

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2018

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 sul 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 2018:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) 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 l'evoluzione dei profili professionali (*skill mix*) del personale SSN; la centralizzazione degli acquisti, con un approfondimento sulle politiche di acquisto nel comparto farmaceutico; l'introduzione di prezzi di riferimento per i dispositivi medici; i modelli per la segmentazione dei pazienti e il *Population Health Management*;
- a livello aziendale, si focalizza sui processi attuativi di certificabilità dei bilanci, sull'evoluzione dei sistemi di programmazione e controllo alla luce delle accresciute dimensioni aziendali, sugli strumenti per la gestione del sapere professionale, sulla diffusione di una funzione strutturata di gestione operativa.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e 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. Quest'anno, inoltre, il CERGAS celebra il suo 40° anniversario, di pari passo con il SSN.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5156-6



9 788823 851566

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2018



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

CERGAS - Bocconi



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

CERGAS
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 della SDA Bocconi School of Management



**CER GAS & SSN
40 ANNI INSIEME**

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CER GAS - Bocconi



**Università
Bocconi**

CER GAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management



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

Impaginazione: Corpo4 Team, Milano

Copyright © 2018 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 2018

ISBN 978-88-238-5156-6

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®

4 **Gli erogatori privati accreditati: inquadramento ed evoluzione dei grandi player ospedalieri¹**

di Federico Lega, Francesco Petracca e Alberto Ricci²

4.1 **Introduzione, obiettivi e metodi**

Gli erogatori privati accreditati combinano la natura istituzionale privata e la provenienza pubblica delle risorse destinate a finanziare le prestazioni fornite³. Gli attori che popolano questo particolare circuito, dunque, sono caratterizzate da peculiarità di fondo che ne influenzano il posizionamento strategico e le scelte operative (Carbone, 2013).

In particolare, si osserva che:

- ▶ in quanto aziende di servizi appartenenti al settore sanitario, i processi produttivi degli erogatori privati accreditati necessitano la compresenza dell'utente (paziente) e dell'erogatore (medico o altro professionista sanitario)⁴; inoltre, sono aziende contraddistinte da rilevante complessità nella gestione dei professionisti sanitari (aziende *brain intensive*);
- ▶ in quanto aziende private, sono contraddistinte da una fondamentale autonomia nelle scelte strategiche ed operative (ad es. nell'organizzazione del

¹ La ricerca è stata realizzata con il contributo incondizionato del Cluster Lombardo Life Science. Si ringraziano per i contributi forniti durante le interviste i dott. Angelo Luca (ISMETT), Antonio Monteleone (AGeSPI Lombardia), Luciano Ravera (Humanitas), Paolo Rotelli (Gruppo Ospedaliero S. Donato), Giovanni Maria Soro (Provincia Lombardo-Veneta dei Fatebenefratelli).

² Il capitolo aggiorna e amplia i contenuti del capitolo 6 del Rapporto OASI 2017 (Petracca e Ricci, 2017). Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto degli autori, il § 4.6 è da attribuire a Federico Lega, i §§ 4.1, 4.5.1 e 4.5.3 ad Alberto Ricci e i restanti a Francesco Petracca. Si ringraziano Federica Ambrosio e Mattia Vincenzo Olive per il contributo nella fase di analisi.

³ Per una presentazione dei quattro "circuiti" del settore sanitario, ottenuti dalle relative combinazioni di pubblico e privato nelle forme di finanziamento e nelle modalità di erogazione, si veda il capitolo 8 del Rapporto OASI 2017.

⁴ Va però sottolineato come lo sviluppo di innovative soluzioni tecnologiche e informatiche (come, ad esempio, la telemedicina) abbia consentito, in alcuni casi, di superare il vincolo della compresenza.

proprio personale), dall'esposizione a forti meccanismi di mercato sia nelle scelte di acquisizione degli input che di cessione degli output, e, almeno di norma, dall'imperativo della sostenibilità economica e/o della generazione di utili (rispettivamente nel caso delle aziende *not for profit* e delle imprese);

- ▶ in quanto aziende accreditate, dipendono strettamente dalle dinamiche e dalle regole proprie dei sistemi pubblici, come, per esempio, i prezzi politici (tariffe) per tutti quei casi in cui i pazienti ricevono servizi sanitari in regime di accreditamento con il SSN. Inoltre, per la pianificazione di medio-lungo periodo e la programmazione dei flussi di cassa, queste aziende dipendono fortemente dalle scelte di pianificazione del sistema operate dal pubblico a livello nazionale e regionale⁵.

Il presente capitolo riporta un'importante parte delle analisi dell'Osservatorio Sanità Privata Accreditata (OSPA) del CERGAS-Bocconi. L'obiettivo dell'Osservatorio, e delle ricerche presentate ogni anno nel Rapporto OASI, è innanzitutto l'inquadramento del settore in una logica di confronto inter-temporale e interregionale. Inoltre, l'Osservatorio approfondisce alcune dinamiche emergenti del settore, di particolare rilievo, selezionate di anno in anno dai ricercatori CERGAS.

In particolare, come riportato dal Box 4.1, il capitolo analizza l'insieme degli erogatori privati accreditati (§ 4.2) evidenziandone la rilevanza dal punto di vista economico (§ 4.3), oltre alle caratteristiche dimensionali e i livelli di attività dell'assistenza ospedaliera (§ 4.4). Queste sezioni aggiornano i dati del capitolo 6 del Rapporto OASI 2017 (Petracca e Ricci, 2017). Il § 4.5 include l'approfondimento tematico di OSPA del 2018. Il paragrafo propone l'analisi del posizionamento dei grandi *player* ospedalieri; si focalizza sia sull'integrazione orizzontale, intesa come crescita dimensionale all'interno del settore ospedaliero, sia su quella verticale, intesa come diversificazione lungo la filiera sanitaria (Panati e Golinelli, 1991). Tale analisi descrittiva è integrata da un approfondimento qualitativo sulle traiettorie strategiche emergenti dei grandi gruppi ospedalieri italiani. Il § 4.6, infine, raccoglie le conclusioni del contributo.

Sul piano metodologico, i paragrafi di inquadramento del sistema (§§ 4.2, 4.3, 4.4) sono ottenuti raccogliendo e rielaborando i dati forniti da report e database amministrativi nazionali (Box 4.1). Il § 4.5, per completare la mappatura del livello di integrazione orizzontale e verticale dei gruppi, in aggiunta alla rielaborazione dei database amministrativi ha richiesto una sistematica rassegna dei si-

⁵ A riprova della prevalente dipendenza degli erogatori privati accreditati dalle scelte di pianificazione pubblica, nel 2012 l'incidenza dei ricoveri a onere privato sui volumi totali di erogazione risultava pari al 2% dei ricoveri del privato no profit e al 6,5% per il privato profit (Carbone *et al.*, 2014).

Box 4.1 Obiettivi e fonti dell'indagine

Paragrafo	Obiettivo	Fonti e anno di riferimento
§ 4.2 Attori della sanità privata accreditata	Analisi delle strutture ospedaliere e territoriali oggetto di studio del capitolo	/
§ 4.3 Spesa privata accreditata	Analisi della rilevanza economica delle prestazioni e dei servizi offerti da strutture accreditate rispetto alla spesa totale del SSN	<ul style="list-style-type: none"> • Ministero della Salute (2017)
§ 4.4 Assistenza ospedaliera	Analisi delle caratteristiche dimensionali e della produttività	<ul style="list-style-type: none"> • Ministero della Salute, Open Data, posti letto pubblici e privati accreditati (2016) • Ministero della Salute, Rapporto SDO (2016)
§ 4.5 L'integrazione orizzontale e verticale dei gruppi privati accreditati	Analisi dei fenomeni di concentrazione e integrazione di filiera dei principali gruppi ospedalieri privati accreditati	<ul style="list-style-type: none"> • Ministero della Salute, Open Data, posti letto pubblici e privati accreditati (2016) • Rassegna siti internet di strutture ospedaliere e gruppi, stampa specializzata • Interviste cinque <i>Key Informant</i>

ti internet istituzionali di gruppi. Inoltre, sono state realizzate cinque interviste semi-strutturate a rappresentanti dei vertici di primari gruppi ospedalieri nazionali o rappresentanze associative degli erogatori del settore, in quanto osservatori privilegiati e spesso protagonisti delle scelte di riposizionamento strategico.

4.2 Gli attori della sanità privata accreditata

Prima di analizzare il contributo degli erogatori privati accreditati al sistema salute del nostro Paese, risulta necessario individuare la complessa rete di strutture private accreditate oggetto di analisi del presente capitolo. Ai fini d'analisi, le strutture d'erogazione sono distinte per livello di assistenza: ospedaliera e distrettuale.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, il Ministero della Salute (Rapporto SDO 2016) considera le seguenti categorie di strutture private accreditate dotate di posti letto (PL):

- ▶ le case di cura private accreditate;
- ▶ gli IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) di diritto privato e gli IRCCS Fondazione privati;
- ▶ i policlinici universitari privati;
- ▶ gli enti di ricerca;
- ▶ gli ospedali classificati;
- ▶ gli istituti qualificati presidio di ASL.

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale⁶, invece, gli erogatori privati accreditati afferiscono a due principali categorie (Ministero della Salute, Annuario Statistico 2013):

- ▶ gli ambulatori e i laboratori privati accreditati, che erogano attività di specialistica clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale;
- ▶ le strutture residenziali e semiresidenziali, che erogano principalmente assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e ai disabili fisici.

4.3 La spesa SSN per l'assistenza sanitaria privata accreditata

Un primo indicatore della rilevanza del settore del privato accreditato in sanità è dato dal suo peso all'interno della spesa complessiva del SSN⁷. La Tabella 4.1 evidenzia la spesa pro-capite per le prestazioni a carico del SSN erogate da soggetti privati accreditati, suddivisa per le varie tipologie di attività (ospedaliera, specialistica, riabilitativa, altra assistenza). Tutti i valori riportati sono al lordo della mobilità interregionale⁸. Nel 2017, la spesa SSN per assistenza privata accreditata ha registrato un valore medio di € 362 per abitante, pari al 18,8% della spesa complessiva del SSN, invariato rispetto al 2016. Tale incidenza varia sensibilmente a livello regionale, passando dai massimi registrati in Lombardia (27,8%), Lazio (24,7%) e Molise (23,8%), al minimo del 6,9% in Valle d'Aosta, unica regione insieme a PA di Bolzano (7,7%) e Friuli Venezia Giulia (8,6%) sotto il valore del 10 per cento. A livello regionale, rispetto al dato 2016, si rilevano scostamenti positivi superiori a 0,5 punti percentuali in Molise (+1,4 punti percentuali) e nelle Marche (+0,8), mentre l'incidenza della spesa SSN per assistenza privata accreditata si contrae maggiormente in Liguria e Veneto (-0,6).

Per quel che riguarda la composizione della spesa SSN gestita da erogatori accreditati, il 38,5% della spesa complessiva (139 € pro capite) è costituito da spesa per ricoveri ospedalieri in strutture accreditate, mentre un altro 32,7% è da imputare alla "Altra assistenza accreditata", legata prevalentemente all'assistenza territoriale socio-sanitaria presso strutture residenziali.

In valore assoluto, i dati di spesa pro capite risultano sostanzialmente invariati a livello nazionale, con un aumento della spesa SSN per attività erogata da privati accreditati pari a 5 euro pro capite. Tutti i setting considerati risultano

⁶ Per un approfondimento sull'attività degli erogatori privati accreditati in ambito distrettuale si rimanda al capitolo 6 del Rapporto OASI 2017. Non è ancora disponibile, infatti, l'aggiornamento dell'Annuario Statistico del SSN, che riporta periodicamente i dati relativi all'attività territoriale pubblica e privata accreditata.

⁷ Per un quadro completo della spesa sanitaria si rimanda al cap. 3 del presente Rapporto.

⁸ Si include quindi anche la spesa per prestazioni destinate a pazienti non residenti nel territorio regionale.

Tabella 4.1 La spesa SSN per assistenza sanitaria privata accreditata (valori pro capite – 2017)

	Ospedaliera accreditata, €	Specialistica accreditata, €	Riabilitativa accreditata, €	Altra assistenza accreditata*, €	Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata pro capite, €	Totale spesa sanitaria nel SSR per la gestione corrente pro capite, €	% Spesa sanitaria per assistenza privata accreditata 2017
Piemonte	109	56	34	121	320	1.928	16,6%
Valle d'Aosta	56	10	32	43	142	2.105	6,7%
Lombardia	228	107	17	198	550	1.981	27,8%
PA Bolzano	50	16	0	118	184	2.398	7,7%
PA Trento	106	52	1	101	260	2.282	11,4%
Veneto	109	69	6	128	312	1.943	16,1%
Friuli VG	50	42	12	71	175	2.038	8,6%
Liguria	29	29	48	115	222	2.094	10,6%
Emilia Romagna	122	44	0	140	306	2.080	14,7%
Toscana	65	36	21	104	225	2.046	11,0%
Umbria	51	24	12	112	199	1.992	10,0%
Marche	71	35	47	84	237	1.880	12,6%
Lazio	214	83	36	132	465	1.883	24,7%
Abruzzo	100	35	51	82	268	1.866	14,4%
Molise	231	124	51	96	502	2.110	23,8%
Campania	141	129	51	46	367	1.756	20,9%
Puglia	181	72	39	96	387	1.823	21,2%
Basilicata	30	60	74	60	224	1.871	12,0%
Calabria	100	55	34	76	265	1.764	15,0%
Sicilia	137	103	37	97	375	1.805	20,8%
Sardegna	51	74	31	89	245	2.018	12,1%
ITALIA	139	76	28	118	362	1.928	18,8%

* La voce "altra assistenza accreditata" include: prestazioni di psichiatria, distribuzione di farmaci File F, prestazioni termali, prestazioni di trasporto sanitario, prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria e consulenze per attività libero professionale intramoenia. La voce più cospicua è rappresentata dalla spesa per l'assistenza territoriale offerta dalle strutture socio-sanitarie private accreditate, principalmente dedicate alla lungodegenza.

Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2017

singolarmente stabili, a eccezione della macrovoce “Altra assistenza accreditata” che registra una ulteriore crescita del 3,4% rispetto al 2016 e dell’8,3% rispetto al 2015. Tale voce raggiunge infatti i 118 euro pro capite nel 2017 rispetto ai 114 del 2016 e ai 109 del 2015.

A livello regionale, l’eterogeneità rilevata nell’incidenza percentuale della spesa SSN gestita da privati accreditati si riflette in una forte variabilità anche nella composizione della spesa stessa. In termini di range osservati, la variabilità è massima nel caso della spesa ospedaliera privata accreditata: si passa da un valore pro capite massimo registrato in Molise pari a 231 € (+15 € rispetto al 2016), con valori simili in Lombardia e Lazio (228 € e 214 €, rispettivamente), a un minimo di soli 29 € pro capite in Basilicata che, insieme all’Umbria (31 €), è l’unico contesto regionale con una spesa ospedaliera accreditata pro capite inferiore a 50 €. Se invece del delta tra valore massimo e minimo si considera il coefficiente di variazione – CV⁹, il setting che presenta la maggiore variabilità interregionale in termini di spesa per assistenza accreditata è quello riabilitativo (CV: 70,3%). Rispetto a una spesa media pro capite pari a 28 euro a livello nazionale, infatti, si rilevano alcune regioni in cui l’attività riabilitativa è quasi integralmente erogata da strutture pubbliche (PA Bolzano, PA Trento, Emilia Romagna e Veneto, tutte con una spesa accreditata pro capite inferiore a 10 euro) mentre in altre si registra una presenza più cospicua di erogatori privati (la Basilicata presenta dati di spesa pro capite per assistenza riabilitativa privata accreditata superiori ai 60 €, con altri 4 contesti regionali che superano la quota dei 50 euro).

Anche per le restanti voci il range tra valore massimo e minimo resta considerevole, ma con variabilità interregionale complessivamente più contenuta. Nella “Altra assistenza accreditata” si passa da una spesa pro capite massima in Lombardia (198 €) a minima in Valle d’Aosta (43 €), con un valore medio nazionale che si posiziona nel mezzo tra i due valori e un coefficiente di variazione pari al 28,6%. L’attività specialistica, infine, presenta una variabilità interregionale intermedia (CV: 43,6%), con valori particolarmente elevati in Campania e Molise (129 € e 124 € pro capite, rispettivamente).

4.4 L’assistenza ospedaliera

Il presente paragrafo, adottando la logica del focus sul singolo livello di assistenza, analizza l’assistenza ospedaliera distinguendo due differenti ambiti: la dotazione strutturale (con due digressioni sui dati dimensionali e i servizi di emergenza-urgenza) e le attività di ricovero.

⁹ Il coefficiente di variazione è una misura relativa di dispersione che permette di valutare la variabilità dei valori registrati attorno alla media: si calcola rapportando la deviazione standard alla media ed è particolarmente utile per confrontare gruppi con medie significativamente diverse.

4.4.1 Dotazione strutturale, dati dimensionali e servizi di emergenza-urgenza

In termini strutturali, l'analisi a livello ospedaliero si focalizza sui posti letto (PL) e sulla loro recente evoluzione¹⁰. Considerando la dotazione complessiva di PL disponibile nel SSN al 2016¹¹, l'insieme degli erogatori privati accreditati detiene il 30,2% dei posti letto totali a livello nazionale. Tali PL sono per oltre i due terzi concentrati presso le case di cura accreditate (67,4% dei PL accreditati, in linea con il dato 2014). IRCCS, Policlinici privati ed enti di ricerca hanno in dotazione il 18,5% dei posti letto accreditati: il 15,3% presso gli IRCCS e gli IRCCS Fondazione privati, il 2,8% presso i due Policlinici universitari privati e lo 0,4% presso enti di ricerca. Il restante 14,0% dei PL privati accreditati è suddiviso tra ospedali classificati (9,8%) e istituti qualificati (4,2%). Ragionando per tipologia di ricovero ospedaliero, il peso del privato accreditato in termini di posti letto risulta minore nell'attività per acuti (22,8% dei PL per acuti totali del SSN, +0,2 rispetto al 2014), sostanzialmente equivalente a quello degli erogatori pubblici quando si considera la lungodegenza (53,0% dei posti letto per lungodegenza, +0,7) e largamente prevalente nell'attività di riabilitazione (74,0%, +0,8). Per quanto riguarda il contributo delle diverse tipologie di strutture accreditate nei differenti segmenti di attività, per gli acuti la distribuzione percentuale dei PL accreditati è in massima parte allineata con quella generale, con un'incidenza leggermente inferiore delle case di cura (64,8%) a cui si contrappone un peso maggiore degli ospedali classificati (13,0%). Riguardo ai PL per la riabilitazione ospedaliera, invece, IRCCS e IRCCS Fondazione privati detengono il 22,3% dei posti letto; i PL accreditati per lungodegenza, infine, sono quasi esclusivamente localizzati presso case di cura accreditate (CdC), che ne detengono il 95,5%.

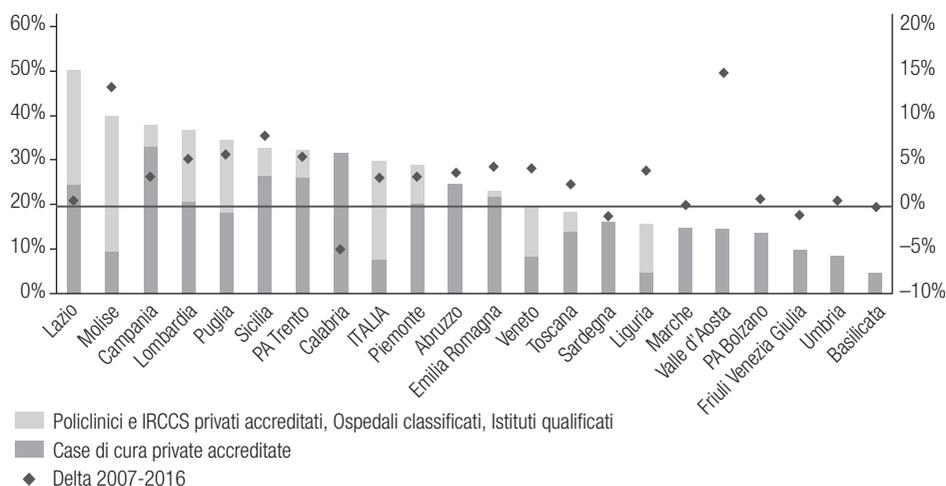
Il ruolo delle strutture di ricovero private accreditate nei sistemi di offerta dei SSR dipende dalle differenti scelte regionali di configurazione dell'offerta: si passa da una realtà come il Lazio, dove oltre la metà dei PL totali è situata presso strutture private accreditate (50,7%), a contesti, come quelli delle regioni Umbria e Basilicata, in cui meno di un posto letto su dieci (rispettivamente 8,6% e 4,9%) si trova presso strutture accreditate (Figura 4.1). Adottando la medesima classificazione delle strutture private accreditate presentata nel resto del capitolo¹², la Figura 4.1 mostra inoltre il contributo di ciascuna categoria in termini di posti letto a livello regionale. In linea con il livello nazionale, dove le case di cura detengono oltre due terzi dei posti letto accreditati e il 20,4% dei

¹⁰ Per un approfondimento sul numero di strutture accreditate si rimanda al § 2.2.

¹¹ L'ultimo aggiornamento sull'Open Data del Ministero della Salute è relativo al 2016.

¹² Gli erogatori accreditati sono stati raggruppati in due categorie: 1) IRCCS e Policlinici Universitari privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati, Enti di ricerca; 2) Case di cura private accreditate.

Figura 4.1 **Incidenza PL privati accreditati per regione e tipo erogatore privato accreditato 2016 (asse sx) e variazione 2007-2016 (asse dx)**



Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2016.

PL totali del SSN, le case di cura risultano prevalenti nella maggior parte dei contesti regionali. Rivestono invece un ruolo minoritario in Molise, per via della presenza di un Ente di ricerca e un IRCCS privato, oltre che in Veneto e in Liguria, dove è rilevante il peso degli ospedali classificati. In Lombardia, Puglia e Lazio, invece, si rileva una sostanziale equivalenza tra case di cura e altre strutture accreditate. Ciò è dovuto, nel Lazio, alle rilevanti dotazioni strutturali dei Policlinici Universitari e alla presenza di diversi IRCCS; in Lombardia e Puglia, invece, si rileva un'elevata concentrazione di IRCCS privati e ospedali classificati.

Allargando l'ambito temporale dell'analisi, tra 2007 e 2016 si registra un delta positivo nell'incidenza dei PL accreditati pari a 3,2 punti percentuali a livello nazionale, con una crescita distribuita piuttosto equamente su tutto il territorio del Paese. L'unico caso vistosamente in controtendenza è quello della Calabria che, pur restando tra le regioni in cui il peso strutturale degli erogatori privati accreditati risulta maggiore del dato nazionale, registra una riduzione dell'incidenza dei PL accreditati pari a 5 punti percentuali nel periodo osservato, principalmente legata alla contrazione del numero di case di cura accreditate, passato da 38 a 29. Il forte aumento della quota privata in Valle d'Aosta¹³, avvenuto nel 2013. Rispetto all'ultimo aggiornamento risalente al 2014 pubblicato nel Rapporto

¹³ Si tratta dell'unico ospedale privato accreditato presente nella regione.

OASI 2016, le variazioni più significative nel peso dei PL privati accreditati si registrano in Abruzzo (+2,5%), che nel 2016 ha visto l'accreditamento di circa 140 nuovi posti letto in case di cure accreditate, e in Basilicata (-3,1%).

La forte prevalenza delle case di cura in quasi tutti i contesti regionali ha delle naturali implicazioni in termini dimensionali: le strutture private accreditate hanno in media 116 PL accreditati, oltre il 60% delle stesse ha una dotazione di posti letto inferiore ai 100 PL accreditati, mentre soltanto l'11,9% supera i 200 PL accreditati. Le grandi strutture sono concentrate principalmente in Lazio e Lombardia, regioni nelle quali sono localizzate 39 delle 69 strutture con più di 200 posti letto (57%)¹⁴. Ad ogni modo, anche in queste regioni le strutture con dotazione superiore ai 200 PL non superano il 25% del totale delle strutture.

La dimensione degli ospedali privati accreditati è particolarmente rilevante anche perché è stata oggetto dell'intervento del regolatore tramite il "Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (D.M. 70 del 02.04.15). Il provvedimento normativo prevede una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali, per cui le regioni non potrebbero più accreditare, a partire dal 1° gennaio 2015, nuove strutture dotate di meno di 40 PL per acuti né sottoscrivere dal 1° luglio 2015 contratti con strutture già accreditate con meno di 40 PL per acuti.¹⁵ A partire dal 1° gennaio 2017, invece, non è più possibile sottoscrivere contratti con le strutture con posti letto per acuti compresi tra 40 e 60, a meno che non siano state interessate dai processi di riconversione e aggregazione favoriti dal Decreto.¹⁶

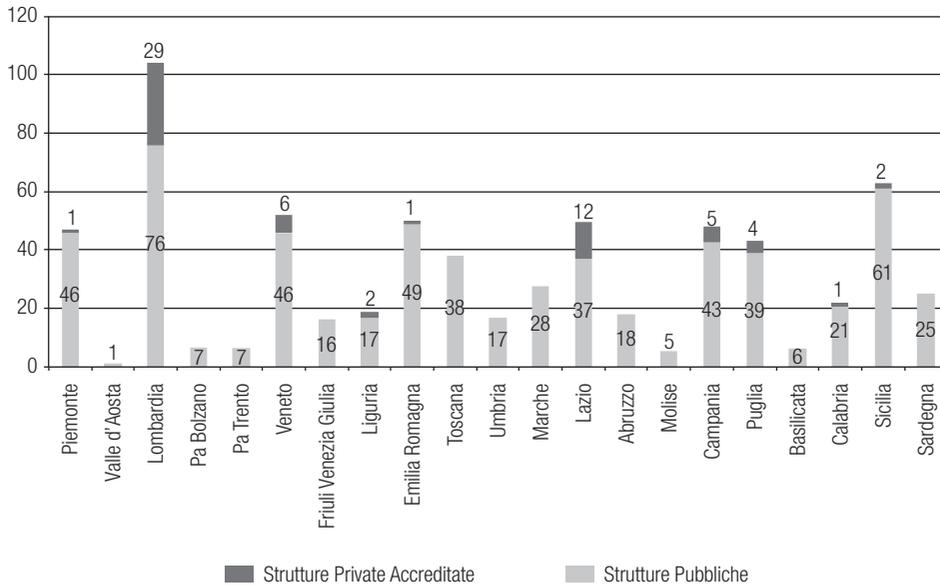
Il problema è senz'altro rilevante e potrebbe avere un impatto importante sul profilo del settore privato accreditato, specialmente nelle regioni meridionali: nel 2014, prima dell'introduzione del decreto, circa il 22% delle strutture accreditate risultava dotato di meno di 40 PL per acuti, mentre un altro 10% aveva una dotazione compresa tra 40 e 60 PL per acuti (Carbone e Petracca, 2015). Nel corso dei due anni successivi, la quota di piccole strutture accreditate con meno di 60 PL risulta dimezzata: analizzando i PL nazionali al 2016, essa risulta pari al 15,4%. I dati relativi agli anni successivi all'introduzione del decreto permetteranno una migliore interpretazione dell'effettivo impatto del DM 70 sulla riorganizzazione della capacità produttiva degli erogatori privati

¹⁴ In queste due regioni si concentrano circa 2/3 degli IRCCS e dei Policlinici Universitari privati in termini sia di sedi, sia di posti letto. Consultando l'elenco pubblicato sul sito del Ministero della Salute al 26/06/18, 20 dei 30 IRCCS privati hanno sede tra Lombardia e Lazio. A questi si aggiungono i due Policlinici Universitario Privati.

¹⁵ Dal suddetto provvedimento sono escluse le strutture monospecialistiche, per le quali resta in vigore la valutazione regionale dei singoli contesti.

¹⁶ Per il nuovo soggetto giuridico che viene a formarsi, la soglia prevista si alza fino agli 80 PL per acuti.

Figura 4.2 **Distribuzione dei servizi di emergenza-urgenza presso strutture pubbliche e private accreditate, per regione (2016)**



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute e AGENAS, Programma Nazionale Esiti 2016.

accreditati.¹⁷ Per ulteriori approfondimenti al riguardo si vedano il cap. 5 del Rapporto OASI 2015 e il cap. 9 del Rapporto OASI 2016.

L'erogazione di servizi di emergenza ospedaliera garantisce agli erogatori privati un'integrazione ancora più profonda nella rete d'offerta del SSN: questi servizi, infatti, devono essere accompagnati da specifiche discipline a complessità crescente, coerentemente con il bacino di utenti servito (cfr. capitolo 9 del Rapporto OASI 2016). La Figura 4.2, che riporta la distribuzione geografica dei 665 ospedali pubblici e privati accreditati dotati di Pronto Soccorso (PS) o Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Accettazione (DEA) nelle regioni italiane¹⁸, mostra che 62 di questi (9,3%) sono privati accreditati. Quasi la metà degli

¹⁷ Al momento, gli unici dati disponibili su cui poter basare alcune considerazioni sono quelli relativi all'indirizzario del Ministero della Salute che tiene traccia dell'elenco delle strutture di ricovero: tra il 2014 e la fine del 2016, il numero degli erogatori accreditati è diminuito di sole 11 unità, per la massima parte riconducibili a case di cura private accreditate (10). Si tratta di dati troppo limitati per trarre conclusioni definitive: sulla base di questi dati, non è possibile valutare se il Decreto abbia già avuto, nel periodo immediatamente successivo alla sua entrata in vigore, parte degli effetti che si prospettano.

¹⁸ Si considerano i PS con almeno 400 accessi annui; sono inclusi i PS nelle strutture monospécialistiche e questo spiega la differenza rispetto al numero riportato nel capitolo 9 del Rapporto OASI 2016 (622 strutture).

ospedali privati accreditati con servizi di emergenza è situata in Lombardia (28 strutture, pari al 26,9% degli ospedali dotati di servizi di emergenza a livello regionale); seguono Lazio (12; 24,5%) e Veneto (6; 11,5%). Complessivamente, il 10,6% delle strutture private accreditate è sede di PS o DEA. In termini di accessi i privati accreditati hanno garantito nel 2016 l'8,6% del totale degli accessi in PS, dato sostanzialmente inalterato rispetto a quello 2015 (8,5%, +0,1 punti percentuali). Il numero medio di accessi per struttura privata accreditata dotata di PS è inferiore rispetto a quello delle strutture pubbliche (28.669 contro 31.192). A livello regionale, i territori in cui almeno il 10% degli accessi è coperto da privati accreditati sono Lazio, Lombardia, Campania e Liguria (26,5%, 17,9%, 12,4% e 11,4%, rispettivamente).

4.4.2 L'attività ospedaliera degli erogatori privati accreditati

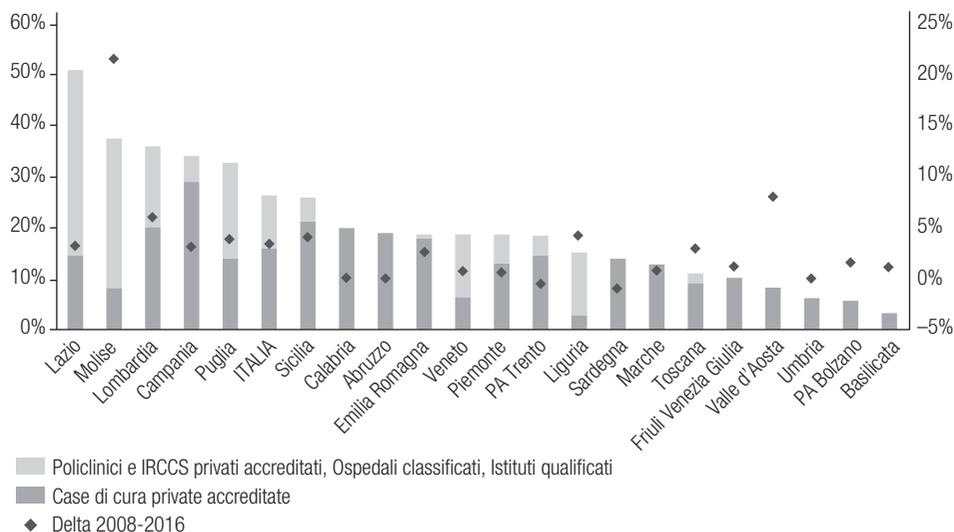
Nel 2016, le strutture private accreditate hanno erogato il 26,5% dei ricoveri in regime SSN. Più nel dettaglio, il 16,0% delle 8.626.843 dimissioni presso strutture pubbliche o accreditate per conto del SSN è stato effettuato da case di cura accreditate, mentre gli IRCCS e i Policlinici privati hanno erogato il 6,0% dei ricoveri; gli ospedali classificati e gli istituti qualificati il rimanente 4,5%.

Anche per quanto riguarda i ricoveri si rilevano forti differenze a livello regionale¹⁹. Il Lazio è l'unica regione in cui il peso del privato accreditato è equivalente a quello pubblico (51,2% dei ricoveri), mentre il Molise e altre tre regioni di grandi dimensioni, Lombardia, Campania e Puglia, presentano un dato superiore alla media nazionale: in esse il peso degli erogatori accreditati, in termini di volumi di attività, equivale a circa un terzo del totale. Come evidenziato dalla Figura 4.3, tutte le altre regioni si trovano al di sotto della media nazionale e sono 4 le realtà in cui la quota del privato accreditato è inferiore al 10% del totale regionale (Basilicata, PA di Bolzano, Umbria e Valle d'Aosta). Relativamente al contributo di ciascuna categoria di erogatori privati accreditati, la Figura 4.3 conferma quanto evidenziato in termini di posti letto (Figura 4.1), con le case di cura a erogare la maggior parte dei ricoveri privati accreditati in svariati SSR e la presenza di alcune eccezioni di rilievo (Lazio, Puglia, Veneto, Liguria e Molise). Le case di cura registrano il peso percentuale massimo in Campania (29,1% dei PL regionali), mentre per Policlinici, IRCCS privati, ospedali classificati e istituti qualificati il valore più elevato è quello del Lazio (36,7% dei PL del SSR). Il peso percentuale dei ricoveri da strutture accreditate è cresciuto di 3,2 punti a livello nazionale negli ultimi 8 anni, con un delta positivo in quasi tutte le regioni italiane²⁰. Le uniche regioni a mostrare

¹⁹ I dati sono calcolati sui ricoveri complessivi erogati dalle strutture localizzate nella regione, a prescindere dalla regione di residenza dei pazienti. Includono quindi la mobilità.

²⁰ Il volume dei ricoveri privati accreditati si è ridotto tra il 2008 e il 2016 del 13,1%, principalmente per effetto della riduzione dei budget ospedalieri. Tuttavia, questa riduzione è più contenu-

Figura 4.3 **Incidenza dei ricoveri da strutture private accreditate 2016 per regione e tipo erogatore privato accreditato (asse sx) e variazione 2008-2016 (asse dx)**



Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2016.

differenziali negativi sono la Provincia Autonoma di Trento e la Sardegna, che presentano delta negativi di 0,5 e 1,1 punti percentuali.

In linea con quanto espresso per l'aspetto dimensionale, anche il peso dei ricoveri accreditati varia notevolmente a seconda della tipologia di attività considerata. L'attività per acuti (94,7% dei ricoveri totali SSN) è principalmente presidiata dal pubblico, mentre gli erogatori privati accreditati garantiscono il 24,2% dei ricoveri, con un peso leggermente difforme tra regime ordinario e diurno (rispettivamente pari a 23,1% e 27,7%). Nella comparazione interregionale, il Lazio si riconferma il SSR dove il privato accreditato riveste un ruolo focale nel rispondere anche ai bisogni di salute acuti (49,0% dell'attività per acuti), mentre in 7 SSR il peso degli erogatori accreditati è al di sotto del 10%. Per converso, nelle restanti classi di attività il privato assume un ruolo centrale: garantisce il 48,2% dei ricoveri per lungodegenza e il 73,7% dei ricoveri totali per riabilitazione.

Un tradizionale indicatore di analisi dell'attività ospedaliera è la degenza media, che consente di operare una valutazione sull'efficienza operativa²¹. Gli

ta rispetto a quanto occorso tra gli erogatori pubblici (-29,9%), il che spiega l'aumento percentuale della categoria delle strutture accreditate.

²¹ Una maggiore appropriatezza degli ambiti di cura e della durata della degenza ospedaliera, oltre che strumento per recuperare efficienza operativa, può tradursi in un beneficio per il pazien-

Tabella 4.2 **Degenza media per tipo di attività in regime ordinario e struttura erogatrice (2016)**

	Acuti	Riabilitazione	Lungodegenza
Aziende ospedaliere	7,9	26,2	20,6
Ospedali a gestione diretta	7,2	25,6	25,7
Policlinici universitari pubblici	7,5	32,8	28,7
I.R.C.C.S. pubblici	7,3	15,2	21,2
ISTITUTI PUBBLICI	7,3	24,9	25,5
Case di cura private accreditate	5,0	25,1	30,0
I.R.C.C.S. privati	6,1	28,1	49,1
Ospedali classificati	6,4	28,7	22,3
Istituti qualificati	5,8	31,2	53,1
Policlinici universitari privati	7,0	20,8	28,7
Enti di ricerca	6,6	11,7	–
ISTITUTI PRIVATI ACCREDITATI	5,5	26,1	29,9

Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2016

standard ospedalieri del D.M. 70/2015 indicano una soglia di riferimento per la degenza media dei ricoveri ordinari per acuti pari a 7 giorni, anche se, per valutare l'efficienza operativa di una struttura o di un insieme di strutture, è necessario valutare la complessità della sua casistica. La degenza media dell'attività per acuti in regime ordinario, a livello nazionale, si è attestata nel 2016 a 6,9 giorni. La Tabella 4.2 mostra il confronto della degenza media per tipo di attività in regime ordinario e tipo di struttura. Mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche nel segmento degli acuti (5,5 rispetto a 7,3 giorni), mentre presentano degenze medie superiori per la riabilitazione (26,1 rispetto a 24,9 giorni) e per la lungodegenza (29,9 rispetto a 25,5). Negli acuti, tutte le tipologie di strutture pubbliche presentano una degenza media superiore alle 7 giornate, con massimo registrato nelle Aziende Ospedaliere pari a 7,9 giornate²²; al contrario, gli istituti accreditati mostrano degenze medie inferiori alle 7 giornate, con un valore minimo presso le Case di Cura pari a 5,0 giornate. Nell'ambito di riabilitazione e lungodegenza si rileva una maggiore omogeneità al variare della natura istituzionale delle strutture, con valori significativamente superiori per IRCCS privati e istituti qualificati per la lungodegenza.

te, aumentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato e incrementando quindi anche l'efficacia della prestazione. D'altra parte, degenze media troppo ridotte potrebbero segnalare trattamenti clinici non adeguati (per esempio, dimissioni precoci).

²² A partire dal 2016, il Rapporto SDO del Ministero della Salute ha rivisto la classificazione delle strutture: a seguito del riordino del SSR lombardo (LR 23/2015), l'attività delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) viene adesso ricompresa tra gli ospedali a gestione diretta. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al Cap. 2 del presente Rapporto.

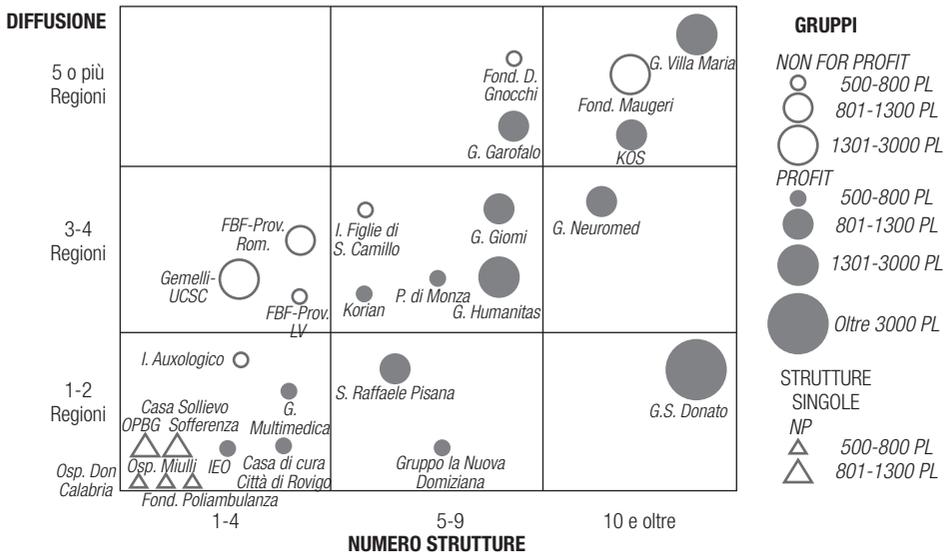
4.5 Integrazione verticale e orizzontale dei grandi player ospedalieri privati accreditati

Questo paragrafo aggiorna e approfondisce le analisi relative al posizionamento dei principali *player* (gruppi e strutture singole) ospedalieri privati accreditati presentate nel capitolo 13 del Rapporto OASI 2014 (Carbone *et al.*, 2014). Inoltre, il paragrafo ricostruisce le dinamiche di integrazione orizzontale, intese come trend di espansione dei grandi gruppi all'interno del settore ospedaliero in regime di accreditamento SSN. Infine, il paragrafo presenta un tentativo esplorativo di ricostruire anche i profili di integrazione verticale dei grandi *player* lungo tutta la filiera sanitaria, individuando le traiettorie strategiche che li hanno determinati e li determineranno in futuro.

4.5.1 Integrazione orizzontale: mappatura nazionale dei grandi player ospedalieri privati accreditati

La Figura 4.4 riporta la mappatura dei *player* ospedalieri privati che dispongono di più di 500 PL ospedalieri accreditati. Sull'asse orizzontale è indicato il numero complessivo di strutture ospedaliere controllate dal gruppo, mentre su

Figura 4.4 **Mappatura dei principali player ospedalieri privati accreditati (2018*)**



* La composizione dei gruppi ospedalieri privati accreditati è aggiornata al 30/06/18 e tiene quindi conto di tutte le acquisizioni e le cessioni ufficializzate entro tale data, mentre il dimensionamento di ciascuna struttura in termini di posti letto è aggiornato al 2016. I dati riportati rappresentano quindi una parziale stima poiché non tengono conto delle variazioni nel numero di PL SSN avvenute a partire dal 2017.

Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, Open Data PL (2016) e rassegna siti internet

quello verticale è riportato il numero di regioni di operatività del gruppo stesso. La dimensione della bolla (e del triangolo per le strutture singole) è correlata alla dotazione strutturale complessiva del gruppo in termini di PL ospedalieri, mentre il colore di riempimento ne indica la natura giuridico-istituzionale: scuro se si tratta di realtà *profit* (P), giuridicamente riconducibili a gruppi o strutture contraddistinti dalla forma societaria; il colore è chiaro se si tratta di gruppi o strutture *not for profit* (NP), riconducibili a fondazioni o enti ecclesiastici.

Concentrandosi sui gruppi, è possibile individuare tre principali *cluster*, già individuati nella precedente rappresentazione dei player privati accreditati risalente al 2014 (Carbone *et al.*, 2014).

Gruppi ad alta concentrazione territoriale

Rientrano in questo *cluster* i gruppi posizionati nei tre quadranti inferiori della figura, che concentrano la propria attività in una o due regioni, presentando un numero di strutture e di PL molto variabile. Sul piano della ricerca del vantaggio competitivo, la concentrazione in pochi contesti consente, da un lato, di rafforzare la propria *expertise* nel leggere la domanda sanitaria locale, e dall'altro, di semplificare il confronto con il quadro regolatorio e con la funzione di committenza regionale. Inoltre, la concentrazione permette di valorizzare la propria rilevanza come componenti dell'offerta sanitaria e del sistema produttivo dei territori in cui si opera. All'interno di questo *cluster*, si possono distinguere due ulteriori tipologie.

La maggior parte dei gruppi a concentrazione territoriale si sviluppa attorno a uno o più IRCCS, *profit* o *not for profit*, fortemente specializzato o a vocazione generalista, caratterizzati da una forte riconoscibilità nazionale o quantomeno regionale. Si crea una rete *Hub & Spoke* di prossimità, funzionale all'integrazione dei processi di cura e alle sinergie operative; oppure, la rete è funzionale alla diversificazione delle attività. Tutti questi gruppi evidenziano il proprio baricentro e buona parte della propria rete nelle aree metropolitane milanesi o romane, con estensioni alle regioni limitrofe. Rientrano in questa tipologia i gruppi dell'Istituto Auxologico Italiano, dell'Istituto Europeo di Oncologia (IEO) e del San Raffaele Pisana, il Gruppo Multimedita e il Gruppo S. Donato.

Una seconda tipologia di gruppi a concentrazione territoriale si sviluppa invece per aggregazione di strutture generaliste per ricercare economie di scala e sinergie operative, senza che si crei una gerarchia o una rete H&S tra gli ospedali del gruppo. Un'altra differenza rispetto alla precedente tipologia è lo sviluppo al di fuori delle aree metropolitane milanesi e romane. Rientrano in questa tipologia il Gruppo La Nuova Domiziana e il Gruppo Città di Rovigo.

Gruppi ad alta frammentazione

Questo *cluster* raggruppa realtà che risultano disperse sul territorio nazionale, essendo presenti in 3-4 regioni con 4-5 strutture. Le vocazioni produttive

ve tipicamente generaliste e un totale di PL relativamente ridotto, compreso tra i 500 e i 1.300, contribuiscono ad aumentare la frammentazione di questi gruppi, dovuta principalmente a ragioni storiche. Sul piano strategico, queste realtà tendono a ridurre la frammentazione avvicinandosi al posizionamento dei precedenti *cluster*: o aumentando la concentrazione territoriale oppure focalizzandosi su uno specifico segmento di assistenza (cfr. *infra*). Rientrano in questa tipologia gli enti ecclesiastici che si ispirano a S. Camillo de Lellis (in particolare, l'Istituto Figlie di San Camillo) e a S. Giovanni di Dio (Provincia Lombardo-Veneta e Provincia Romana dei Fatebenefratelli).

Gruppi specializzati ad ampia diffusione

Questo *cluster* include gruppi attivi in almeno 5 regioni con almeno 8 strutture. Per tutti si registra una strategia di marcata diffusione territoriale, accompagnata dalla specializzazione, più o meno marcata, in una specialità o in un segmento di cura: patologie cardiovascolari per il Gruppo Villa Maria; riabilitazione per la Fondazione Don Gnocchi, la Fondazione Maugeri e KOS; patologie cardiovascolari e post-acuzie per il Gruppo Garofalo. Da evidenziare che, soprattutto per Fondazione Don Gnocchi e KOS, l'attività ospedaliera è una componente di una vasta rete di strutture di ricovero territoriali sanitarie e socio-sanitarie, che completano la focalizzazione sull'area della riabilitazione polispecialistica. Il posizionamento strategico di questi gruppi si basa sulle economie di specializzazione delle attività, che permettono di creare una reputazione a livello nazionale, ottenere sinergie e controbilanciare la complessità originata dal confronto con molteplici e differenti contesti regionali. Una ulteriore particolarità è che la qualifica di IRCCS, se presente come nel caso della Fondazione Don Gnocchi e della la Fondazione Maugeri, è anch'essa "diffusa", vale a dire attribuita a più strutture ospedaliere con riferimento ad un'unica disciplina medica.

Alcuni gruppi non rientrano nei precedenti *cluster*: si tratta di realtà presenti in 3-4 regioni, ma che non si qualificano ad "alta frammentazione", perché presentano un numero di strutture superiore a 5 e/o più di 1.300 posti letto. Questi gruppi presentano inoltre alcune caratteristiche che li avvicinano ai precedenti *cluster*. In particolare, i Gruppi Humanitas, Neuromed e il network del Policlinico Gemelli sono riconducibili a reti con un forte baricentro in un IRCCS, ma che hanno progressivamente abbandonato la concentrazione territoriale. Allo stesso modo, il gruppo Policlinico di Monza-Servisan è una rete di strutture generaliste che ha progressivamente ampliato il numero di regioni di operatività. Il Gruppo Giomi²³ e il gruppo Korian evidenziano una forte focalizzazione

²³ Nel 2015, il Gruppo Giomi ha acquisito la casa di cura Villa Betania dalla Casa Generalizia della Congregazione delle Suore Francescane Insegnanti. Fino al 2015, Villa Betania rientrava tra le strutture private non accreditate che operavano in regime di convenzionamento con le aziende

erogativa (rispettivamente nell'area ortopedica e riabilitativa) che delinea un posizionamento assimilabile a quello dei gruppi specializzati ad alta diffusione. L'emergere di due quadranti in cui sono presenti gruppi con geni e fattori critici di successo differenti (concentrazione territoriale *versus* specializzazione) delinea una certa ibridazione dei *cluster*, dei posizionamenti strategici e delle traiettorie del loro sviluppo (cfr. § 4.5.3).

Il confronto dinamico del posizionamento strategico attuale con la situazione aggiornata al 2013 permette di mettere in evidenza l'evoluzione longitudinale dei gruppi. Nel lasso temporale analizzato (2013-2018), i gruppi privati accreditati con almeno 500 PL hanno acquisito quasi 2.000 nuovi PL²⁴ e 21 nuove strutture, 4 delle quali in regioni precedentemente non presidiate. Complessivamente, i gruppi ospedalieri di grandi dimensioni (superiori ai 500 PL) dispongono di 24.695 PL, in crescita dell'8,3% rispetto al 2013. Per effetto di questo processo di progressiva concentrazione, accompagnato dalla generale riduzione dei PL totali del SSN, i grandi gruppi arrivano a rappresentare il 38,0% dei PL accreditati (35,0% nel 2013) e l'11,5% della dotazione complessiva del SSN (rispetto al 10,2%).

A livello di singolo gruppo, il Gruppo Neuromed ha messo in luce la più evidente strategia di espansione, acquisendo 8 nuove strutture e insediandosi in 2 regioni precedentemente non presidiate. Il gruppo, con proprio polo originario presso l'IRCCS di Pozzilli (Is), nel 2015 ha acquisito il Neurological Centre of Latium (NCL), mentre tra 2016 e 2017 è subentrato nella gestione di varie case di cura accreditate in Campania. Rilevanti cambiamenti si osservano in ambito ospedaliero anche nel Gruppo Humanitas, che ha acquisito tre nuove strutture, per un totale di 425 nuovi PL: nel 2016 l'Ospedale di Gradenigo (To) e la CdC San Pio X di Milano, al termine del 2017 la Clinica Castelli a Bergamo. Anche il gruppo KOS fa registrare nell'arco temporale considerato l'acquisizione di 3 nuove strutture sanitarie, sebbene di dimensioni più contenute, con un apporto complessivo di 132 nuovi PL: tra 2014 e 2017, infatti, il gruppo ha rinforzato la propria presenza nell'area della psichiatria con l'acquisizione di Villa Azzurra, clinica psichiatrica a Riolo Terme (Ra), e in area riabilitativa, con l'acquisizione del 96% del Polo Geriatrico Riabilitativo di Cinisello Balsamo (Mi) e della Casa di Cura Villa Iolanda di Maiolati Spontini (An).

territoriali della Regione Lazio (Asl Roma E) ed era quindi stata integrata nel Polo Ospedaliero Santo Spirito. Nel corso del 2015, è iniziato il percorso per la riconduzione di Villa Betania al sistema di accreditamento. Tuttavia, la struttura non figura nei database ministeriali aggiornati al 2016: per conteggiarla nei confini del gruppo Giomi si è stimato il dimensionamento secondo quanto proposto nello "Schema di accordo di intesa per la riconduzione del sistema di convenzionamento" (DCA 519/2015), per un totale di 103 PL accreditati.

²⁴ I dati dei PL sono aggiornati al 2016.

In generale, tutti i cluster e le tipologie di gruppi evidenziano una tendenza a mantenere o accrescere strutture e posti letto, con l'unica eccezione delle realtà caratterizzate da alta frammentazione, che evidenziano una sostanziale stasi o contrazione dimensionale²⁵.

4.5.2 Integrazione verticale: strategie di presidio della filiera dei grandi gruppi ospedalieri

Il presente paragrafo riporta una prima ricostruzione delle strategie di integrazione verticale dei grandi gruppi ospedalieri, mappando le acquisizioni e le altre forme di integrazione con: a) l'Università; b) altre forme istituzionalizzate di ricerca e formazione tramite riconoscimento IRCCS; c) strutture socio-sanitarie; d) strutture ambulatoriali; e) attività non sanitarie a carattere imprenditoriale o no profit in Italia; f) attività all'estero. La Tabella 4.3 riporta, per ciascun gruppo ospedaliero con più di 500 PL, le strategie di integrazione verticale ricavabili al 2018 da fonti pubblicamente disponibili (siti istituzionali).

Si rileva che sono frequenti i tentativi di integrazione sia con il mondo universitario sia con quella della ricerca: 14 dei 20 grandi gruppi erogano corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e altre professioni sanitarie, mentre sono 12 i gruppi con il riconoscimento formale di una delle loro strutture come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Praticamente tutti i gruppi perseguono strategie di integrazione con attività sanitarie territoriali esterne agli ospedali, mentre le strutture socio sanitarie sono presenti in 11 dei 20 gruppi analizzati, seppure con livelli di centralità all'interno dei confini del gruppo molto variegati: alcuni grandi *player*, prevalentemente riconducibili al *cluster* dei gruppi specializzati ad ampia diffusione, presentano un'estrazione prevalentemente socio sanitaria (è il caso di Korian, KOS e Fondazione Don Gnocchi). In altri casi la maturità dell'integrazione con il socio sanitario è parziale e il numero di RSA e altre attività socio-sanitarie è ancora molto contenuto. La Tabella riporta infine le attività non sanitarie ma comunque collegabili al settore dei servizi alla persona erogate da alcuni dei gruppi, così come i primi tentativi di espansione all'estero.

4.5.3 Traiettorie strategiche emergenti dei gruppi ospedalieri italiani

Il presente paragrafo riporta le principali evidenze delle interviste a cinque rappresentanti dei vertici di *player* privati o loro rappresentanze associative. Agli intervistati è stato chiesto di rispondere alle seguenti domande adottando

²⁵ La Fondazione Opera San Camillo non risulta rappresentata nel network poiché, a seguito di alcune cessioni (tra tutte, quella della CdC San Pio X a Humanitas), non raggiunge più la quota prestabilita di 500 PL a livello di gruppo.

Tabella 4.3 **Integrazione verticale dei grandi gruppi ospedalieri privati accreditati (2018)**

	Università	Riconoscimento IRCCS e altre forme istituzionalizzate di ricerca/formazione	Strutture e attività socio-sanitarie	Strutture e attività sanitarie territoriali esterne agli ospedali	Attività non sanitarie a carattere imprenditoriale o no profit in Italia	Attività imprenditoriali o no profit all'estero
Gruppo San Donato	X – Università Via-Salute San Raffaele (Facoltà di Medicina, Psicologia, Filosofia, Lauree infermieristiche) – Università degli Studi di Milano (Corso di Medicina e Chirurgia, Convenzioni per lauree specialistiche e ricerca) – Università di Pavia (Convenzioni per lauree specialistiche e ricerca) – Università degli studi Milano Bicocca (Convenzioni per lauree specialistiche) – Università degli studi di Bergamo (Master di I livello in Management della Aziende Ospedaliere)	X – IRCCS Policlinico San Donato – IRCCS Istituto Galeazzi/ Istituto Clinico S. Siro – Ospedale San Raffaele – Fondazione Gruppo San Donato – Fondazione Centro San Raffaele	X – 3 RSA (Torre della Rocchetta, Opera Pia Lotteri, Beata Vergine del Rosario)	X – Centro Diagnostico Treviglio – 5 Smart Clinic (Orto, Stezzano, Cantù, con Milano e Bellinzago in apertura) – H San Raffaele Resnati (3 Poliambulatori) – 6 Punti Prelievi (Milano) – 6 Centri Odontoiatrici Smart Dental Clinic	X – Gsd Food&Wine (ristorazione e benessere)	X GSD Healthcare (Dubai)
Gruppo Villa Maria	X – Università di Bologna (Laurea in Infermieristica)	X – Domanda di riconoscimento di Villa Maria Cecilia Hospital in corso	X – 6 Poliambulatori	X – Terme di Castrocaro – Euroseis (produttrice di dispositivi biomedicali – partecipazione di controllo) – Keir (prodotti alimentari dietetici) – Servizi integrati per la sanità (Kronosan) – Rete di Parafarmacie e GVM-CUP	X – Polonia (8 cliniche) – Francia (2 cliniche) – Albania (1 clinica) – Russia (1 poliambulatorio)	
Fondazione Salvatore Maugeri	– Convenzioni/collaborazioni con vari atenei	X – IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri				

Tabella 4.3 (segue)

	Università	Riconoscimento IRCCS e altre forme istituzionalizzate di ricerca/formazione	Strutture e attività socio-sanitarie	Strutture e attività sanitarie esterne agli ospedali	Attività non sanitarie a carattere imprenditoriale o no profit in Italia	Attività imprenditoriali o no profit all'estero
Gruppo Kos	<ul style="list-style-type: none"> – Convenzioni/collaborazioni con vari atenei 	<ul style="list-style-type: none"> – Area Long-term care: 50 Centri per anziani – 12 comunità terapeutiche psichiatriche 	X	X	X	X
Gruppo Neuromed	<ul style="list-style-type: none"> – Università la Sapienza (Polo Didattico per Fisioterapia, Infermieristica, Tecniche di laboratorio, Tecniche di radiologia) – Università di Tor Vergata (Tecniche di Neurofisiopatologia) 	<ul style="list-style-type: none"> – IRCCS Istituto Neurologico Mediterraneo 	<ul style="list-style-type: none"> – Ambulatori generali – Ambulatori specialistici 	<ul style="list-style-type: none"> – Polo d'innovazione Innomed (PMI) 	<ul style="list-style-type: none"> – Service diagnostici e/oterapeutici in 8 strutture – India (16) – Regno Unito (3) 	
Fondazione Don Gnocchi	<ul style="list-style-type: none"> – Università degli Studi di Milano (Infermieristica, educazione professionale, fisioterapia, neuropsicomotricità, terapia occupazionale, neurofisiopatologia, logopedia) 	<ul style="list-style-type: none"> – IRCCS Santa Maria Nascente 	<ul style="list-style-type: none"> – 7 RSA – 1 Alloggio protetto – 2 CDI – Servizio DAT (Domotica-Ausili-Terapia Occupazionale) – ADI – Attività motoria di gruppo 	<ul style="list-style-type: none"> – 28 Ambulatori – 7 reparti Cure Intermedie – Riabilitazione domiciliare – Sportello Parkinson – 2 Nuclei specialistici Alzheimer 		
Gruppo Garofalo			X	X	X	
			<ul style="list-style-type: none"> – Gruppo Fides (11 strutture in Liguria: residenze, residenze psichiatriche, REMS, CAUP) 		<ul style="list-style-type: none"> – Attività alberghiere 	
Humanitas	<ul style="list-style-type: none"> – Humanitas University (Medicina, Infermieristica, Fisioterapia) 	<ul style="list-style-type: none"> – Istituto clinico Humanitas – Rozzano 		X	<ul style="list-style-type: none"> – Spromed 	
				<ul style="list-style-type: none"> – Centri ambulatoriali Humanitas Medical Care (9) 		

Tabella 4.3 (segue)

	Università	Riconoscimento IRCCS e altre forme istituzionalizzate di ricerca/formazione	Strutture e attività socio-sanitarie	Strutture e attività sanitarie territoriali esterne agli ospedali	Attività non sanitarie a carattere imprenditoriale o no profit in Italia	Attività imprenditoriali o no profit all'estero
Gruppo Policlinico di Monza (Servisati)				X - 3 poliambulatori		X - Romania (1 ospedale)
Gruppo la nuova Domiziana	X - Tor Vergata (infermieristica)	- Domanda di riconoscimento IRCCS per Pineta Grande Hospital (2012)		X - Pineta Lab Scari		
Gruppo Giomi	X - Università La Sapienza (Medicina e Chirurgia + professioni sanitarie)		X - 11 RSA	X - 3 Poliambulatori - 2 strutture riabilitative territoriali ex art. 26		X - Germania (6 RSA)
Ordine Ospedalero Fatebenefratelli (Provincia Romana)	X - Università di Tor Vergata (infermieristica, Ostetricia - Isola Tiberina)		X 1 RSA	X Istituto di riabilitazione ex art. 26 di Genzano		
San Raffaele Pisana	X - Università La Sapienza (Fisioterapia, infermieristica, terapia occupazionale) - Università degli studi dell'Aquila (Fisioterapia) - Università di Tor Vergata (infermieristica)	X - IRCCS San Raffaele Pisana	X - 11 RSA	X - 9 Poliambulatori - 3 Hospice		
Istituto Figlie di San Camillo	X - Università Cattolica del Sacro Cuore (infermieristica)		X - 2 RSA			
Gruppo Multimeditica	X - Università degli Studi di Milano (Oftalmica e assistenza oftalmica, infermieristica)	X - IRCCS Multimeditica		X - Centro ambulatoriale multispecialistico MultiMedica - MultiLab: Centro di medicina di laboratorio		

Tabella 4.3 (segue)

	Università	Riconoscimento IRCCS e altre forme istituzionalizzate di ricerca/formazione	Strutture e attività socio-sanitarie	Strutture e attività sanitarie territoriali esterne agli ospedali	Attività non sanitarie a carattere imprenditoriale o no profit in Italia	Attività imprenditoriali o no profit all'estero
Ordine Ospedaliero Fatebenefratelli (Provincia Lombardo-Veneta)		X - IRCCS San Giovanni di Dio	X - 2 RSA (Lombardia) - 1 Casa di riposo (Venezia)		X - Asilo notturno e centro accoglienza migranti	X Attività sanitarie e sociali in - Benin - Togo - Croazia - Israele
Gruppo Korian			X - 41 RSA e case di riposo - 7 Centri diurni - 111 appartamenti per anziani - Comunità psichiatriche - ADI	X - 9 ambulatori - Servizi di assistenza post-acute - Hospice		Strutture sanitarie e socio-sanitarie in: - Francia (366) - Germania (222) - Belgio (76)
Fondazione Policlinico Universitario A Gemelli	X - Università Cattolica del Sacro Cuore	X - Fondazione Policlinico Univ. A. Gemelli IRCCS			X - Residenza Gemelli (patient hospital)	
Istituto Auxologico Italiano	X - Università degli Studi di Milano (tecniche di Neurofisiopatologia) - Milano-Bicocca - Università di Pavia	X - Istituto Auxologico Italiano IRCCS - Milano - centro ricerche biomediche Milano	X - 1 RSA (Auxologico Residenza Anziani)	X - 7 ambulatori		
Istituto Europeo di Oncologia	X - Università Studi di Milano (Infermieristica, Professioni sanitarie tecniche) - Centro Cardiologico Monzino IRCCS	X - Istituto Europeo di Oncologia		X - 1 ambulatorio	X - TT Factor (servizi di technology transfer)	

Fonte: elaborazione OASI su siti istituzionali

un'ottica di settore (senza, quindi, esprimere solamente le prospettive strategiche dell'ente di appartenenza).

1. Stanti la stasi o la contrazione di risorse dei budget SSN, dove si intravedono opportunità per consolidare e sviluppare i gruppi perseguendo l'integrazione orizzontale o la ricerca di nuovi mercati?
2. Quali politiche di integrazione verticale (lungo la filiera sanitaria e socio-sanitaria) si stanno perseguendo?
3. Quali sono i trend prevalenti in termini di integrazione con l'Università, o della trasformazione in IRCCS?
4. Sono possibili nel panorama italiano forme di alleanza strategica tra i grandi gruppi? Quale futuro hanno le piccole strutture?

Dalle convergenze nelle interviste sono emerse alcune traiettorie di fondo.

1. Crescita dimensionale, economica e sviluppo del portafoglio attività attraverso le integrazioni orizzontali e la ricerca di nuovi mercati sanitari ("oceani blu").

Per quanto riguarda la crescita dimensionale orizzontale, rimane un focus forte sulle acquisizioni, con i gruppi più grandi interessati ad assorbire la capacità produttiva e i budget delle strutture singole medio-piccole. Questo trend è stato e continuerà ad essere particolarmente rilevante nel segmento post-acute, dove i margini ottenibili a livello di singola struttura sono ristretti e il fattore dimensionale risulta decisivo.

Con riferimento, invece, ai nuovi mercati sanitari, emerge una crescente ricerca dei cosiddetti "oceani blu", segmenti dove la pressione competitiva è minore. Tra gli "oceani blu" si collocano:

- i. il focus sui pazienti internazionali, con investimenti mirati sul tema del turismo sanitario. Questo segmento appare l'unico in grado di espandere l'area della solvenza ospedaliera e l'attività ospedaliera *tout court*.
- ii. l'ampiamiento dell'offerta soprattutto nella direzione del wellness, in ambiti di norma lontani o poco presidiati dalla copertura SSN: fisioterapia, nutraceutica, prevenzione, consulenze su sport o alimentazione, ecc. Si tratta di servizi dai quali il paziente spesso coglie velocemente un beneficio e che tendono a fidelizzarlo.
- iii. l'area *outpatient*, attraverso un'offerta diretta a pagamento sviluppata con "*smart clinic/walk-in clinic*" in aree commerciali o comunque ad alta frequentazione. In alcuni comparti della specialistica ambulatoriale sembra essere interessante la proposta di prestazioni in regime di privato "sociale", dal prezzo calmierato, competitivo rispetto al ticket, alla solvenza tradizionale e alla libera professione intramuraria.

In tutti e tre i casi, si tratta di servizi utili anche per saturare una capacità produttiva altrimenti non pienamente sfruttata dai budget SSN/SSR, quasi

ovunque stabili od in riduzione. La solvenza è comunque il comparto in cui crescere, indipendentemente dal *cluster* di appartenenza; è necessario, però, uno spostamento di paradigma, dalla libera professione del medico all'area a pagamento aziendale. Ad attrarre il paziente dovrebbe essere principalmente il *brand* del gruppo o della struttura, non solo il medico, come accadeva nel caso della libera professione tradizionale.

2. *Attenzione crescente per l'integrazione e la diversificazione verticale.* Una maggiore integrazione verso l'area post-acuta, ospedaliera e non, è funzionale all'attività per acuti, per migliorare l'esperienza del paziente, e permette di intercettare i bisogni di presa in carico della cronicità. Per i gruppi e le strutture ospedaliere questo significa una crescente integrazione/investimento verso i poliambulatori territoriali, per intercettare il paziente, e verso la riabilitazione post-acuta per attenuare il problema dei *bed blockers* e aumentare l'efficienza dei processi di cura per acuti. Inoltre, per la maggioranza degli intervistati "alleanze" o comunque rapporti più stretti con la Medicina Generale diventano importanti nell'agenda strategica, pur nella distinzione e nel rispetto dei ruoli.
3. *"Universitarizzazione" crescente, e collegamenti sempre più stretti con il mondo della ricerca.* Il riconoscimento come IRCCS, per i privati appartenenti a tutti i *cluster*, è un traguardo molto importante, che legittima istituzionalmente la struttura e produce *brand*. Inoltre, ricerca e qualità sono strettamente collegate. Da qui, la percezione dell'importanza di un collegamento con l'università, sia per attrarre professionisti di alto livello, che per avere accesso a risorse aggiuntive, alle sperimentazioni traslazionali e all'innovazione il più rapidamente possibile. Sul piano delle criticità, viene riconosciuto che gli IRCCS in Italia sono troppi, di dimensioni troppo ridotte e salvo alcune eccezioni poco abituati a lavorare in rete. La priorità in questo senso dovrebbe essere la creazione di reti di IRCCS per ottenere sinergie sul piano amministrativo, nella gestione dei laboratori e nel reclutamento dei pazienti idonei per condurre gli studi; in breve, per raggiungere le dimensioni minime necessarie per svolgere efficacemente la ricerca clinica ed essere competitivi a livello internazionale. Il collegamento con le università consente inoltre di accedere agli specializzandi, e di "provare sul campo" i professionisti che potrebbero successivamente essere reclutati.
4. *Prospettive di alleanza strategica "specifiche e selettive".* La maggior parte degli intervistati vede crescenti opportunità di alleanza tra strutture indipendenti e/o tra grandi gruppi, per specifici progetti dove vi possono essere sinergie e complementarietà interessanti. Inoltre, se le piccole-medie strutture saranno chiamate a percorsi di specializzazione e focalizzazione per rimanere competitive, è possibile si generino reti ed alleanze strategiche anche allo scopo di fare massa critica per le questioni di soglie/standard di operatività e di peso specifico nei confronti del SSN/SSR e per sfruttare sinergie ed economie di scopo sul fronte amministrativo. Questo tipo di accordi, fino ad oggi ostacola-

ti dal DNA familiare delle strutture private, diventano più pressanti proprio di fronte ai limiti dimensionali ed alle implicazioni per la sostenibilità nel medio termine. Si rileva, inoltre, come il mondo della sanità religiosa e no profit, per sua natura istituzionale poco incline all'espansione per acquisizione e caratterizzato da un'elevata frammentazione (cfr. § 4.5.1), stia maturando una maggiore propensione alla collaborazione. Ciò può avvenire all'interno delle associazioni di categoria ma anche tra realtà complementari in termini di presidio della filiera; ad esempio, tra operatori focalizzati prevalentemente sulla riabilitazione, da un lato, ed erogatori di assistenza socio-sanitaria, dall'altro. Da segnalare, però, che su questo punto non si rileva un'omogeneità di visione tra gli intervistati: alcuni non vedono concrete possibilità di collaborazione tra gruppi, fatta eccezione per le eventuali istanze comuni espresse dalle associazioni di categoria; inoltre, ritengono possibili le collaborazioni tra gruppi e strutture singole principalmente nell'ottica di una futura acquisizione.

Dalle interviste, infine, si rilevano alcuni elementi emergenti e trasversali ai quattro temi affrontati direttamente dalle domande:

5. *Attenzione significativa e crescente alla qualità dei contenuti delle prestazioni, ai risultati di salute, agli esiti, all'esperienza complessiva del paziente.* L'investimento in qualità si struttura quindi attorno a due grandi temi. Da un lato quello del processo organizzativo con cui il paziente viene preso in carico ed in cura, per gestire al meglio la relazione con lui e la famiglia, e per "produrre" un'esperienza e non solo una prestazione. Dall'altro lato, l'investimento è sulle competenze, sulle tecnologie e sulle risorse necessarie per assicurare i migliori risultati di performance e di esito. Peraltro, investimenti nella qualità di processo possono anche generare efficienze e risparmi di costo, migliorando la competitività della struttura. Questa è la sfida che attende il privato di grande dimensione *leading* nelle sperimentazioni dell'innovazione gestionale e tecnologica, tra cui quelle collegate alla medicina in remoto, all'uso dei *digital therapeutics*, ai big data, alle intelligenze artificiali.
6. *Primi avvicinamenti ed esplorazioni per alleanze ed integrazioni con il settore assicurativo.* Il mondo dei fondi si sta preparando a collocare sul mercato pacchetti salute che offrono percorsi di cura integrati nell'area della cronicità, dalla prevenzione, alla presa in carico, all'erogazione delle prestazioni. Questi ultimi potranno prevedere, su specifiche patologie, accordi con erogatori e produttori di *device*.

4.6 Conclusioni

Le analisi condotte in questo capitolo mostrano numeri e trend che consentono alcune riflessioni conclusive di ordine generale.

In particolare, se ne propongono tre.

La prima riflessione riguarda il ruolo rilevante del privato accreditato come componente del SSN. I dati confermano il contributo importante e crescente che il privato accreditato apporta al SSN. Ciò è riscontrabile in termini di incidenza sulla spesa sanitaria pubblica (19%), così come in termini di volumi erogati (27% dei ricoveri, +3,2 punti percentuali rispetto al 2008) e come mix di produzione. Rispetto a quest'ultimo punto, si pensi all'area della non-acuzie ospedaliera, sempre più rilevante alla luce dei cambiamenti epidemiologici in corso, rispetto alla quale il privato garantisce il 48,2% dei ricoveri per lungodegenza e il 73,7% dei ricoveri per riabilitazione. Sempre con riferimento al contributo del privato nella copertura dei bisogni emergenti, si registra che l'unica voce in crescita della spesa per assistenza privata accreditata sia quella (prevalentemente) relativa all'ambito socio-sanitario, cresciuta dell'8% in due anni (2015-2017). L'area dell'emergenza-urgenza rappresenta ancora per molti pazienti il primo accesso alle cure e il "biglietto da visita" del SSN. Anche in questo ambito tradizionalmente presidiato dal pubblico, il privato accreditato svolge un ruolo rilevante nelle tre regioni più popolate e urbanizzate del Paese: in Lazio (27% degli accessi presi in carico dal privato accreditato), Lombardia (18%) e Campania (12%).

In questa prospettiva, una prima implicazione importante di politica sanitaria riguarda il grado di riconoscimento istituzionale di questo contributo, e quindi la sua traslazione negli assetti di *governance* e nei processi programmatici in ciascun SSR. Questo riconoscimento, operativamente, si potrebbe tradurre in almeno due decisioni-azioni di fondo, necessarie per riconfigurare in modo costruttivo le relazioni tra pubblico e privato.

- a. Coinvolgere stabilmente al tavolo della programmazione e non della semplice consultazione anche il privato accreditato, quale sotto-sistema produttivo complementare ed integrato – pur con logiche di collaborazione competitiva – con la rete delle aziende pubbliche SSR.
- b. Costruire una governance pubblica (obiettivi, programmi e risorse assegnate) del privato con orizzonti temporali di medio periodo (triennio), onde consentire ai privati stessi di sviluppare di conseguenza la propria pianificazione strategica e programmare investimenti, trasformazioni organizzative e cambiamenti gestionali con il necessario respiro.

Alcune realtà regionali, in cui il privato ha assunto nel tempo un ruolo rilevante, hanno già sviluppato forme più o meno strutturate di collaborazione per favorire reciprocamente un'efficace programmazione sanitaria. Serve, a parere di chi scrive, una riflessione urgente su questi temi in tutti i SSR.

La seconda riflessione riguarda il significativo divario Nord-Sud nella quantità e qualità delle strutture private. Si veda, a questo proposito, il capitolo 6 del

Rapporto OASI dello scorso anno sul tema degli esiti, ma è molto significativa anche la mappatura dei grandi *player* dei paragrafi precedenti, che evidenzia il diverso grado di concentrazione industriale. Spicca la scarsità dei gruppi ospedalieri con oltre 500 posti letto baricentrati al Sud: se ne contano un paio su un totale nazionale di 20. L'assenza di grandi gruppi "autoctoni" rallenta l'innovazione delle strategie competitive e delle *best practice* manageriali e favorisce una progressiva (ancorché limitata) crescita dimensionale dei gruppi del Nord per acquisizione di strutture del Centro-Sud in difficoltà.

Tale divario è certamente il risultato di una situazione più complessiva di sistema, ma influisce sulle performance globali dei SSR. Anche questo tema merita una riflessione approfondita. Nella misura in cui il privato accreditato è parte integrante del sistema di offerta di un SSR, sorge una responsabilità da parte degli assessorati e delle agenzie regionali nell'esercitare una funzione di *steering* sugli sviluppi del settore? Il coinvolgimento dello stesso privato nella programmazione regionale potrebbe generare positive ricadute anche in questo senso?

La terza riflessione scaturisce dalla conferma del problema dimensionale che riguarda il privato ospedaliero, un settore ancora piuttosto frammentato. Molte strutture sono di dimensioni ridotte, e potrebbero in futuro non superare gli standard operativi fisico-logistici necessari per essere autorizzati ad operare. Riprendendo i dati più significativi del capitolo, le strutture private accreditate hanno in media 116 PL accreditati; oltre il 60% delle stesse ha una dotazione di posti letto inferiore ai 100 PL accreditati, mentre soltanto l'11,9% supera i 200 PL accreditati. Le grandi strutture sono concentrate principalmente in Lazio e Lombardia, regioni nelle quali sono localizzate 39 delle 69 strutture con più di 200 posti letto (57%). Molte strutture, indipendentemente dalle dimensioni, non raggiungono le soglie cliniche fissate da programma nazionale esiti, DM 70, standard delle società scientifiche, ecc.

Questa situazione pone un grande interrogativo sulle possibili traiettorie strategiche che le strutture private accreditate potranno perseguire per generare le migliori condizioni per il loro successo (quando non di mera sopravvivenza) e per legittimarsi nel SSR e nel SSN. Dalle interviste condotte ai rappresentanti dei vertici di *player* privati o loro rappresentanze associative caratterizzati da configurazione e posizionamento produttivo diverso, emergono alcune traiettorie strategiche:

- ▶ crescita dimensionale, economica e sviluppo del portafoglio attività attraverso le acquisizioni delle piccole strutture e la ricerca di nuovi mercati sanitari, i c.d. "oceani blu". Questi "oceani blu" (Chan Kim e Mauborgne, 2015) sono riconducibili all'area della solvenza: degenze per pazienti internazionali; servizi legati al *wellness*; area *outpatient* al di fuori delle strutture sanitarie;

- ▶ attenzione verso l'integrazione verticale, con particolare riferimento all'area della post-acuzie e, per molte realtà, della cronicità e dell'assistenza socio-sanitaria;
- ▶ collegamenti sempre più stretti con il mondo dell'università e della ricerca (ad es. cercando di ottenere il riconoscimento di IRCCS); ciò consente di qualificare la propria attività assistenziale, rafforzare il proprio brand, attrarre i migliori professionisti, diversificare le attività e le fonti di finanziamento;
- ▶ per alcuni *player*, possibilità di alleanze specifiche e selettive, mentre appare condiviso il ruolo importante della rappresentanza categoriale nelle interlocuzioni con il pubblico;
- ▶ attenzione significativa e crescente alla qualità dei contenuti delle prestazioni, ai risultati di salute, agli esiti, all'esperienza complessiva del paziente;
- ▶ primi avvicinamenti al settore assicurativo in vista di future alleanze e collaborazioni.

Queste traiettorie, e le diverse azioni che le caratterizzano, testimoniano la vivacità ma anche le sfide del settore dei privati accreditati. Sfide che inevitabilmente sembrano determinare una selezione crescente delle strutture incapaci di reagire al mutato ambiente, e che al tempo stesso stimolano e spingono a ricercare nuove soluzioni e generano opportunità per collaborazioni e sviluppi strategici impensabili solo dieci anni fa. Il risultato, come fotografato da questo capitolo e qui discusso, sarà un settore privato di più elevata qualità, con più peso negoziale nel sistema in relazione alla crescita dimensione ed integrazione orizzontale, più attivo nella ricerca e nell'insegnamento, più specializzato da un lato, collegato alle filiere verticali dall'altro, e certamente con una imprenditorialità più raffinata in relazione alla necessità di crescere su comparti diversi da quello tradizionale del SSN/SSR.

In questo scenario, l'implicazione finale è per i *policy* e *decision-maker*: è urgente riconfigurare e ripensare le politiche e la governance dei rapporti pubblico-privato. Per favorire uno sviluppo del settore ospedaliero privato accreditato, comunque inarrestabile, quanto più possibile allineato e funzionale alle esigenze del SSN, stante il ruolo e contributo determinante che riveste in molti dei SSR.

Bibliografia

- Agenas e Ministero della Salute (2017), Programma nazionale esiti, sezione su Servizi di Emergenza-Urgenza, disponibile on line: <http://pne2017.agenas.it/>
- Carbone C. (2013), *Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico*, Milano, Egea.

- Carbone C., Longo F., Ricci A. (2014), «Il posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati: analisi delle leve competitive», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2014*, Milano, Egea, pp. 437-462.
- Carbone C., Petracca F. (2015), «Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività», in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2015*, Milano, Egea, pp. 185-209.
- Chan Kim W., Mauborgne R. (2015), *Strategia oceano blu. Vincere senza competere*, Rizzoli Etas.
- Ministero della Salute (2017), Rapporto SDO 2016, disponibile on line http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1237&area=ricoveriOspedaliere&menu=vuoto
- Ministero della Salute (2018), Database Posti letto per struttura ospedaliera 2010-16, disponibile on line <http://www.dati.salute.gov.it/dati/risultatoRicercaAvanzataDataset.jsp?menu=ricAvanzata&tag=5>
- Panati G., Golinelli G.M. (1991), *Tecnica economica industriale e commerciale, Imprese, strategie e management*, vol. 1, Roma, Carocci Editore.
- Petracca F., Ricci A. (2017), «Gli erogatori privati accreditati: attività ospedaliera, distrettuale e valutazione esplorativa degli esiti», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2017*, Milano, Egea, pp. 257-289.