

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e il Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2016:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, la mappatura della rete ospedaliera alla luce dei nuovi standard, il governo dell'assistenza farmaceutica, l'implementazione del programma nazionale HTA per dispositivi medici;
- a livello aziendale, discute la trasformazione delle unità operative, confrontando le esperienze dei team multidisciplinari e delle équipes itineranti; si focalizza su percorsi di selezione del *top management* e sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica; descrive i differenti approcci alle cure intermedie a livello internazionale e nazionale e ne analizza i modelli organizzativi, i target di utenti e le formule di servizio; analizza i risultati preliminari della sperimentazione dei CReG; approfondisce le sfide della gestione centralizzata degli acquisti e l'impatto della crisi della finanza pubblica sui sistemi di programmazione e controllo nelle aziende del SSN.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



Science For A Better Life

ISBN 978-88-238-5142-9



9 788823 851429

€ 65,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2016

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management





Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi





a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2016

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Commerciale
Luigi Bocconi

Centro di ricerche sulla
Gestione dell'Assistenza
Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

 Egea



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

Impaginazione: Compos 90, Milano

Copyright © 2016 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2016

ISBN 978-88-238-5142-9

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®

13 Sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica: tra retorica e realtà

di Lorenzo Fenech, Federico Lega e Valeria Rappini¹

13.1 Introduzione

Nel capitolo 7 del presente rapporto sono presentati e discussi i principali dati relativi all'evoluzione dei consumi sanitari privati in Italia. In un quadro di difficile ma sostanziale tenuta del sistema sanitario pubblico, è comunque possibile notare una crescita, dovuta a diversi fattori, della componente privata della spesa sanitaria. La lieve crescita quantitativa non dà comunque pienamente conto delle dinamiche qualitative di innovazione che stanno attraversando l'intero settore. Da questo punto di vista alcuni dati interessanti da sottolineare sono i seguenti:

- ▶ nel periodo 2013-2015 la quota della spesa sanitaria privata su quella totale passa dal 22,5 al 23,1%, il suo peso nel paniere di spesa delle famiglie dal 3,3 al 3,4%, il suo contributo alla economia complessiva dal 2,0 al 2,1%;
- ▶ dal 2010 al 2015 la spesa per *copayment* delle famiglie – prevista sulle prestazioni specialistiche (visite, esami, analisi), sul pronto soccorso (se non si tratta di emergenze) e sull'acquisto di farmaci – è aumentata di circa 500 milioni di euro;
- ▶ la spesa privata complessiva per servizi sanitari (servizi di ricovero e ambulatoriali) è cresciuta nell'ultimo decennio con un tasso medio di poco più del 2%. Escludendo (per ovvie ragioni) la spesa per cure odontoiatriche, la quota attribuibile alle aziende sanitarie pubbliche (sia attraverso il ticket sia attraverso l'intramoenia) è del 32%. Si tratta di un dato spesso sottovalutato che mostra come l'attore pubblico abbia già un ruolo «penetrante» nel mercato privato;
- ▶ il 49% delle prestazioni di riabilitazione, il 40% delle visite specialistiche e il 23% degli accertamenti diagnostici sono a carico dei cittadini.

¹ Il lavoro è il frutto dell'impegno comune e congiunto di tutti gli autori. Per quanto riguarda la stesura, il paragrafo 13.1 è attribuito a Federico Lega e Valeria Rappini, il 13.2 a Valeria Rappini, il 13.3 a Lorenzo Fenech e il 13.4 a Federico Lega.

Non bisogna poi dimenticare come parte dell'attività privata sia destinata/destinabile a utenti internazionali che si recano appositamente nel nostro paese per sottoporsi alle cure sanitarie. Gli ordini di grandezza sembrano essere ancora marginali nel caso italiano, ma il fenomeno assume una certa rilevanza a livello globale; secondo l'ultimo rilascio della *Medical Tourism Association* (2016) il mercato si attesta intorno ai 100 miliardi di dollari, per un totale di 11 milioni di «turisti sanitari» in tutto il mondo.

Di fronte a questo scenario per il SSN e le sue aziende si pone, inevitabilmente, la questione di quale posizione assumere sia in termini strategici sia operativi. L'unica alternativa che pare non praticabile è quella di ignorare il fenomeno assumendo una sua transitorietà o demandando la decisione ad altri.

Tuttavia, per un insieme complesso di motivi istituzionali, culturali, ideologici, organizzativi e operativi, i consumi sanitari privati sono un «terreno difficile» di intervento per le aziende sanitarie pubbliche. *In primis* perché riconoscerne apertamente la valenza è implicitamente causa di timori rispetto alla propria legittimazione. Poi, le difficoltà si manifestano su terreni diversi. Sul piano che maggiormente interessa il management delle aziende pubbliche, ovvero il ruolo che il mercato privato potrebbe svolgere rispetto al loro funzionamento, una precedente ricerca per il Rapporto OASI (Del Vecchio, Fenech e Rappini, 2015) ha, in particolare, osservato:

- ▶ una sottovalutazione, se non rimozione, del tema strategico che spesso porta a un atteggiamento «difensivista» e riduttivo del management rispetto alle attività a pagamento. Attività che viene considerata fuori dal perimetro della missione istituzionale, mentre vi sono delle evidenti connessioni tra l'attività di mercato e quella SSN, anche in relazione a quanto avviene nelle dinamiche della libera professione;
- ▶ una difficoltà nell'introdurre e sviluppare un sistema di regole che assicurino la coesistenza di vantaggi e convenienze individuali (esercizio della libera professione) con il perseguimento delle finalità aziendali e che, quindi, consentano di affrontare su un terreno adeguato i rischi connessi a potenziali conflitti di interesse;
- ▶ come i rigidi perimetri istituzionali contenuti nelle norme risultino spesso di non facile introduzione nelle aziende che devono applicare (e talvolta interpretare) le regole, cercando di fare convivere le attese dei propri professionisti 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;
- ▶ come le aziende sperimentino difficoltà di decisione e gestione di questioni centrali quali:
 - ◀ i mix di attività privata (ricovero-ambulatorio; intermediata-*out of pocket*; libero professionale-solvenza aziendale; intramoenia);

- ◀ la separazione (o meno) della gestione dell'attività privata da quella istituzionale SSN con riflessi su una serie di questioni organizzative, logistiche, di gestione del personale, di sistemi informativi e contabili. Si tratta in particolare di scegliere se dedicare spazi fisici e personale *ad hoc* per lo svolgimento dell'attività privata, in modo da giustificare il pagamento di un prezzo, o se condividere spazi e risorse con l'attività istituzionale, in modo da non generare eventuali disparità di trattamento;
- ◀ la contrattazione di prezzi e tariffe con fondi e assicurazioni, a causa di una serie ampia di ragioni che 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 – di eventuali differenze nel prezzo di vendita sul mercato legate solo al professionista che le eroga.

Pur in questo quadro di difficoltà e complessità, i consumi sanitari finanziati privatamente sono e saranno sempre più una componente non trascurabile nella risposta ai bisogni di salute. Ciò anche in relazione ad alcune ulteriori evoluzioni cui è soggetto il sistema sanitario e il settore nel suo complesso:

- ▶ le recenti azioni di rivisitazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- ▶ la maggiore strutturazione dell'offerta per il regime *out of pocket* in corso in diverse aziende sanitarie private accreditate, che guardano al mercato privato con rinnovato interesse e stanno sviluppando nuove strategie su di esso, dal *low fare/price* alla cosiddetta *concierge medicine*²;
- ▶ l'emergere di forme di *retailization* della sanità ambulatoriale specialistica di base, con il rafforzamento di strutture italiane, e l'arrivo di *player* internazionali (Del Vecchio, Mallarini, Rappini, 2013);
- ▶ le riconfigurazioni strategiche delle assicurazioni e dei fondi, attraverso cambiamenti e nuove politiche che li portano a diventare più attivi come fornitori di servizi e non solo intermediari per i loro assistiti: da assicurazione a produttore, da *risk manager* a gestore della «*patient centricity*»;
- ▶ il maggiore e crescente interesse verso il turismo della salute, dove stanno anche emergendo operatori specializzati nel «*brokering*» internazionale.

Inequivocabilmente, si sta generando in questi ultimi anni un contesto profondamente diverso da quello di dieci anni fa.

² «Concierge medicine is a relationship between a patient and a primary care physician in which the patient pays an annual fee or retainer. This may or may not be in addition to other charges. In exchange for the retainer, doctors provide enhanced care. Conciierge physicians care for fewer patients than in a conventional practice...all generally claim to be accessible via telephone or email at any time of day or night or offer some other service above and beyond the customary» (Conciierge Medicine Today).

A partire dalle premesse sopra richiamate, il presente contributo si propone quindi di ricostruire un *framework* concettuale che descriva gli spazi strategici e le possibili traiettorie di sviluppo imprenditoriale per le aziende sanitarie pubbliche nel quadro corrente e prospettico dei consumi sanitari privati. L'intento è duplice:

- ▶ da un lato, analizzare e discutere il ventaglio di opportunità strategiche (attuali e potenziali) per le aziende sanitarie pubbliche;
- ▶ dall'altro, identificare le implicazioni dei cambiamenti in atto per le politiche aziendali, le dinamiche manageriali e le più complessive condizioni di sviluppo e interventi attesi a livello di sistema sanitario.

13.2 Obiettivi e metodi

La ricerca si è posta, in particolare, i seguenti obiettivi: (i) approfondire il ruolo che l'attività a pagamento può svolgere nelle aziende sanitarie pubbliche per evidenziarne opportunità/potenzialità anche analizzando gli orientamenti strategici che le aziende hanno sviluppato o possono sviluppare rispetto al tema; (ii) individuare e rappresentare quali sono le aree di *business* presidiate oggi e identificare quali saranno sviluppabili domani; (iii) definire gli elementi, i fattori critici di successo, su cui costruire l'approccio operativo al mercato da parte dell'azienda sanitaria pubblica; (iv) identificare i principali elementi che compongono il quadro di regole che condizionano l'implementazione dell'attività a pagamento. Quindi gli assetti istituzionali «vincolanti», ed eventualmente quelli «incentivanti»; (v) infine, perfezionare e validare, un quadro concettuale adeguato alla comprensione delle sfide per il *management* aziendale e per i decisori di sistema rispetto al potenziale sviluppo dell'attività a pagamento delle aziende.

A tale scopo il gruppo di ricerca ha realizzato:

- ▶ in una prima fase, un'indagine preliminare tramite *focus group* che ha coinvolto *opinion leader* del settore (direzioni generali, sanitarie e amministrative di AO, ASL e IRCCS) per mappare le possibili aree di interesse, definire (e categorizzare) le dimensioni rilevanti di analisi e predisporre il questionario per un'analisi quantitativa;
- ▶ in una seconda fase, una *survey* (attraverso la somministrazione del questionario semi strutturato) volta a indagare opinioni e percezioni di dirigenti di aziende sanitarie pubbliche (DG, DA, DS e responsabili marketing e/o di aree a pagamento) in merito al tema del mercato a pagamento;
- ▶ infine, i dati sono stati elaborati con metodi statistici di tipo descrittivo e di-

scussi in modalità *workshop* (con 20 persone in una mezza giornata svoltasi presso la sede SDA Bocconi) avendo la ricerca – in questo stadio di maturazione ancora iniziale del tema – uno scopo principalmente esplorativo del fenomeno.

Nei *focus group* preliminari al questionario sono emersi quattro possibili macro-profili di postura strategica dei dirigenti rispetto al tema dell'attività a pagamento: gli «avversi», gli «indifferenti», gli «interessati (oggi o in prospettiva)» e quelli con una esplicita «imprenditorialità internazionale» (turismo sanitario). L'indagine esplorativa (seconda fase) si è quindi concentrata sulla *vision* di questi ultimi due gruppi in quanto possibili generatori di innovazione e cambiamento per la diversificazione imprenditoriale delle aziende pubbliche.

Si è quindi proceduto attraverso la costruzione di due panel di intervistati (vertici aziendali, responsabili di marketing e/o di area a pagamento di aziende sanitarie pubbliche), a cui è stato somministrato lo stesso questionario.

Il primo panel è stato costruito inviando in modo casuale il questionario a più di 80 dirigenti di aziende sanitarie pubbliche e si compone di 18 rispondenti (uno per azienda) che hanno aderito al questionario e, inoltre, hanno risposto positivamente alla domanda «consideri interessante, oggi o in prospettiva, lo sviluppo per la tua azienda dell'attività a pagamento». La composizione dei rispondenti interessati (40% DG, 20% DS e 10% DA) è abbastanza equilibrata con un mix di aziende pubbliche (60% ASL e 40% AO) uniformemente distribuite tra Regioni del Nord, Centro e Sud Italia.

Il secondo panel, diversamente, è costituito da un gruppo «auto-selezionato» di 13 rispondenti le cui aziende hanno intrapreso dei percorsi di confronto e aggiornamento sul tema del turismo sanitario presso l'OCPS (Osservatorio sui Consumi Privati) di SDA Bocconi e che, pertanto, dimostrano uno spiccato interesse all'internazionalizzazione dell'attività a pagamento. Questo secondo gruppo è composto da dirigenti di aziende sanitarie pubbliche (circa 50% sono DS), prevalentemente del Nord Italia.

Trattandosi di un'indagine di tipo esplorativo, i risultati non vogliono essere statisticamente rappresentativi della realtà delle aziende sanitarie pubbliche. Piuttosto, intendono fornire, attraverso un processo induttivo, indicazioni concrete su quali possano essere gli orientamenti strategici dell'«imprenditore pubblico», da cui dipendono le future traiettorie di sviluppo dell'attività a pagamento.

Attraverso la survey (seconda fase della ricerca) si è voluto indagare sulle opinioni e percezioni dei dirigenti di aziende sanitarie pubbliche in merito al tema dell'attività a pagamento: (i) quali siano i «mercati» che si offrono alle aziende sanitarie pubbliche quando si parla di consumi sanitari *out of pocket* o intermediati; (ii) le motivazioni specifiche che potrebbero o dovrebbero spingere le aziende sanitarie pubbliche a inserire questo tema nella propria strategia di

sviluppo; (iii) i principali fattori critici di successo; (iv) gli ostacoli e impedimenti al pieno realizzarsi delle possibili opportunità; (v) le implicazioni per il management aziendale e per i SSR ed il sistema sanitario nel complesso. Nei successivi paragrafi si illustrano i risultati rispetto ai due panel di intervistati denominati, rispettivamente, i dirigenti «interessati (oggi o in prospettiva) all'attività a pagamento» e i dirigenti «a imprenditorialità internazionale».

13.3 Mercati potenziali, ostacoli e fattori critici di successo per l'imprenditorialità pubblica: le percezioni di due gruppi di dirigenti

13.3.1 I potenziali mercati a pagamento per le aziende pubbliche e posizionamenti attuali

La prima domanda che è stata posta ai dirigenti è sui potenziali mercati a pagamento di interesse per l'azienda sanitaria pubblica, utilizzando una scala da 1 a 5 per indicare il grado di rilevanza di quel mercato per la propria specifica realtà.

L'elenco delle possibili aree di interesse è stato definito attraverso l'analisi preliminare (*focus group*) e ricomprende sia prestazioni/trattamenti che categorie logiche (es. turismo sanitario): (i) odontoiatria; (ii) visite; (iii) diagnostica (RMN, TAC, RX, ecc.); (iv) ricoveri; (v) prevenzione; (vi) laboratorio; (vii) riabilitazione; (viii) medicina dello sport; (ix) medicina dei viaggi (es. vaccinazioni); (x) turismo sanitario; (xi) crio-conservazione; (xii) procreazione medicalmente assistita; (xiii) medicina del lavoro per imprese; (xiv) veterinaria per imprese; (xv) ricerca finanziata da imprese; (xvi) gestione patrimonio immobiliare; (xvii) prodotti di produzione propria (es. farmaci brandizzati).

Le Figure 13.1 e 13.2 illustrano i *ranking* di questi mercati, come risultato di una percezione media dei rispondenti. È riportata anche la deviazione standard come «indice di convergenza» degli intervistati su una determinata posizione. Nel corso dei *focus group* i mercati erano stati classificati in quattro principali categorie che sono quindi utilizzate come chiave di lettura dei risultati:

1. «mercati strategici», dove i dirigenti avvertono delle importanti opportunità di mercato che l'azienda è (o sarebbe) in grado di cogliere. Questi mercati sono stati associati a un punteggio medio superiore al 3,5;
2. «mercati interessanti», per i quali i dirigenti mostrano una particolare attenzione, ma che non sono al momento di rilevanza strategica per l'intervistato. Questi mercati sono associati a indici medi tra il 3 e il 3,4;
3. «mercati interessanti con riserva», per i quali vi è un potenziale interesse, ma per i quali i dirigenti nutrono delle perplessità (scarsa conoscenza del mercato da parte dell'intervistato, elevato grado di volatilità percepito, o difficoltà di

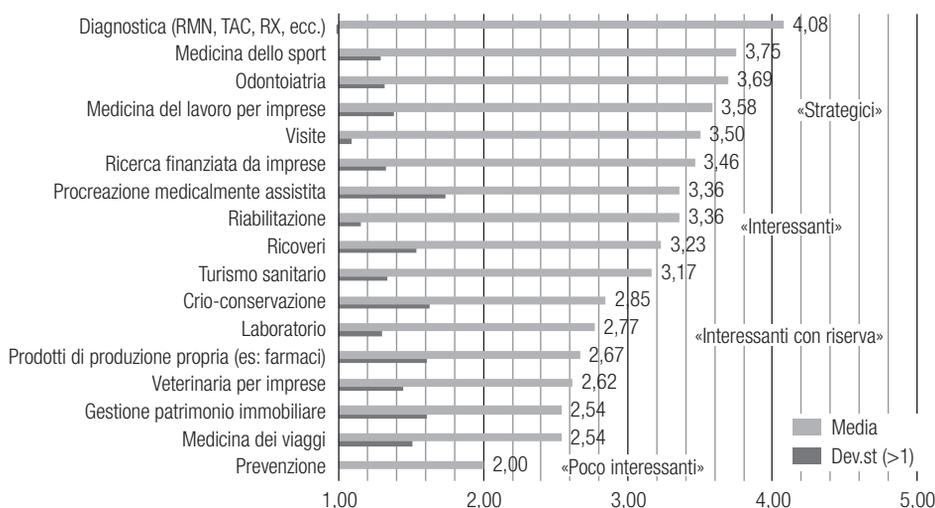
implementazione in azienda). Questi mercati sono associati a indici medi tra il 2,6 e il 3;

4. «mercati poco rilevanti». Si tratta di mercati su cui i dirigenti non sembrano avere intenzione di «puntare» e sono associati a indici medi inferiori al 2,5.

Dalla figura 13.1 si osserva che, all'interno del campione di dirigenti interessati estratto in modo casuale, la diagnostica si conferma come settore fondamentale in cui gli intervistati ritengono che l'azienda sanitaria pubblica possa presentarsi con una propria proposta a pagamento. Su una scala da 1 a 5, il valore medio campionario si attesta intorno al 4. La rilevanza della diagnostica trova inoltre una elevata convergenza nelle risposte (deviazione standard delle risposte molto bassa, inferiore all'unità).

Oltre alla diagnostica, si ritengono «strategici» anche la medicina dello sport, l'odontoiatria, la medicina del lavoro e le visite specialistiche. A un gradino più basso («mercati interessanti»), figurano la ricerca finanziata da imprese, la procreazione medicalmente assistita, la riabilitazione, i ricoveri e il turismo sanitario. Evidentemente i dirigenti intervistati ne notano delle potenzialità per le proprie aziende, ma non sono pronti a «scommetterci» nel breve periodo. Nel caso dei ricoveri, il dato è legato probabilmente alle caratteristiche peculiari del mercato contraddistinto da prezzi poco accessibili (costi difficilmente comprimibili) e offerta pubblica attenta alle liste di atte-

Figura 13.1 **I mercati a pagamento dove l'azienda può presentarsi con una sua formula imprenditoriale secondo il gruppo di dirigenti «interessati (oggi o in prospettiva) all'attività a pagamento». Media campionaria e deviazione standard**



sa. Bisogna poi notare come alcuni mercati raccolgano pareri contrastanti, in ragione non solo delle pure razionalità di mercato. Ad esempio, la procreazione medicalmente assistita mostra un dato medio di circa 3,36 ma è un valore su cui, come immaginabile, si osserva un'elevata deviazione standard. Rientrano tra i «mercati interessanti con riserva» la crio-conservazione e la produzione di prodotti (per esempio, farmaci brandizzati), probabilmente perché vi è curiosità ma anche incertezza sui contenuti e prospettive. Ci sono poi quelli più conosciuti ma per i quali esistono alcune cautele per via probabilmente delle basse marginalità economiche. Il laboratorio (inteso come centro prelievo per i pazienti ma anche come centro di analisi per altre aziende), in particolare, è noto per essere un mercato a marginalità molto basse e un'area in cui si sta operando una forte centralizzazione, riconfigurazione e razionalizzazione. Infine, tra i mercati poco interessanti figurano la gestione del patrimonio immobiliare, la medicina dei viaggi e la prevenzione, tutti mercati in cui le aziende sono presenti o che, perlomeno, dovrebbero conoscere bene.

Passando al gruppo di dirigenti «a imprenditorialità internazionale», è evidente la posizione «apicale» del turismo sanitario che assume un valore medio campionario maggiore di 4.

Rispetto al campione precedente, si nota, inoltre, una maggiore attenzione e interesse per l'attività a pagamento, nel suo complesso. Rimangono tra i «merca-

Figura 13.2 **I mercati a pagamento dove l'azienda può presentarsi con una sua formula imprenditoriale secondo il gruppo di dirigenti «a imprenditorialità internazionale». Media campionaria e deviazione standard**

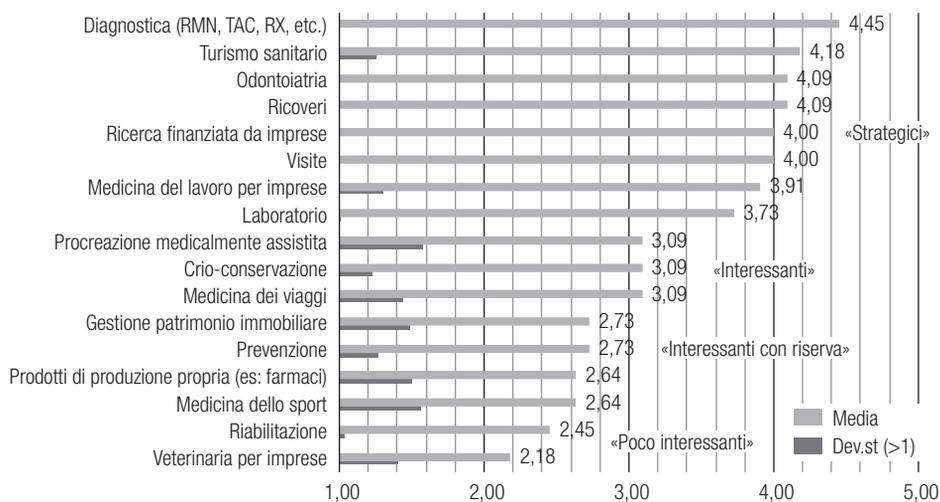
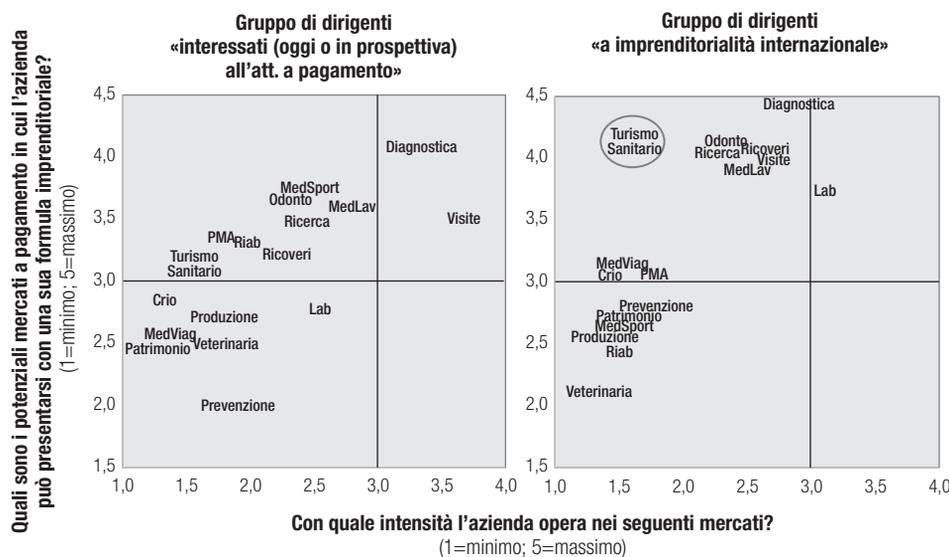


Figura 13.3 **Potenziali mercati a pagamento e intensità con cui l'azienda opera nel mercato. Scatter-plot delle medie campionarie per entrambi i gruppi considerati**



ti strategici», la diagnostica, l'odontoiatria, la ricerca finanziata dalle imprese e le visite specialistiche. Guadagnano, invece, considerevoli posizioni i ricoveri e il laboratorio. È evidente il «trascinamento» indotto dal turismo sanitario per i ricoveri a pagamento. Meno intuitivo il dato sul laboratorio, probabilmente legato alle nuove tecniche di genetica e genomica. L'internazionalizzazione sembra poi trainare verso l'alto anche la crio-conservazione, la procreazione medicalmente assistita e la medicina dei viaggi. Scende, invece, di posizioni la riabilitazione, sebbene il mercato *out of pocket* rimanga uno dei più rilevanti del settore, almeno in Italia (si veda capitolo 7).

Nonostante le differenze tra i due campioni, emerge un quadro in cui i dirigenti tendenzialmente trovano «strategici» quei settori in cui già operano con una certa intensità. Questo è particolarmente evidente quando si vanno a incrociare i dati sulle percezioni relative alle potenzialità di un mercato privato con quelle sul grado di attività dell'azienda in quello stesso mercato³ (Figura 13.3).

Per il primo gruppo, si nota una vera e propria associazione positiva tra que-

³ I valori medi riferiti alla domanda sul grado di intensità con cui l'azienda opera nei mercati a pagamento sono tutti tendenzialmente bassi, a conferma di una scarsa propensione al mercato a pagamento. In figura 13.3, la maggior parte dei mercati si trova, infatti, a sinistra l'asse delle ascisse che è stato ridotto di scala per facilitare l'osservazione dei dati.

ste due variabili che mostrano un indice di correlazione lineare maggiore del 70%. Anche il secondo gruppo di dirigenti intervistati sembra associare alte potenzialità di sviluppo imprenditoriale con l'intensità con cui l'azienda opera già in quel mercato, tranne che per il turismo sanitario, vero e proprio *outlier* nella figura (elevato interesse e bassa operatività nel mercato).

In generale, si delinea, dunque, un orientamento strategico di fondo di presidio o maggiore penetrazione nei mercati «tradizionali» a pagamento, piuttosto che di vera e propria innovazione. Lo stesso gruppo a «vocazione internazionale», maggiormente sensibile e interessato alla tematica dell'imprenditorialità pubblica, presenta come principale area di discontinuità un nuovo target di utenza (pazienti internazionali) piuttosto che una nuova linea di produzione.

13.3.2 I motivi principali che spingono l'azienda a sviluppare attività a pagamento

L'analisi qualitativa propedeutica al questionario aveva portato a stilare una lista di circa venti motivazioni che possono spingere un'azienda a un maggior sviluppo dell'attività a pagamento. Le motivazioni attengono sia a dinamiche interne all'organizzazione come, per esempio, quelle relative alla gestione del personale (valorizzazione e riconoscimento dei professionisti) o alle opportunità offerte dalla disponibilità di capacità produttiva inutilizzata, sia a fattori esogeni, quali, per esempio, le politiche sanitarie che limitano i perimetri di utilizzo delle risorse pubbliche (recente decreto «appropriatezza»).

I dati nelle Figura 13.4 e 13.5 riportano le medie campionarie dei risultati rispetto al grado di rilevanza delle motivazioni. Non si riporta la deviazione standard perché i dati mostrano un generale accordo all'interno di ciascuno dei due campioni considerati (deviazione standard inferiore a uno per tutte le domande).

Per entrambi i gruppi di dirigenti, il professionista è al centro dei motivi per cui sviluppare l'imprenditorialità pubblica. La necessità di «valorizzare i professionisti» e «motivarli» sono collocati tra le prime quattro ragioni di interesse, in entrambi i gruppi. Non ai primi posti, ma comunque rilevante, il dato relativo al «trattenere i professionisti». Il motivo dominante è quindi quello «storico» di avere a disposizione una leva di gestione delle risorse umane.

Da un'osservazione più approfondita si può comunque notare una differenza strutturale tra i due gruppi di dirigenti. Il gruppo «interessati» mostra una maggiore attenzione alla dimensione di aumento dell'efficacia nel rispondere ai propri pazienti (nazionali). Ai primissimi posti, si riscontrano, infatti, le motivazioni legate al «rispondere alla domanda degli utenti» e del «fidelizzare i propri pazienti». Interessante però notare come la motivazione legata al «rispondere a una domanda extra-LEA» figuri in basso alla classifica, coerente-

Figura 13.4 **Le motivazioni che possono spingere l'azienda verso un maggiore sviluppo dell'attività a pagamento. Media campionaria gruppo di dirigenti «interessati (oggi o in prospettiva) all'attività a pagamento»**

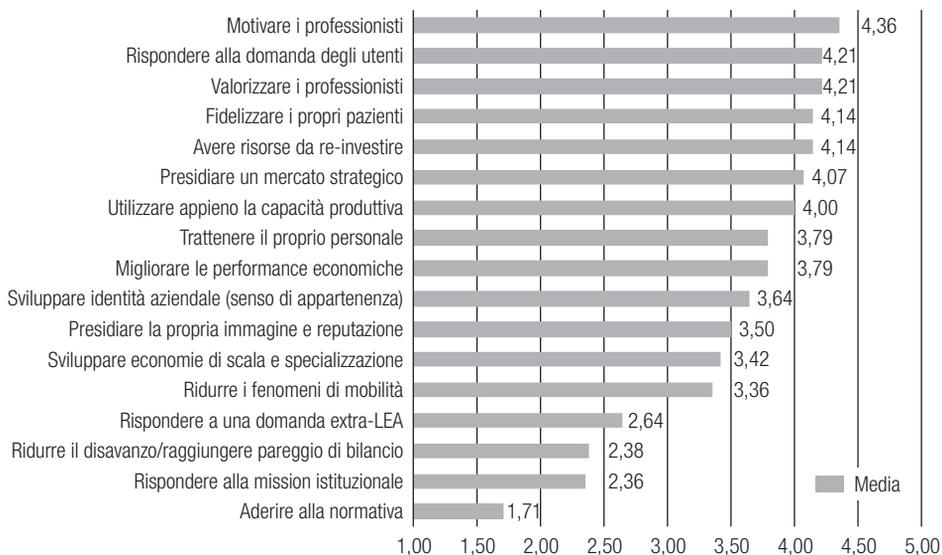
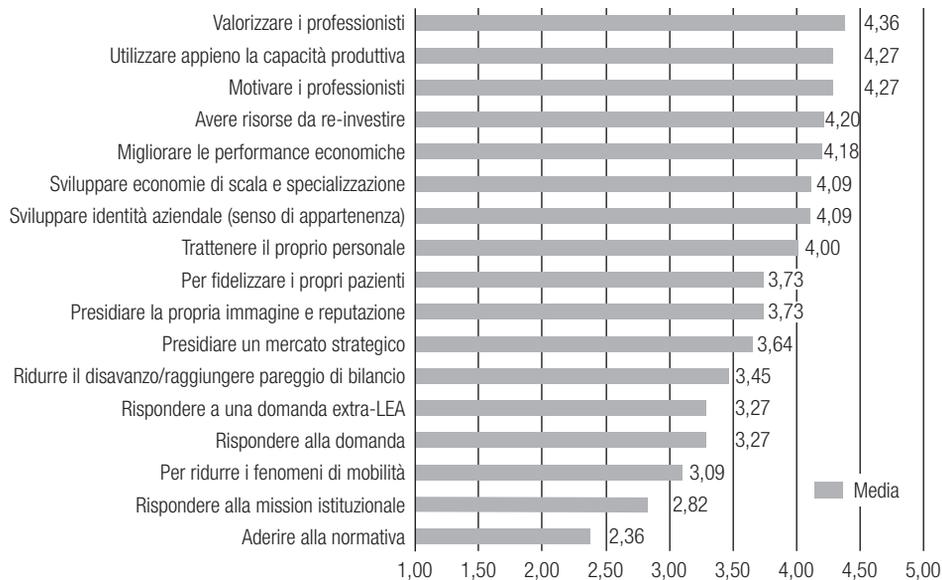


Figura 13.5 **Le motivazioni che possono spingere l'azienda verso un maggiore sviluppo dell'attività a pagamento. Media campionaria gruppo di dirigenti «a imprenditorialità internazionale»**



mente con la propensione a operare in mercati «già» presidiati (vedi paragrafo precedente).

Per quanto riguarda le aziende che hanno una propensione a sviluppare attività a pagamento per l'utenza estera, emerge, invece, la variabile «economica». Oltre alla motivazione legata ai professionisti, tra le prime cinque motivazioni per cui questi dirigenti si orientano allo sviluppo di attività a pagamento figurano, infatti, l'«utilizzare appieno la capacità produttiva», la possibilità di avere «risorse da re-investire» nell'attività istituzionale e il «miglioramento delle performance economiche». In particolare, questo è visto come un modo per sviluppare il posizionamento dell'azienda nel settore dei consumi sanitari privati, facendo leva sul pieno utilizzo di tecnologie e competenze aziendali, nonché sulla mobilità europea e internazionale dei pazienti, individuando strategiche fonti di guadagno. Non si tratta, quindi, di un semplice strumento alternativo per pareggiare il bilancio (posizione medio-bassa nel ranking), ma vi è, appunto, un'accezione di proattività e imprenditorialità. Tutto ciò naturalmente è spinto anche dall'esigenza di conferire alle aziende maggiore visibilità e attrattività rispetto ai professionisti, nonché a migliorare la risposta istituzionale ai pazienti nazionali attraverso la riallocazione delle risorse.

Bisogna, infine, notare come i due gruppi concordino sul non ritenere rilevanti delle motivazioni «statiche» (di mantenimento del proprio posizionamento istituzionale e/o competitivo), come, per esempio, la semplice ottemperanza della normativa o la riconduzione alla *mission* istituzionale. Quest'ultimo risultato appare, in realtà, tanto interessante quanto ambiguo (sarà oggetto di futuri approfondimenti). Da una parte, si potrebbe interpretare il dato come una scarsa motivazione nel perseguire «dogmaticamente» la *mission* istituzionale, oppure, può essere interpretato come la necessità di allineare maggiormente i contenuti della *mission* istituzionale con le motivazioni sottostanti l'attività a pagamento.

13.3.3 Gli ostacoli allo sviluppo dell'attività imprenditoriale nelle aziende pubbliche

Sulla base delle indagini preliminari, erano emersi quattro ambiti in cui collocare i principali ostacoli allo sviluppo dell'imprenditorialità pubblica: l'organizzazione aziendale, il sistema di collaborazioni con altri *stakeholders* del settore (per esempio, fondi sanitari integrativi e assicurazioni), le risorse disponibili (non solo economiche ma anche di organico, ecc.) e il quadro normativo. Rispetto a quest'ultimo punto, si percepisce un sistema di regole troppo rigido «ereditato dal passato» che lascia pochi margini di autonomia alle direzioni (per esempio, turni di lavoro, percentuali di attività, sistemi di tariffazione). In altre situazioni si percepiscono, invece, delle lacune normative, come, per esempio, il siste-

Figura 13.6 **Gli ostacoli allo sviluppo dell'attività a pagamento. Media campionaria gruppo di dirigenti «interessati (oggi o in prospettiva) all'attività a pagamento»**



ma di regole per la contabilità che presenta ancora delle ambiguità (integrata o separata?).

Vi sono poi degli importanti «impedimenti» organizzativi, principalmente collegati a una debole cultura manageriale di fondo. Si sente la mancanza di sistemi gestionali e apparati amministrativi dedicati, nonché di adeguate figure e competenze gestionali per «metterli in moto».

Altro punto critico è la mancanza di risorse dedicate, quali, ad esempio traduttori (in caso di turismo sanitario), o uffici amministrativi e uffici di marketing in grado di confrontarsi con altri *stakeholders* del settore dei consumi sanitari privati. Si percepisce la scarsa diffusione di convenzioni con fondi e assicurazioni, specie per via della poca conoscenza di questi mondi e delle possibili collaborazioni che possono svilupparsi.

Una volta messo a sistema questo insieme di vincoli/ostacoli, l'indagine esplorativa è stata occasione per stilare un *ranking* dell'intensità con cui questi vincoli sono percepiti dai due campioni di intervistati (Figura 13.6 e Figura 13.7). Premettendo che tutti gli ostacoli indicati sono considerati come significativi, i dati mostrano una differenza di fondo tra i due gruppi.

Se il primo si concentra maggiormente sugli aspetti normativi, sulle difficoltà burocratiche e sulla mancanza di risorse, il secondo sposta la sua attenzione sui vincoli organizzativi e la scarsa diffusione di convenzioni con fondi e assicurazioni. Questa differenza appare in linea con quanto emerso dai risultati precedenti di una maggiore inclinazione imprenditoriale da parte di coloro che sono orientati a posizionare le aziende all'interno del mercato internazionale dei consumi sanitari privati.

Figura 13.7 **Gli ostacoli allo sviluppo dell'attività a pagamento.**
Media campionaria gruppo di dirigenti «a imprenditorialità internazionale»



13.3.4 I fattori critici di successo

Ai dirigenti è stato chiesto quali siano, dal loro punto di vista, i fattori critici di successo per lo sviluppo dell'attività a pagamento, scegliendo tra i primi tre mercati/prestazioni potenziali secondo loro più rilevanti. È interessante qui notare una convergenza di opinioni tra i due gruppi che quindi sono state inserite in un'unica tabella di sintesi (Tabella 13.1).

Il quadro non presenta particolari sorprese. I mercati più citati sono stati la ricerca, la diagnostica, le visite e i ricoveri. La ricerca finanziata dalle imprese risulta dipendere fortemente dalla reputazione dei professionisti e dalla reputazione dell'azienda e del *brand*, nonché dalla dotazione tecnologica e strutturale. Mentre non si percepiscono come fattori critici di successo l'aspetto dell'ambiente e della *location* e i servizi accessori, più legati ai servizi alla persona.

Con riferimento proprio a questo secondo insieme di fattori, la diagnostica, le visite e i ricoveri mostrano delle aree di differenziazione. Per la diagnostica, spicca, naturalmente, l'importanza della dotazione tecnologica e strutturale. Per le visite, diversamente, la reputazione dei professionisti (peso del 26%) rimane un fattore critico distintivo e supera in ordine di rilevanza la reputazione dell'azienda (peso del 13%).

Bisogna osservare come, per i ricoveri, sia determinante l'apporto del convenzionamento con fondi e assicurazioni, molto più che per visite e diagnostica. D'altronde sono noti i processi e le motivazioni che stanno portando a un «convenzionamento» dell'attività a pagamento in regime di ricovero (Del Vecchio, Fenech, Rappini, 2015).

Tabella 13.1 **I fattori critici di successo «ipotizzati» per lo sviluppo dell'attività a pagamento nei ricoveri, diagnostica, visite e ricerca finanziata dalle imprese. Composizione percentuale del numero di citazioni. Campione complessivo**

	Ambienti e location	Dotazione tecnologica e strutturale	Reputazione professionisti	Reputazione azienda e del brand	Servizi accessori (personale, ristorazione, comfort alberghiero, ecc)	Assicurazioni e Fondi Integrativi	Capacità di gestione operativa	Capacità di marketing e comunicazione	TOT
Ricerca	0%	19%	31%	31%	0%	6%	6%	6%	100%
Diagnostica	10%	24%	10%	14%	3%	14%	10%	14%	100%
Visite	13%	13%	26%	13%	0%	13%	6%	16%	100%
Ricoveri	15%	9%	15%	9%	6%	21%	9%	18%	100%
Totale	10%	16%	19%	13%	3%	11%	9%	18%	100%

Un peso importante viene associato anche alla capacità di comunicazione e marketing, in coerenza con quanto osservato in precedenza sugli ostacoli allo sviluppo (mancanza, ad oggi, di adeguate competenze manageriali e figure pronte ad operare sul mercato a pagamento).

13.3.5 L'attività a pagamento tra quindici anni

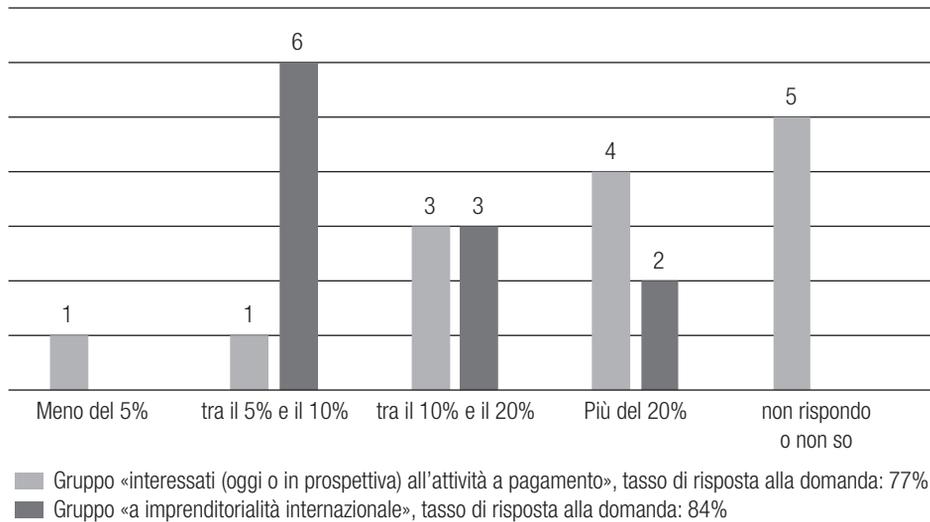
Rispetto alla domanda sul peso attuale dell'attività a pagamento nelle fonti di finanziamento delle aziende, la percezione dei dirigenti appare in linea con quanto è già noto: tendenzialmente inferiori al 5% del valore complessivo della produzione, con eventuali picchi che però non vanno oltre il 10%.

Più interessanti sono, invece, i dati sulle aspettative di come questi pesi possano cambiare nel tempo. È stato infatti chiesto un parere rispetto «a quanto ammonteranno orientativamente i ricavi da attività a pagamento tra 15 anni».

In Figura 13.8 sono illustrati i risultati per entrambi i panel di riferimento. Come si può notare, il tasso di risposta per il gruppo degli «interessati» raggiunge il 77% degli intervistati ma tra questi quasi la metà «non risponde» o «non sa cosa rispondere». Questo tasso di risposta può essere sintomo di incertezza sul futuro, del fatto che non si hanno gli elementi/conoscenze per rispondere, della delicatezza del tema (argomento politicamente sensibile, quanto non addirittura *tabù*), ma anche di un interessamento «con riserva» nel costruire una *vision* intorno a questo settore.

Nel gruppo «a vocazione internazionale», diversamente, il tasso di risposta ri-

Figura 13.8 **Previsioni su peso dell'attività a pagamento nei bilanci delle aziende sanitarie pubbliche in termini di percentuali sui fatturati. Entrambi i gruppi analizzati**



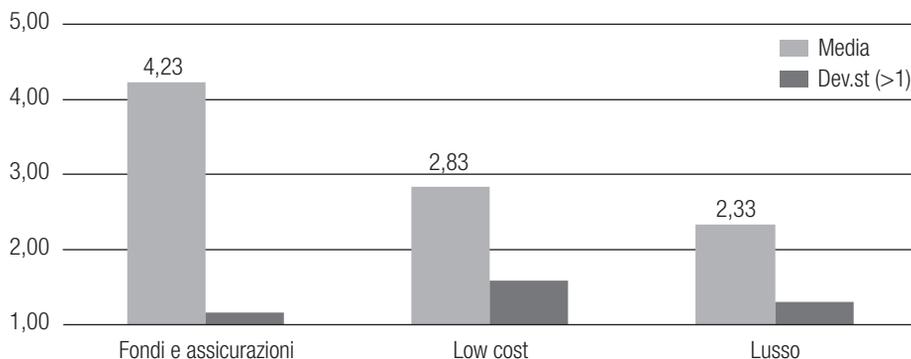
mane solido e non vi sono reticenze a rispondere. Questo atteggiamento potrebbe essere interpretato come una maggiore consapevolezza delle potenzialità di sviluppo imprenditoriale dell'azienda e delle possibili traiettorie future. Si può inoltre riflettere sul fatto che un orientamento all'internazionalizzazione generi molti meno conflitti rispetto al dibattito sulla legittimità dell'imprenditorialità pubblica nel contesto nazionale. Non solo, l'imprenditorialità internazionale potrebbe addirittura essere percepita dalla collettività (e quindi dai dirigenti delle aziende pubbliche), come un modo per migliorare il *brand* del nostro paese e attrarre risorse esterne (estere) da re-investite nel Servizio Sanitario Nazionale.

In ogni caso, il dato che emerge con una certa robustezza è quello che vede una percezione di aumento del peso delle entrate da attività a pagamento oltre la soglia attuale del 5%. Questo può essere il frutto di una visione di crescita dell'attività a pagamento o di una riduzione di quella istituzionale (o di entrambe). Nel secondo caso, sono note le politiche di contenimento della spesa pubblica che possono quindi indurre gli stessi dirigenti a percepire una stabilizzazione (se non riduzione) delle fonti «istituzionali» di finanziamento nel medio periodo.

Nel caso di scenari di crescita dei consumi sanitari privati, un fattore trainante viene riconosciuto ancora una volta nel ruolo degli intermediari.

In termini di prospettive future, un'ultima riflessione merita, infatti, il dato sulle percezioni degli intervistati rispetto ai «segmenti di mercato più promettenti» per l'azienda: fondi e assicurazioni, *low cost*, e «lusso». Tra questi tre risul-

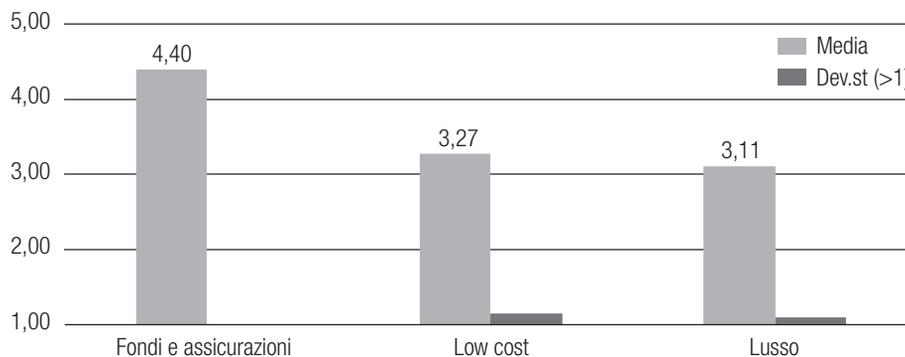
Figura 13.9 **Segmenti di mercato «traccianti» secondo il gruppo di dirigenti «interessati (oggi o in prospettiva) all'attività a pagamento». Media campionaria e deviazione standard**



ta dominante il ruolo futuro di «fondi e assicurazioni», settore ancora in costruzione in Italia, ma in crescita (vedi capitolo 7 del presente rapporto).

In entrambi i due gruppi considerati il dato medio supera il livello 4 di rilevanza (su una scala da 1 a 5) e registra una bassa variabilità all'interno dei gruppi su questa domanda. Il gruppo «a imprenditorialità internazionale», mostra poi un moderato ma solido interesse sia per il *low cost* che per il «lusso», a conferma della consapevolezza di poter agire su entrambi i mercati. Diversamente, il gruppo degli interessati mostra pareri discordanti su *low cost* e «lusso», segno che quando si guarda alla platea generale delle aziende pubbliche, gli orientamenti sono più chiaramente differenziati.

Figura 13.10 **Segmenti di mercato «traccianti» secondo il gruppo di dirigenti «a imprenditorialità internazionale». Media campionaria e deviazione standard**



13.4 Implicazioni e conclusioni

In sintesi, l'analisi condotta e discussa in questo contributo mostra dei risultati che avallano le riflessioni avanzate nell'introduzione:

- ▶ ci sono dei «mercati» di prestazioni a pagamento oltre la libera professione, e sovrapponibili ad essa di valore significativo e di interesse crescente per i manager e gli specialisti dello staff marketing e sviluppo delle aziende sanitarie pubbliche: tra i mercati più strategici o interessanti si possono citare la diagnostica, la medicina del lavoro, le visite specialistiche, la medicina dello sport, e poi il turismo sanitario. Ovviamente poi ogni azienda e management ha dei mercati interessanti/strategici in specifiche nicchie di attività collegate alle proprie specificità;
- ▶ c'è la consapevolezza che è in atto e può essere perseguita una strategia di differenziazione e diversificazione crescente nelle linee di prodotto/servizio e relativi *target*: un conto è produrre per il segmento di mercato delle assicurazioni e fondi, diverso è costruire un'offerta *low price* piuttosto che dedicata alla clientela di alta gamma, come nel caso dello sviluppo della cosiddetta *concierge medicine*⁴;
- ▶ le motivazioni per le aziende sanitarie pubbliche per investire nello sviluppo strategico e governato dell'area a pagamento sono solide, razionali e difendibili nel rapporto con la politica e la collettività, a prova di rischio di delegittimazione delle aziende stesse. Vi è consenso unanime sul fatto che possa essere una leva fondamentale per la valorizzazione dei professionisti, per l'affermazione del *brand*, dell'identità ed appartenenza aziendale, e di tutto questo vi è un grandissimo bisogno (De Pietro et al. 2010, Lega 2013) dentro aziende sanitarie troppo spesso svalutate internamente ed esternamente. Si percepisce l'importanza di generare e reimmettere nel circuito istituzionale risorse aggiuntive, e di migliorare le *performance* economiche a vantaggio delle dinamiche aziendali complessive;
- ▶ c'è comprensione che tra i fattori critici di successo vi sia la costruzione e comunicazione di un'immagine aziendale che ispiri fiducia, competenza, tecnologia e quindi accresca la reputazione dei professionisti e dell'organizzazione nel complesso, così come restano importanti le dotazioni strutturali ed *in primis* la qualità dei professionisti;
- ▶ gli ostacoli ed impedimenti sono ben inquadrati, da quelli determinati dai limiti strutturali dell'organizzazione ai problemi di collaborazione interistituzionale, alla limitatezza delle risorse investibili, fino ad un quadro normativo complicato, avverso od incompleto.

⁴ Cfr nota 2.

Quindi, si può ritenere che almeno in parte il processo di scongelamento sul tema sia ben avviato e che le aziende sanitarie pubbliche possano concretamente affrontare con rinnovata attenzione il tema sempre più strategico di un loro sviluppo in senso imprenditoriale.

Permangono ovviamente alcune ombre importanti e condizioni limitanti. La prima, il fatto che un gruppo cospicuo di manager è classificabile come *risk averse*, avendo di fondo una avversione verso lo sviluppo pieno del lato imprenditoriale percependolo come un rischio organizzativo e politico. Ne è un esempio il fatto che diversi ritengano inopportuno che le aziende sanitarie pubbliche sviluppino attività nell'area delle prestazioni extra LEA, collocando queste senza distinzioni fuori dal perimetro della missione ed implicitamente nell'area dell'inappropriatezza. Al contrario, vi è un gruppo di manager, specificatamente quelli anche maggiormente interessati al mercato internazionale, che ha una visione imprenditoriale e *risk-taker*.

Altro fattore condizionante è la *path-dependency*, cioè il fatto peraltro naturale che il management aziendale consideri come più interessanti e strategici quei mercati in cui già opera con qualche successo o dove intravede le potenzialità inesprese della propria azienda. Posizione legittima e ragionevole dal punto di vista gestionale, ma che inevitabilmente comprime gli orizzonti imprenditoriali possibili. Infine la scarsa importanza attribuita ai fattori «periferici» del servizio forse sconta una storia della sanità in cui era, e certamente è ancora, determinante il professionista, sebbene sia evidente che negli ultimi tempi è sempre di più la combinazione tra i due elementi – professionalità (competenza e tecnologia) e condizioni di resa del servizio (struttura, processo, elementi tangibili ed intangibili, comunicazione ecc.) – su cui si giocano competizione e successo.

In ogni caso, vi è la percezione generale che siamo di fronte ad un punto di svolta importante della sanità italiana, dove il settore in generale sta evolvendo verso forme più organizzate di attenzione ai consumi privati, anche per effetto dei mutamenti che altri paesi hanno percorso. Il treno è partito per molti versi, e questo è il momento giusto per decidere se saltare a bordo, quella fase prima del consolidamento del settore da cui si generano nuovi equilibri e posizionamenti strategici. Se le aziende pubbliche rimarranno alla finestra, saranno inevitabilmente gli imprenditori privati, italiani e magari anche internazionali, ad occupare il terreno oggi ancora contendibile. E se le aziende pubbliche non si attrezzano e scendono in campo, il rischio di migrazione dei professionisti, e l'avvio di un circolo vizioso tra mancato sviluppo e progressivo impoverimento della struttura non è un rischio così remoto. In questo quadro, occorre quindi che le aziende sanitarie pubbliche riflettano rapidamente per affrontare strategicamente su questo tema. Ciò non implica diventare «imprese» in alcun modo, ma almeno produrre quel pò di *sense-making* (Weick, 1979) con il proprio management e i professionisti sul senso e modo con cui porsi di fronte alla sfida posta dal conso-

lidarsi dei consumi a pagamento in sanità e dell'evoluzione del settore dell'intermediazione e dei concorrenti privati.

Quindi lavorando sull'orientamento strategico di fondo (OSF)⁵ dell'azienda, e sulla postura strategica tra atteggiamenti aggressivi o difensivi verso il tema.

Incluso il livello di dialogo e lobbying con le istituzioni regionali e nazionali perché inseriscano apertamente il tema nella propria agenda e definiscano senza ambiguità gli spazi strategici lasciati alle aziende. Non le azioni vincolanti, ma le direzioni da esplorare, la libertà di iniziativa, nel rispetto delle regole da osservare e dei finalismi istituzionali.

Le implicazioni operative per il management aziendale sono poi almeno di tre livelli:

- ▶ agire sulla cultura organizzativa, per generare il riallineamento necessario tra visioni differenti rispetto al ruolo dell'azienda sanitaria, delineare assieme ai professionisti le ragioni di uno sviluppo in senso imprenditoriale ma governato delle attività, generare il senso di urgenza e consapevolezza della necessità di affrontare il tema nella prospettiva strategica dell'azienda;
- ▶ costruire una strategia specifica per lo sviluppo dell'area di attività a pagamento, che tenga conto del perimetro e vincoli dell'attività istituzionale e delle pressioni e limitazioni poste dalla libera professione svolta in azienda, ricerchi le giuste sinergie, individui quindi i mercati, definisca i target, determini la direzione e le attese di risultato, costruendoci attorno i significati comprensibili a comunicabili ai professionisti ed a tutti i restanti *stakeholder* (politica, collettività, media ecc.);
- ▶ sviluppare un metodo di lavoro che richiami il concetto di *business model* (Glaser et al. 2003), o di formula imprenditoriale (Coda, 1988), dove, per ogni area di sviluppo dell'attività a pagamento sono sequenzialmente analizzati gli elementi che, definiti in coerenza tra loro, determinano un modello di servizio di successo: il target specifico a cui si rivolge l'azienda, il portafoglio di servizi/prestazioni che l'azienda intende offrire (tra elementi core e periferici), le strategie e decisioni operative conseguenti. Ad esempio, la selezione delle caratteristiche del personale di servizio e di supporto, la comunicazione, la definizione dei prezzi, i canali di accesso, le condizioni strutturali, e tutto quanto serve per rendere fruibile e di massimo impatto qualitativo la *patient experience* in relazione al segmento target e linea di servizio/prodotto azionato, sia esso un *low price*, un alta gamma, turismo sanitario, o uno specifico intermediario od in generale il mondo assicurativo.

⁵ L'OSF è l'orientamento di fondo del management che è fatto di valori, atteggiamenti profondi, convinzioni radicate, modelli mentali, ambizioni e così via, si come l'azienda deve porsi nel rapporto con il suo ambiente, il suo contesto istituzionale (Coda, 1988)

Per concludere, scopo di questo contributo, attraverso lo studio ed analisi delle visioni, percezioni ed aspettative del management di un campione di aziende sanitarie pubbliche, era quello di ricostruire un quadro concettuale-interpretativo dell'evoluzione che l'area delle attività a pagamento sta avendo e potrebbe ulteriormente intensificarsi nel prossimo futuro.

Da cui trarne le implicazioni gestionali immediate per le direzioni aziendali, e quelle più generali sull'urgenza che politica ed istituzioni prendano posizione e definiscano lo spazio strategico per una imprenditorialità possibile delle aziende sanitarie pubbliche lavorando altresì per migliorare l'adeguatezza ed eliminare l'incoerenza degli impianti normativi in essere che sostengono od impediscono lo sviluppo in tale direzione.

Ci auguriamo quindi di essere riusciti a mettere a fuoco sia il tema del possibile sviluppo imprenditoriale delle aziende sanitarie pubbliche, evidenziandone le principali ragioni ed opportunità nel quadro della legittimazione data dal rispetto dei perimetri istituzionali e dalla coerenza con i finalismi istituzionali, sia le principali sfide che si pongono a livello di sistema e di aziende per la realizzazione di una trasformazione, o meglio riconfigurazione strategica, di postura ed orientamento strategico di fondo, che appare molto importante, se non inevitabile.

Lo sviluppo dei consumi privati pare infatti continuo, e per alcune fattispecie di aziende sanitarie pubbliche, soprattutto quelle di alta specializzazione con richiamo internazionale, è un dovere valorizzare le proprie capacità interne. La società sta cambiando in modo inarrestabile, i bisogni evolvono, la collettività si stratifica in *target* e segmenti diversi di «clientela», le aziende/imprese ed il mondo assicurativo evolvono e le direzioni delle aziende sanitarie pubbliche possono e devono includere nei propri quadri strategici queste evoluzioni per tenere il passo di un mondo diverso e preparare le proprie realtà già oggi ad un futuro sempre più presente.

Bibliografia

- Cavazza M., Hiedemann A.M., Lega F. (2015), Il turismo sanitario in Europa e nel mondo: tendenze in atto e dinamiche future, Rapporto OCPS 2015, SDA Bocconi School of Management.
- Cavazza M. & De Pietro C. (2011). Sviluppo e prospettive dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale. E. Cantù (a cura di), L'aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI, 173-200.
- Coda V. L'orientamento strategico dell'Impresa, UTET, 1988.
- Dean J. (2015), «Private practice is unethical – and doctors should give it up» *BMJ*, 350:h2299.
- De Pietro C., Francesconi A., Lega F., Sartirana M. (2010), La valutazione dei

- medici del SSN: proposte in campo e pratiche aziendali, Rapporto OASI 2010, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (2015), Rapporto OCPS 2015, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (2013), «Health Care Retailization. Nuovi strumenti per accrescere competitività e fiducia nel mondo sanitario», in CERGAS Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2013, Milano, Egea.
- Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V. (2015), «La trasformazione dell'attività a pagamento nelle grandi aziende ospedaliere», in CERGAS Bocconi (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto OASI 2015, Milano, Egea.
- Hiedemann A.M. & Lega F. (2014), Turismo della salute: definizione, driver e opportunità di business per l'Italia, Rapporto OASI 2014, CERGAS Università L. Bocconi.
- Glaser J.P., DeBor G., Stuntz L., The New England Healthcare EDI Network. *Journal of healthcare information management: JHIM*. 2003;17(4):42-50.
- King D. (2013), «Private Patients in Public Hospitals», Australian Health Service Alliance & Australian Centre for Health Research.
- Kotler P. and Keller K.L. (2006), *Marketing Management* (12th edition), New Jersey, Pearson Prentice Hall.
- Lega F., *Management della Sanità: lineamenti essenziali e sviluppi recenti del settore e dell'azienda sanitaria*, Egea, 2013.
- Longo F. (1997). «Area a pagamento o libera professione?», in 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.
- Weick K. (1979), *The social psychology of organizing*, second edition, Addison-Wesley Reading, Mass.