opportunistici e le altre differenze contano poco¹⁸. Viceversa, l'inserimento delle attività in questione tra le finalità dell'azienda imporrebbe una valutazione più articolata, proprio perché nelle diverse situazioni, differenti sono i contributi che potrebbero essere richiesti e perseguiti.

In realtà, se si guarda ad alcune tendenze nazionali e, soprattutto, ai casi qui presentati è possibile notare un progressivo «avvicinamento» delle aziende alle attività rivolte al mercato, sia sul versante dell'operatività che su quello degli obiettivi (almeno quelli relativi all'equilibrio economico). Gli effetti di una prolungata e crescente pressione sulla «intramoenia allargata» che riporta, e non solo fisicamente, le attività dentro le mura dell'organizzazione, da una parte, e la necessità di reperire risorse aggiuntive, rispetto a quelle, sostanzialmente decrescenti, garantite dal sistema pubblico, dall'altra, portano le aziende a gestire sempre più in logiche di «area a pagamento» rispetto alle classiche modalità «libera professione». Come già veniva sottolineato quasi due decenni fa (Longo, 1997), la gestione delle attività nei confronti del mercato da parte delle aziende pubbliche – ma la riflessione può essere estesa – si colloca, infatti, tra due estremi ideali:

- ▶ la libera professione, logica secondo la quale il principale, se non unico, interessato all'attività è il professionista, che ne diventa il «gestore strategico» definendone tutti, o quasi, i parametri di posizionamento sul mercato, in questo caso l'azienda funge da mero «supporto logistico» e mira a non subire riflessi negativi sulla propria attività;
- ▶ l'attività a pagamento, nella quale il gestore strategico è l'azienda che incorpora i servizi rivolti al mercato nella propria missione e nelle proprie strategie complessive, negoziando con i professionisti le particolari condizioni necessarie per assicurarsi una loro convinta partecipazione¹⁹.

¹⁸ In questo senso è sufficiente osservare le variabili scelte per la ricognizione dell'Osservatorio tutte centrate sulla *compliance* normativa delle aree a maggior rischio di comportamenti divergenti dai fini aziendali (Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale, 2014, Vol.1 pp 9-10).

¹⁹ Dal punto di vista dell'azienda, il primo approccio è riconducibile ai modelli strategici e di gestione B2B (*business to business*) nei quali il cliente non è il mercato finale, ma un'altra azienda che in quel mercato (o nei mercati) opera; il secondo è di tipo B2C caratterizzato da un rapporto diretto con il mercato finale. Le implicazioni della distinzione sono rilevanti. Per una classica sintesi si rimanda a Kotler e Keller (2006, pp 210-212).

Si tratta di un *continuum* lungo il quale il singolo posizionamento non è definibile in termini giuridico-formali, ma attiene a elementi sostanziali (natura del controllo esercitato, caratteristiche e prezzi del servizio, ripartizione dei proventi, ...) della relazione azienda-professionista sulla «titolarità» di quanto viene offerto sul mercato²⁰. In questo senso, il dato registrato dall'Osservatorio Nazionale, di un costante aumento dal 2009 del saldo tra costi sostenuti per le attività e ricavi da questi generati, sembrerebbe indicare uno sforzo di progressivo maggior controllo da parte delle aziende del SSN. In ogni caso le esperienze analizzate confermano, seppur con motivazioni e percorsi diversi, la dinamica complessiva. Per il Policlinico Gemelli il ruolo delle attività rivolte al mercato e l'attenzione ad esse dedicata emergono con maggiore evidenza sia per la natura istituzionale privata, che consente una più ampia autonomia e rende meno complesso l'inserimento dei servizi a pagamento nel sistema delle finalità, sia, soprattutto, per il contributo atteso da parte di tali attività al processo di risanamento. Tutto ciò converge nello spostare il baricentro dai professionisti all'azienda, la quale, da una parte, richiede ed esercita maggiore redditività e controllo, e, dall'altra, si impegna in prima persona nel confronto con il mercato (accordi con i soggetti collettivi, esplorazione delle opportunità). Nel caso di Niguarda è l'impegno profuso nella costruzione di una «piattaforma ambulatoriale» (logistica e servizi), in grado di sorreggere anche l'offerta a pagamento, che rende progressivamente più importante il ruolo aziendale nell'intestarsi la domanda e non solo quella che passa attraverso il canale – prima creato e poi potenziato – della offerta a pagamento aziendale (prenotazioni senza riferimento allo specifico professionista). Se il maggior ruolo aziendale per il Gemelli sembra essere «tirato dalla strategia», nel caso di Careggi è più evidente la «spinta dei vincoli», anche per una non semplice coesistenza tra una attività a pagamento nelle aziende pubbliche e la retorica politica prevalente nel contesto di riferimento. La non più sostenibile (anche in relazione alla medesima retorica) situazione dell'*intramoenia* allargata, concessa a professionisti di rilievo dell'azienda per le attività di ricovero, ha stimolato una decisa accelerazione

²⁰ La differenza tra solvenza e libera professione è tutt'oggi sfumata, poco standardizzata tra le strutture e difficilmente catturabile dai pazienti. Una eccezione è la chiara formulazione proposta dall'Azienda Ospedaliera Giovanni XIII di Bergamo per cui dal sito web aziendale si evince che, nel caso del ricovero, «se sei assistito dal Servizio Sanitario Nazionale puoi scegliere il medico a cui affidarti in libera professione. Il ricovero sarà inserito nelle liste di attesa del Servizio Sanitario Nazionale. Con questa opzione una parte del costo del ricovero sarà coperta dal Sistema Sanitario Regionale e saranno invece addebitati a tuo carico i compensi in libera professione del medico che hai scelto e della sua équipe, oltre a una quota a copertura dei costi residui dell'azienda». La solvenza, invece, può essere individuata in quell'opzione che «ti permette di essere assistito dal medico che hai scelto, con cui potrai definire, sulla base della affettiva disponibilità delle strutture, la prima data utile per il ricovero. Sarà a tuo carico tutto il costo del ricovero (i compensi in libera professione del medico che hai scelto e della sua équipe oltre alla tariffa prevista per la degenza)». In sintesi, la differenza è l'inserimento o meno nella lista di attesa SSN.

nella attuazione delle politiche aziendali. Il completamento nella messa a disposizione degli spazi per il ricovero, la ridefinizione degli accordi sindacali e, soprattutto, il bando per il convenzionamento diretto e il successivo accordo con Previmedical rimettono l'ospedale, le sue politiche, le sue decisioni e capacità al centro della questione.

Nella comune tendenza a ribilanciare i rapporti con i professionisti nell'ambito delle attività rivolte al mercato e all'affermazione di un ruolo più deciso dell'azienda, nei tre casi analizzati sono identificabili alcune aree di criticità comuni, tra cui è opportuno segnalare almeno le seguenti.

Nel modello «libera professione» i prezzi dei servizi sono sostanzialmente definiti dai professionisti e il necessario coinvolgimento dell'azienda ha principalmente lo scopo di assicurare una adeguata remunerazione delle risorse (materiali e umane) messe a disposizione dall'organizzazione nel processo. Il passaggio al modello «attività a pagamento» implica un ruolo centrale dell'azienda e l'adozione di logiche che, in relazione alle condizioni di mercato, ne riflettano meglio convenienze e priorità. In realtà, guardando ai casi, ciò non sembra essere avvenuto o, almeno, non sembra essere avvenuto con apprezzabile intensità. Una ragione può essere ricercata in un ruolo crescente della domanda intermediata e nel potere contrattuale degli acquirenti collettivi rispetto ai consumatori singoli. Così i prezzi vengono definiti attraverso tariffari standard²¹ sulla cui struttura le aziende poco sono in grado di intervenire. Per la necessità di univoca definizione di prezzo per prestazione – indipendente quindi dal professionista che la esegue – gli stessi tariffari livellano, inevitabilmente verso il basso, i prezzi. La misura degli effetti prodotti è facilmente verificabile dalla misura (significativa) della compressione che il livello medio dei prezzi subisce nei tariffari rispetto a quello prevalente sul mercato libero, compressione che tende fisiologicamente a estendersi anche sugli altri canali di vendita, i quali, a loro volta, avvertono sempre più gli effetti sui prezzi derivanti dalla crisi e dall'intensificarsi della competizione²². Al di là della domanda intermediata e delle condizioni del mercato in generale, sono, comunque, evidenti anche le difficoltà delle aziende a esprimere politiche coerenti di *pricing* a causa di una serie ampia di ragioni. Vanno dalla difficoltà a valutare e monitorare i costi dei servizi, alla scarsa dimestichezza con le analisi di mercato, alla problematica gestione – in organizzazioni professionali o universitarie – di eventuali differenze nel prezzo di vendita sul mercato, legate solo al professionista che le eroga (esplici-

²¹ Una base diffusa è il tariffario pubblico che il FASI utilizza per il rimborso delle prestazioni ai propri assistiti, rispetto al quale compagnia e aziende possono negoziare percentuali di sconto o maggiorazione.

²² Una recente ricerca Censis (2015) mette in evidenza per un *panel* significativo di prestazioni, il sostanziale allineamento dell'*intramoenia* alle condizioni di mercato libero e quindi alle sue dinamiche. Un esempio è l'offerta di visite a e consulti a 65 euro proposta da Niguarda agli abbonati annuali ATM (Azienda Tramviaria Milanese).

tazione di una gerarchia di mercato rispetto a quella istituzionalmente definita). Tuttavia il caso Niguarda mostra come le debolezze possano essere affrontate e in parte superate. Infatti, nella definizione e negoziazione dei prezzi con i professionisti l'azienda è riuscita a far giocare un ruolo alle condizioni di mercato. Si registra quindi una situazione quasi paradossale per la quale nel momento in cui le aziende avrebbero maggiore interesse a gestire la leva dei prezzi, lo spazio effettivamente disponibile si restringe, sia per debolezze proprie, ma anche e soprattutto per dinamiche di mercato e potere delle controparti.

Il tema dei prezzi si sovrappone in parte a quello più ampio della interlocuzione tra azienda e professionisti. Da questo punto di vista, un ruolo più significativo dell'azienda tra professionisti e mercato impone una non agevole presa d'atto delle differenze tra professionisti o, come minimo, dell'esistenza di categorie diverse in relazione ai potenziali di mercato.

La successiva Tabella 9.9, ricostruita da dati resi pubblici dall'azienda Careggi, attraverso il sito Amministrazione Trasparente, mostra (per i soli direttori di dipartimento e di struttura complessa, universitari e non) la distribuzione delle retribuzioni relative alla libera professione. Si tratta dei 79 dirigenti che nel 2013 hanno effettuato prestazioni²³. Come si nota, un quarto dei professionisti in questione supera la soglia dei 100.000 euro e assorbe circa il 77% delle retribuzioni. Viceversa, sotto la soglia dei 20.000 euro annui si colloca circa il 50% dei professionisti, assorbendo il 5% delle retribuzioni. Si tratta, in tutta evidenza, di una popolazione «particolare» (i soli direttori di struttura), ma anche non considerando i professionisti *top*, la situazione risulta molto divaricata tra una quota rilevante medici attivi che produce, però, fatturati marginali per l'azienda (il 50%) e un altro insieme di professionisti che mostra potenziali di mercato via via più elevati. Bisogna notare come, distinguendo tra universitari (44) e ospedalieri (35), le due sottopopolazioni mostrino distribuzioni assolutamente sovrapponibili.

La diversificazione nei potenziali di mercato richiederebbe un approccio articolato al fine di costruire relazioni soddisfacenti tra le parti attraverso regole e condizioni in grado di distinguere situazioni che vanno da attività quasi occasionali a veri e propri «imprenditori» da considerarsi come «soci» nella conduzione di attività di interesse comune. Se nella pratica delle relazioni di tali differenze si tiene spesso e adeguatamente conto, non sempre le regole formali (es. la contrattazione aziendale) mostrano la stessa capacità di adattamento, per almeno due motivi. Il primo è la nota difficoltà a gestire le differenze da parte del contesto e delle aziende pubbliche derivante da una estesa e spesso impropria applicazione del principio di imparzialità della pubblica amministrazione.

²³ Si ricorda che tra i dirigenti medici che optano per il regime di esclusività, non tutti praticano la libera professione. I dati dell'Osservatorio indicano a livello nazionale per il 2012 in circa il 90% la quota dei dirigenti che opta e, di questi, circa il 50% pratica effettivamente l'ALPI.

ne²⁴. La seconda attiene alla natura professionale delle organizzazioni in questione, nelle quali le differenziazioni sono sì avvertite, ma trovano forme di espressione legate a processi formali (posizioni universitarie, inquadramenti contrattuali) i cui esiti non sempre riflettono le «gerarchie di mercato» che, in questa prospettiva, possono essere vissute come elementi di disturbo e imbarazzo.

La stessa capacità di riconoscere e gestire le differenze sarebbe necessaria anche in relazione alle diverse caratteristiche e implicazioni dell'ALPI ambulatoriale rispetto a quella in regime di ricovero. Se si considera l'annosa questione della «*intramoenia allargata*» è evidente che, anche a parità di fatturato tra le due aree, come avviene nei tre casi analizzati, la questione andrebbe posta in maniera diversa. Nonostante le molte trasformazioni in atto, per le aziende ospedaliere l'attività di ricovero continua a rappresentare la *core* dell'identità aziendale e come tale necessita di essere protetta nella sua identificazione, anche fisica, con l'azienda. L'attività ambulatoriale, invece, spesso rappresenta un canale di selezione e accesso per il ricovero. Ignorando per un attimo i problemi posti dalla più ampia possibilità concessa dalla forma allargata di porre in essere comportamenti opportunistici, l'ospedale avrebbe tutti i vantaggi a promuovere l'esercizio di attività da parte di propri professionisti in luoghi diversi dalla sede principale, se un proprio obiettivo fosse un aumento della capacità di attrazione e selezione dei casi, anche per l'area a pagamento, insieme alla diffusione del proprio *brand*. È questo il motivo che porta il Policlinico Gemelli – meno vincolato dal quadro normativo e impegnato, dal piano di sviluppo, a dif-

Tabella 9.9 **Retribuzione ALPI Direttori di Dipartimento e di Strutture Complesse dell'AOUC, 2013 (retribuzioni in migliaia di euro).**

Retr. annua ALPI	Professionisti		Retribuzione LPI		Cumulate	
	v.a.	% sul tot.	Sommatoria	% sul totale	Professionisti	Retribuzioni
> 200	10	12,66%	3.233,43	54,42%	12,66%	54,42%
< 200 e > 100	10	12,66%	1.368,52	23,03%	25,32%	77,45%
<100 e > 50	9	11,39%	672,79	11,32%	36,71%	88,78%
<50 e >20	12	15,19%	353,57	5,95%	51,90%	94,73%
<20	38	48,10%	313,27	5,27%	100,00%	100,00%
Totale	79		5.941,57			

Fonte: sito Amministrazione Trasparente AOUC.

²⁴ In parte la stessa difficoltà si manifesta anche nelle organizzazioni sanitarie non profit che operano prevalentemente con il SSN, sia perché i maggiori istituti contrattuali finiscono per ricalcare quelli pubblici, sia per la condivisione dello stesso ambiente culturale.

fondere e valorizzare il proprio marchio – ad adottare nei confronti dei professionisti politiche meno restrittive sull'area ambulatoriale rispetto a quelle adottate sulle attività di ricovero. Alla luce delle molteplici esperienze fin qui maturate, il SSN e le sue aziende dovrebbero, forse, porsi più criticamente il problema se i «costi strategici» sopportati per la compressione dell'intramoenia allargata, da un certo punto in poi, non siano maggiori dei vantaggi derivanti dalla eliminazione degli spazi aperti a comportamenti opportunistici e se non sia arrivato il momento di intervenire con controlli più puntuali e specifici, rispetto a normative generali che limitano in modo indifferenziato le capacità di azione delle singole aziende.

Un tema molto complesso da affrontare per le aziende è quello degli spazi da dedicare all'ALPI, problema che si pone principalmente, ma non esclusivamente, per l'attività di ricovero. Nel caso di Careggi, per esempio, il ricorso da parte di 22 professionisti, poi perso, contro il trasferimento delle attività in «allargata» da una prestigiosa e molto conosciuta struttura privata nel centro della città alla sede dell'ospedale si fondava su una presunta inadeguatezza delle strutture e degli spazi messi a disposizione dall'azienda. Al di là delle previsioni normative (spazi adeguati, di norma, ma non obbligatoriamente, almeno per le attività ambulatoriali, distinti da quelli dedicati alle attività istituzionali), da un punto di vista gestionale le criticità nascono dalla necessità di assicurare le condizioni in grado di consentire, all'interno di un contesto aziendale unico, la coesistenza delle due aree di attività (istituzionale e a pagamento). Da una parte, infatti, le due aree condividono risorse materiali (ad esempio sale operatorie), gestionali (ad esempio, acquisti, sistemi di programmazione e controllo, ...) e immateriali (ad esempio, *brand*), dall'altra, è indispensabile per l'area a pagamento definire e far percepire al mercato gli elementi distintivi che giustifichino il pagamento di un prezzo. L'operazione è particolarmente difficile anche perché la proposizione di elementi unici per l'area a pagamento deve avvenire senza produrre effetti negativi sull'offerta istituzionale²⁵. Così, se spazi fisicamente separati, almeno per la degenza (aree e non stanze specifiche nei reparti), sembrano essere la soluzione migliore – anche perché consentono una migliore tracciabilità delle risorse dedicate e possono minimizzare i conflitti su risorse condivise – non sempre ciò risulta operativamente ed economicamente fattibile (logistica, tecnologia, sicurezza). La separazione, laddove possibile, è spesso usata anche per gestire un più elevato standard di servizio, ovviamente sulle componenti *non core*, che parte del personale coinvolto dovrebbe assicurare. Nell'ambito dei servizi, la qualità è legata all'interazione con il destinatario e questa è in parte frutto delle

²⁵ Dal punto di vista normativo la preoccupazione principale sembra essere l'improprio trasferimento di risorse dal circuito pubblico a quello privato. Sul piano più strettamente aziendale si tratta anche di un possibile «oscuramento» del valore percepito dai destinatari dell'offerta istituzionale, una volta resa manifesta la possibilità di livelli di servizio superiori, o, peggio, il sorgere di dubbi sulla equità ed eticità della condotta aziendale. .

componenti fisiche (es. *layout*), ma è soprattutto legata ai comportamenti del personale. Da questo punto di vista è difficile che il medesimo personale possa garantire comportamenti diversi, così come è difficile che relazioni di lavoro e sistemi di gestione del personale uguali possano adeguatamente generare e sostenere le necessarie differenze nei comportamenti e nelle posture del personale. Quindi le aziende tendono a specializzare il personale e/o ad affidare in *outsourcing* parte dei servizi. Nel caso di Niguarda è previsto un apposito canale di accesso gestito da uno staff dedicato. Il progetto Gemelli potrebbe prefigurare addirittura una sorta di «azienda nell'azienda», al fine di sorreggere un *brand* con un coerente e distinguibile livello di servizio. Per le aziende pubbliche l'identificabilità delle risorse dedicate, conseguente alle scelte di separazione delle attività, potrebbe però generare difficoltà addizionali, come dimostra l'esperienza di Careggi dove la predisposizione degli spazi a pagamento è stata da qualcuno contestata, argomentando che tale scelta avrebbe sottratto preziose risorse infermieristiche alla attività istituzionale. Si tratta, ancora una volta, della difficoltà, non solo di costruire le condizioni perché le attività a pagamento si integrino coerentemente rispetto ai fini delle aziende pubbliche, ma anche, e soprattutto, di far percepire a tutti i soggetti interessati che tale attività può essere esercitata senza controindicazioni e a vantaggio di quella istituzionale.

Dalle analisi proposte dovrebbe emergere con chiarezza come l'elemento centrale sia rappresentato dalla prospettiva adottata nell'affrontare le complicate questioni che sorgono nel gestire le attività rivolte al mercato da parte di aziende che fanno parte o condividono i fini del sistema sanitario pubblico. Il «perché» è una questione che non è facile affrontare in quanto rischia di mettere in crisi semplicistiche e diffuse retoriche che guardano solo alle finalità astratte, senza porsi il problema di come le finalità possano essere conseguite, contemperando al meglio i fini con le concrete condizioni nelle quali questi debbano essere perseguiti. I consumi privati sono una componente non irrilevante della risposta ai bisogni percepiti di salute della popolazione, le risorse che il sistema pubblico mette a disposizione delle aziende sono nel migliore dei casi destinate a rimanere stabili, esiste la possibilità che parte della capacità produttiva di molte aziende possa essere destinata ad attività diverse da quelle istituzionali senza che a esse venga sottratta, la gestione dei professionisti e delle loro attese non è sempre agevole e non sempre le aziende sono in grado di rispondere adeguatamente. Sono questi, e molti altri, elementi che dovrebbero aiutare a formulare una risposta che non sia la difficoltà a opporsi a interessi consolidati di una parte dei professionisti (il modello classico di libera professione). I tempi, con le sfide che devono essere affrontate, sembrano essere maturi perché sistema e aziende, insieme, provino a riformulare le ragioni in grado di sostenere e rendere fruttuoso un impegno che, come si è provato a mostrare, non è di per sé semplice.

Bibliografia

- Ardissonne A. (2009), «La professione medica tra novità e continuità nei percorsi di riforma. Il caso italiano in prospettiva comparata», *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, n. 2, pp. 121-145.
- BMA Ethics (2009), «The interface between NHS and private treatment: a practical guide for doctors in England, Wales and Northern Ireland, British Medical Association», *Guidance from the BMA Medical Ethics Department*, May 2009.
- Camera dei deputati (2013), I temi dell'attività parlamentare nella XVI legislatura: Sanità, N. 1/30, <http://www.camera.it/temi/ap/t/leg17.temi16.area-30.pdf>
- Censis (2015), Tutelare la buona salute di tutti: il ruolo della sanità integrativa, presentazione al Welfare Day organizzato a Roma il 9 giugno 2015 da RBM.
- Del Vecchio M., Rappini V., (2011), «Low cost in Sanità», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2011*, Milano, Egea, pp. 331-367.
- Dean J. (2015), «Private practice is unethical—and doctors should give it up» *BMJ*,350:h2299
- De Pietro C. (2002), «Libera professione intramuraria: due esperienze a confronto», In Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione Della Sanità In Italia: Rapporto Oasi 2002*, Milano, Egea, pp. 389-425.
- De Pietro C. (2015), «Le relazioni tra i fondi sanitari e gli erogatori di servizi sanitari in Italia», in Del Vecchio M., Mallarini E. e Rappini V. (a cura di), *Rapporto OCPS 2015*, Milano, Egea.
- Department of Health (2003), «A Code of Conduct for Private Practice – Guidance for NHS Medical Staff», Department of Health.
- Domenighetti G., Vineis P., De Pietro C., Tomanda A. «Ability To Pay and Equity in Access to Italian and British National Health Services», *European Journal Of Public Health*, 20(5):500-3.
- King D. (2013) «Private Patients in Public Hospitals», Australian Health Service Alliance & Australian Centre for Health Research.
- Kotler, P. and K. L. Keller (2006), *Marketing Management* (12th edition), New Jersey, Pearson Prentice Hall.
- Lega, F. (2008), *Management dell'azienda brain-intensive. Schemi interpretativi e profili evolutivi delle burocrazie professionali*, Milano, Egea.
- Longo, F. (1997). «Area a pagamento o libera professione?», F. Longo (a cura di), *L'area a pagamento nelle aziende sanitarie pubbliche. Strategia e gestione dell'offerta di servizi a pagamento e della libera professione*, Milano, Il Sole 24 Ore.
- Ministero della Salute (2013), *Intramoenia, la nuova disciplina*, www.salute.gov.it

OECD (2012), «Competition in hospital services», OECD roundtables on competition policy <http://www.oecd.org/competition>

Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale (2014), «Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero - professionale intramuraria-anno 2012, inviata al parlamento il 16 Luglio 2014», www.salute.gov.it/portale/documentazione.

Stocco M. (2013), «La libera professione intramuraria come leva di sviluppo per le aziende sanitarie pubbliche: il caso del Niguarda», presentazione al Network DASP, SDA Bocconi, Milano, 10 giugno 2013.