





**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. Negli ultimi 36 anni il CERGAS ha contribuito all'elaborazione e diffusione delle conoscenze sulle logiche e sulle problematiche di funzionamento peculiari del settore sanitario. Le principali aree di ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e analisi delle politiche sanitarie pubbliche; applicazione dei metodi di valutazione economica in Sanità; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatti sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

**SDA Bocconi School of Management** si distingue nella formazione manageriale da oltre 40 anni, grazie al suo impegno di contribuire alla crescita degli individui, delle aziende e delle istituzioni attraverso la conoscenza e l'immaginazione. SDA Bocconi è leader in Italia e tra le prime 30 Business School nel mondo. In ambito sanitario e socio-assistenziale, la Scuola vanta una tradizione lunga trent'anni di programmi formativi sul tema. Si tratta di tutto il know-how maturato attraverso gli "storici" corsi CORGESAN e COGEMSAN, confluiti successivamente nei tre programmi di punta della formazione manageriale in Sanità: l'EMMAS (Executive Master in Management delle Aziende Sanitarie e Socio-Assistenziali), il MiMS (Master in Management per la Sanità) e il MIHMEP (Master of International Health Care Management). Oltre ai Master, la Scuola promuove programmi di formazione su misura (corsi) personalizzati per diversi soggetti e istituzioni operanti nella Sanità, corsi a catalogo e attività di laboratorio formativo nell'ambito di Community e Network professionali.

**OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Servizio sanitario Italiano)** è attivo dal 1998 su impulso di CERGAS e SDA Bocconi. La sua finalità è duplice: da un lato, monitorare e interpretare l'evoluzione e l'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e del settore sanitario nel suo complesso; dall'altro, creare un tavolo comune dove mondo accademico e mondo aziendale possano condividere le esperienze e sviluppare elementi critici di interpretazione e valutazione della realtà sanitaria. Sulla base di tale attività viene redatto un Rapporto annuale. Ogni anno vengono inoltre individuati argomenti di particolare interesse su cui sono svolti degli approfondimenti tematici.

**BAA - Bocconi Alumni Association** è il network internazionale cui fanno riferimento gli oltre 100.000 Alumni che hanno conseguito un titolo formativo Bocconi. Sua missione è essere una forza positiva della società contribuendo, attraverso progetti, attività, studi e scambi, allo sviluppo e alla valorizzazione dell'Università, degli studenti e della società civile.

BAA organizza quindi, a Milano, in Italia e all'estero, specifiche iniziative attorno a interessi professionali e culturali degli Alumni e progetti di carattere socio-economico in collaborazione con le business community locali. Le attività si sviluppano su quattro "pilastri": Networking, Continuous Learning, Career Advice e Fundraising, sempre in sinergia con la Faculty Bocconi e con il supporto degli Alumni stessi.

Gli Alumni Bocconi sono presenti in oltre 35 paesi dei 5 continenti, con 197 "Leader", Alumni volontari che coordinano i 50 Chapter all'estero, le 25 Aree BAA in Italia, i 15 Topic Group e le 77 Classi MBA e Master, "guidando" la famiglia di Alumni Bocconi in una determinata città, in un gruppo di interesse tematico o in una specifica classe.

Fra i Topic Group BAA, l'Healthcare ha collaborato a questo progetto.

## **BAA sostiene la Campagna di Fundraising Bocconi 2015-2020 "Una sfida possibile"**

*Lo sapevi che...?*

### **1. L'Università Bocconi stanZIA 27 milioni all'anno in borse di studio per studenti meritevoli**

Questo è possibile anche grazie all'aiuto di quanti comprendono l'importanza di sostenere con una donazione la cultura e le giovani generazioni.

### **2. La nostra Università è una non profit**

Nata da una donazione di Ferdinando Bocconi in memoria del figlio Luigi (400mila lire nel 1902, che equivarrebbero oggi a circa 2 milioni di euro), l'Università Bocconi si sostiene prevalentemente grazie alle rette degli studenti, che re-investe in ricerca, didattica, infrastrutture e agevolazioni per studenti. Ma il Piano Strategico Bocconi 2015-2020 è ambizioso e l'Università vuole continuare a crescere senza aumentare né le rette di iscrizione, né il numero dei suoi studenti: per questo, la Campagna di fundraising "Una sfida possibile" a sostegno del ha come obiettivo raccogliere 120 milioni di euro (dal 2007 a oggi ne sono stati già raccolti 81,5).

### **3. In Italia, le donazioni da Persone fisiche a Università sono deducibili al 100%**

Per i Residenti in Italia, le donazioni effettuate a un'università sono deducibili al 100% dal reddito. E, grazie al *Transnational Giving Europe* e alla Charity americana *Friends of Bocconi Inc.*, è possibile effettuare donazioni anche da parte di Residenti fiscali non in Italia. (Per informazioni sui vantaggi fiscali e/o sulle donazioni da parte di Aziende e Fondazioni, scrivici a [donazioni@unibocconi.it](mailto:donazioni@unibocconi.it)).

**Il Topic BAA Healthcare sostiene, con tutti i gruppi d'interesse BAA, la Campagna "Una sfida possibile" e vuole contribuire a sensibilizzare quante più persone possibili ai progetti promossi dalla Bocconi a sostegno degli studenti. Se saremo insieme, dare l'opportunità ai giovani meritevoli di accedere a una formazione di qualità sarà davvero una sfida possibile. Ogni donazione - anche piccola - è importante!**

*Per avere più informazioni e per fare la tua donazione, visita il nostro sito [www.unasfidapossibile.it](http://www.unasfidapossibile.it)*

# INDICE

PREFAZIONE	2
INTRODUZIONE	3
1. ATTRARRE INVESTIMENTI PER LA RICERCA CLINICA E SANITARIA	5
2. ATTRARRE LA PRODUZIONE E LA RICERCA DI IMPRESE FARMACEUTICHE E DI MEDICAL DEVICE	11
3. ATTRARRE CAPITALI PER I SISTEMI DI OFFERTA DEI SERVIZI SANITARI	16
4. SVILUPPARE IL TURISMO SANITARIO	24
5. SVILUPPARE IL MERCATO DELLA FORMAZIONE INTERNAZIONALE	29
GLI AUTORI	35
RINGRAZIAMENTI	36

## PREFAZIONE

di Paolo Gazzaniga

Con il progetto “**Orizzonte Sanità**” abbiamo dato vita dal 2014 - come Bocconi Alumni Association insieme a CERGAS e SDA Bocconi - a un *Think and Action Tank* affinché tutti coloro che sono passati da un’esperienza formativa in Bocconi potessero contribuire, ogni anno, all’approfondimento di temi Healthcare e alla formulazione di corrispondenti proposte di miglioramento da parte dei ricercatori del CERGAS ai referenti del settore.

Sotto questo cappello, negli ultimi tre anni abbiamo realizzato diverse iniziative.

Il primo anno è stata lanciata la *Survey online* aperta a tutti i cittadini “**La Sanità che vogliamo**” (titolo ideato, come per “Orizzonte Sanità”, da Marina Picker, *Alumni Topic Groups Manager* di Università Bocconi), che con le sue 7.499 risposte - 5.906 da cittadini e 1.593 da esperti del settore - ha contribuito a evidenziare gli aspetti del settore potenzialmente più critici ai quali dedicare maggiore attenzione.

L’anno successivo, 2015, dal mondo degli Alumni Bocconi partecipanti al *Topic Healthcare* sono emersi spunti che i ricercatori del CERGAS hanno elaborato e tradotto in dieci concrete proposte per rendere il SSN più efficace, equo e sostenibile, riportate nel documento “**SSN Fast Forward**” ([www.cergas.unibocconi.it](http://www.cergas.unibocconi.it)).

Quelle che vengono qui presentate sono ulteriori proposte, frutto del lavoro del 2016, finalizzate a valorizzare il SSN e favorirvi investimenti, da Italia ed estero, per l’innovazione e lo sviluppo sostenibile. Anche in questo caso, il lavoro è stato svolto dai ricercatori del CERGAS, con il contributo di noi Alumni consistito in una raccolta di spunti e nella partecipazione a *focus group* dedicati, per discutere le proposte prima della loro messa a punto finale.

Penso che, in particolare, il titolo “**Italy, a Healthy Investment**” - ideato dal Prof. Francesco Longo, referente *Faculty* Bocconi del Topic BAA Healthcare - sia quanto mai efficace nel rendere lo spirito che ci ha mosso e che continuerà a sostenerci: l’Italia e il suo SSN dispongono diffusamente di *asset* (strutture, competenze e capacità) di grande importanza e potenzialità. La sfida quindi, sulla quale ci siamo proposti di attirare l’attenzione dei decisori, è riuscire a valorizzare tali *asset* con l’obiettivo di attrarre talenti, investimenti e pazienti da altri paesi.

Questo è un punto della massima importanza: solitamente, infatti, il concetto di “sostenibilità” del SSN viene declinato in efficienza, razionalizzazione e contenimento di domanda e offerta di prodotti, servizi e prestazioni. Sono tutte misure necessarie, ma che, se non venissero accompagnate da una strategia che al contempo valorizzi le eccellenze del SSN (frutto della storia della Sanità italiana), non basterebbero ad assicurarne la sopravvivenza. Per noi, un SSN sostenibile è un SSN moderno e capace di coniugare innovazione e appropriatezza: affinché questo possa avvenire, il nostro sistema-paese dev’essere attrattivo, ovvero protagonista dell’innovazione.

A partire da questi presupposti, i macro-temi individuati sono cinque: 1) la ricerca clinica e sanitaria; 2) il tessuto delle imprese; 3) i sistemi di offerta di servizi sanitari; 4) il turismo sanitario; 5) il mercato della formazione. Ognuno di questi macro-temi è stato oggetto di diagnosi, proposte e prime azioni implementabili, che in questo documento vengono illustrate dai rispettivi autori. Buona lettura.

# INTRODUZIONE

Di Lorenzo Fenech, Francesco Longo e Alberto Ricci

La faticosa e lenta uscita dalla recente recessione economica e le politiche di stabilizzazione della spesa sanitaria pubblica impongono una sempre maggiore attenzione alla “gestione corrente” degli asset del settore sanitario italiano, in termini di risorse economiche, capitale umano e capitale fisico. La rincorsa ad arrestare possibili circoli viziosi può, però, comportare il rischio di distogliere l’agenda dei decisori politici e degli operatori del settore dall’individuazione delle finestre di opportunità di ulteriore sviluppo e innovazione, da cui potrebbero generarsi, piuttosto, dei veri e propri circoli virtuosi.

Da sedici anni, l’Osservatorio OASI di CERGAS e SDA Bocconi analizza i trend della Sanità pubblica e privata nel nostro paese, anche in ottica comparata a livello internazionale.

Con il progetto “**Italy, a Healthy Investment**”, OASI quest’anno intende fornire un’agenda al settore sanitario italiano volta a rafforzare la presenza del nostro paese sulla piattaforma globale della Sanità. L’idea di fondo è che il nostro settore sanitario ha ampie potenzialità per diventare un punto di riferimento internazionale per chi vuole investire i propri capitali, curarsi o accedere a formazione di qualità, generando così ulteriore sviluppo e innovazione per la Sanità del nostro paese.

Consolidare il proprio posizionamento in una piattaforma internazionale, non rappresenta solo un’opportunità di sviluppo del “capitale economico”, ma anche di quello umano, fisico e organizzativo, attraverso l’intensificazione del dialogo scientifico, la costruzione di sinergie, scambi di prassi, idee innovative e competenze (cliniche e/o manageriali). Ciò può inoltre contribuire ad una maturazione complessiva del settore in termini di maggiore consapevolezza dei propri limiti e punti di forza.

L’obiettivo è, da una parte, evidenziare quali sono i punti di forza da valorizzare e, dall’altra, proporre le linee di intervento necessarie per superare gli ostacoli e sprigionare il potenziale. Le proposte riguardano 5 ambiti specifici: ricerca medica, imprese produttrici di farmaci e *medical device*, sistemi di offerta dei servizi sanitari, mobilità internazionale dei pazienti, mercato della formazione.

Alcuni segmenti della filiera sanitaria sono già storicamente e intrinsecamente inseriti in una piattaforma internazionale. Imprese farmaceutiche e *medical device* ne sono un illustre esempio. In questi comparti, il nostro paese mantiene una tradizione produttiva importante, caratterizzata da alti standard qualitativi ed elevata capacità. In questo caso, la diagnosi e le proposte sono orientate a “penetrare” ulteriormente il mercato internazionale (consolidamento del “brand” paese). Sul lato della generazione di innovazione, l’intensità della ricerca e sviluppo rimane ancora mediamente inferiore rispetto ad altri Paesi europei, a causa soprattutto del mancato incontro tra idee, maturate in contesti di piccole e medie imprese, e possibili finanziamenti. Diventa quindi necessario orientare il settore verso la creazione di piattaforme di dialogo tra i due lati del mercato.

Il tema delle piattaforme e, in alcuni casi, della costituzione di vere e proprie reti, è comune a tutti gli ambiti qui considerati. Dalle diagnosi emerge, infatti, un sistema con un grande patrimonio di conoscenze, competenze (cliniche e manageriali) e strutture, che tuttavia risulta ancora troppo frammentato per poter essere visibile e fruibile al/dal contesto internazionale. Nell’ambito dell’attrazione di “capitali per i sistemi di offerta di servizi sanitari”, risulta necessario creare un *marketplace* in cui domanda e offerta per la vendita

e l'acquisto di strutture sanitarie si possano incontrare a partire da affidabili indicatori sulle performance delle aziende. Sul lato pubblico, è necessaria una strategia nazionale per il recupero dei grandi ospedali pubblici dismessi per far sì che il tema sia affrontato in maniera efficace e coordinata dalle aziende ed istituzioni pubbliche del territorio, con il supporto di istituti bancari pubblici specializzati e la ricerca, se possibile e opportuno, di partner privati, anche internazionali. In questi casi, le reti sono necessarie per favorire la trasformazione urbanistica e la realistica valutazione di mercato, che, contrariamente alle registrazioni contabili in stato patrimoniale, spesso è molto modesta. Nel caso della ricerca clinica e traslazionale, appare chiaro come reti mirate di IRCCS possano raggiungere migliori risultati in termini di qualità e velocizzazione delle ricerche (maggiori dati a disposizione, maggiore condivisione di idee/risultati intermedi) e capacità di ottenimento grandi stanziamenti per la ricerca, o comunque diventare terreno privilegiato per l'allocazione della ricerca di natura "for profit". Le reti metropolitane o territoriali sono poi al centro delle proposte sugli ambiti dell'attrazione di pazienti dall'estero e sul turismo sanitario, segmenti all'interno dei quali si osservano delle vere e proprie carenze strutturali, o meglio, infrastrutturali, e la messa in comune di alcune risorse potrebbe rendersi condizione necessaria oltre che opportuna.

Sono moltissime le connessioni e i collegamenti diretti e indiretti tra gli ambiti di investimento indagati. Lo sviluppo di ricerca, relazioni con le imprese, infrastrutture, flussi di pazienti e studenti dall'estero si alimentano a vicenda e favoriscono l'ulteriore attrazione di risorse finanziarie e non. Supponiamo, ad esempio, che l'Italia diventi un vero e proprio "research place", dove le imprese trovano nei nostri IRCCS e Ospedali luoghi ideali dove svolgere ricerca clinica e traslazionale. Oltre agli intuibili vantaggi economici per le strutture che ospitano queste iniziative, si generano delle dinamiche di attrazione dei migliori studenti e ricercatori da tutto il mondo, nonché di pazienti in cerca di specifici trattamenti particolarmente innovativi. Studenti, ricercatori e pazienti internazionali necessiteranno di adeguate infrastrutture e competenze gestionali. Pertanto, al fine di alimentare i circoli virtuosi auspicati, la "strategia di internazionalizzazione" va portata avanti nel suo complesso con politiche e azioni che interessino contestualmente tutti e cinque gli ambiti considerati.

Più che un punto di arrivo, questo sforzo di ricerca esprime uno slancio esplorativo e una provocazione culturale. Crediamo che la principale finalità del SSN e del sistema sanitario italiano resti la promozione della salute di chi vive nel nostro Paese. Crediamo però altrettanto fermamente che i sistemi sociali, se dotati di una chiara *mission* e di una forte identità, non debbano temere di aprirsi all'esterno per raccogliere stimoli, confrontarsi e puntare con efficacia ancora maggiore i loro obiettivi. Sotto il profilo strettamente economico, la scommessa è che l'internazionalizzazione del settore sanitario possa aumentare l'attrazione di capitali di prestito e di *equity*, i trasferimenti dalle istituzioni europee come *grant* di ricerca, le donazioni da parte di fondazioni internazionali e singoli individui, in un periodo di preoccupante scarsità di risorse per la Sanità. Ancora più importante, crediamo che la maturazione delle competenze scientifiche, mediche, gestionali dovuta all'internazionalizzazione possa irrobustire la qualità e l'efficienza del nostro sistema sanitario. Non resta che lasciare il lettore a diagnosi, proposte e azioni concrete per affrontare questa sfida.



# 1. ATTRARRE INVESTIMENTI PER LA RICERCA CLINICA E SANITARIA

a cura di Amelia Compagni e Claudio Jommi

## 1.1. PERIMETRO DI ANALISI

Lo stato attuale della ricerca clinica e sanitaria e le proposte di riforma collegate richiedono due importanti elementi definatori. In primo luogo, l'attività di ricerca clinica svolta nell'ambito e in relazione all'SSN può essere classificata in tre macro-aree:

- Ricerca e sviluppo clinico, che comprendono l'individuazione di target e possibili soluzioni terapeutiche e la validazione attraverso studi clinici (dalla Fase I alla Fase IV)
- Ricerca traslazionale, definibile come traduzione delle evidenze sperimentali in nuovi strumenti clinici e applicazioni che migliorano la salute umana
- Ricerca sui servizi sanitari, comprendente studi su efficacia, qualità, appropriatezza ed impatto economico di programmi, servizi e prestazioni sanitarie, svolti nel contesto dell'assistenza erogata ai pazienti.

Il sistema di ricerca sui servizi sanitari è nel contesto italiano meno consolidato per *governance* e vede una pluralità di soggetti interessati anche all'esterno del SSN. Risulta quindi complesso fornire delle proposte di policy e di gestione nel breve periodo, se non quella di stimolare il sistema a considerare questo tipo di attività prioritario per guidare l'azione programmatica delle Regioni e ad apprezzare il valore delle fonti di dati già esistenti (es. database amministrativi). Soprattutto in un momento in cui quantità sempre maggiori di dati sulla salute e sull'offerta di servizi ai pazienti sono raccolti da una pluralità di attori sia pubblici che privati, è di particolare importanza pensare a forme di *governance* di queste attività di ricerca che assicurino la trasformazione di questi sforzi in concreti benefici per i pazienti e per il sistema stesso.

Il documento si focalizza quindi su proposte ed azioni concrete per il miglioramento e l'attrazione di investimenti nei sistemi relativi agli due altri tipi di ricerca (clinica e traslazionale).

Il secondo elemento definitorio riguarda il concetto stesso di "investimento in ricerca clinico-sanitaria" e, soprattutto, nelle politiche ad esso collegate. Adottando un approccio inclusivo, tali politiche sono state ricondotte:

- alla promozione della competitività di ricercatori e soggetti del SSN che conducono ricerca clinico-sanitaria in competizioni internazionali per assicurarsi finanziamenti e risorse per la ricerca;
- alla promozione di finanziamenti e risorse (es. competenze) per la ricerca svolta all'interno del SSN da parte di soggetti nazionali (pubblici o privati);
- alla promozione del valore strategico della ricerca clinico-sanitaria nel SSN;
- alla ottimizzazione del sistema attuale di ricerca clinico-sanitaria del SSN, agendo su aspetti organizzativi e manageriali.

## 1.2. DIAGNOSI

### RICERCA CLINICA

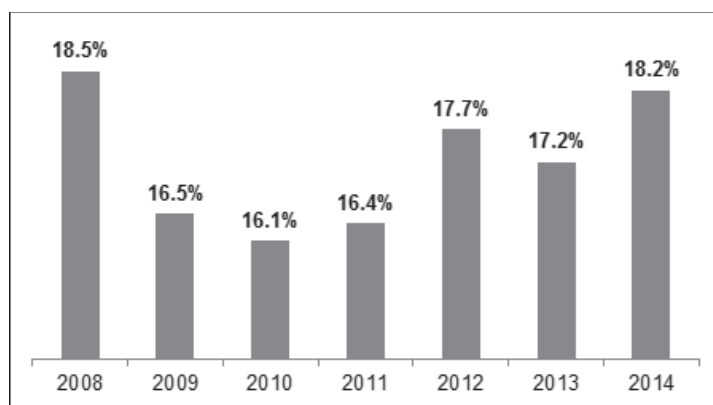
In termini generali, la letteratura scientifica ha appurato da tempo che condurre ricerca in ambito sanitario, ed in particolare clinico, può produrre benefici per le singole organizzazioni sanitarie e per il sistema nel suo complesso (Cavazza, Costa, Jommi, 2016). La ricerca permette di fare sanità meglio, garantendo cure migliori, più innovative e basate sull'evidenza. Inoltre funziona come elemento di attrattività per i professionisti e di motivazione per gli stessi.

In particolare con riferimento alla ricerca clinica sono stati evidenziati i seguenti benefici: (i) accesso ai farmaci (sperimentali e comparatori) a titolo gratuito; (ii) finanziamento, attraverso la ricerca sponsorizzata (cosiddetti studi profit), di attività aziendali, tra cui iniziative sperimentali spontanee (cosiddetti studi non profit): si è stimato, in un pool di aziende sanitarie, che il 40%-56% dei ricavi dell'azienda sanitaria per studi profit va allo sperimentatore per investimenti nella propria unità operativa (fondo divisionale) ed all'azienda sanitaria in attività diverse (tra cui studi non profit); (iii) maggiore appropriatezza d'uso delle tecnologie (in particolare, dei farmaci), una volta che le stesse vengono lanciate sul mercato; (iv) opportunità di formazione degli operatori e di produzione scientifica. Sembra tuttavia che di tali benefici non siano del tutto consapevoli le direzioni generali delle aziende sanitarie.

Infine, la ricerca può contribuire al miglioramento della programmazione sanitaria dando feedback fondamentali ai decisori sulla realtà di implementazione di alcuni servizi e sul loro impatto concreto sia economico che di salute (Tunis et al., 2003).

I dati sugli studi clinici mostrano come l'Italia sia relativamente allineata agli altri Paesi Europei: a seguito di un consistente calo dell'incidenza delle sperimentazioni in Italia rispetto all'UE dal 2008 al 2009, a partire dal 2009 si è assistito ad una graduale ripresa del ruolo dell'Italia nello scenario competitivo europeo (Aifa, 2015).

Figura 1.1. Incidenza delle sperimentazioni cliniche in Italia su UE<sup>1</sup>



In questo contesto, gli studi spontanei del SSN (cosiddetti studi non profit), il cui finanziamento, oltre a quello indiretto da parte delle imprese (cfr. infra), deriva da diverse fonti (Ricerca corrente e ricerca finalizzata del Ministero della Salute, Bandi AIFA, PRIN, Bandi regionali), hanno subito un calo più consistente rispetto a quelli promossi da

<sup>1</sup> Fonte: nostra elaborazione su dati AIFA (2015)

imprese (studi profit) e si è assistito ad una contrazione sistematica degli investimenti in studi post-marketing (cosiddetta Fase IV).

Figura 1.2. Studi profit vs non profit<sup>1</sup>

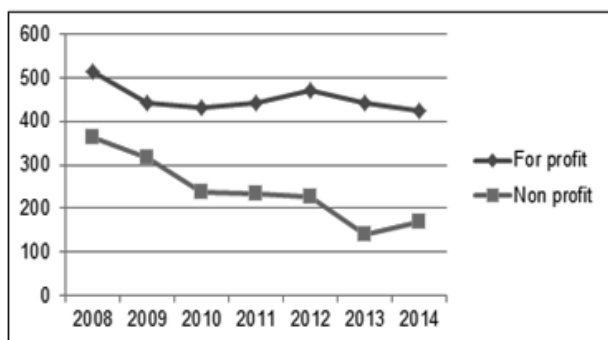
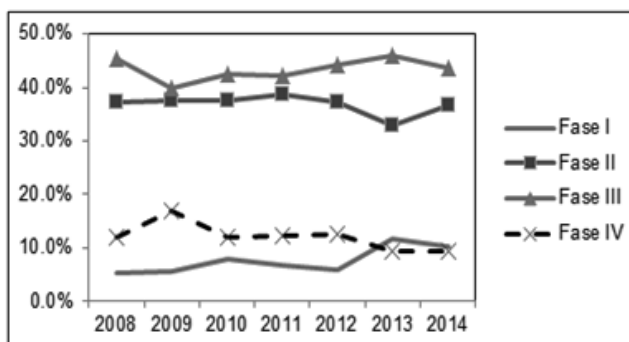


Figura 1.3. Incidenza degli studi per fasi<sup>1</sup>



Indagini percettive evidenziano come, a fronte di un ottimo profilo scientifico dei clinici sperimentatori, l'Italia soffre (AT Kearney, 2009; Gehring et al, 2015) (i) di una regolazione dell'accesso dei farmaci instabile e poco trasparente: le politiche specifiche di accesso (prezzo e rimborso) non impattano sulla localizzazione da parte delle imprese degli investimenti in ricerca e sviluppo (Koenig e Macgarvie, 2011), ma è l'incertezza e l'instabilità di tali politiche (si pensi alla gestione del *payback* sui tetti di spesa) a elevare il livello di rischio del sistema-paese e produrre effetti negativi sulle decisioni di investimento in Italia; (ii) di carenze nell'organizzazione e gestione degli studi sperimentali: dalla frammentazione dei comitati etici, che pur ridotta a seguito dell'approvazione della Legge 189/2012, è ancora elevata in Italia<sup>2</sup>, ai tempi di autorizzazione / approvazione mediamente lunghi (ma in miglioramento), ai tempi di reclutamento dei pazienti incerti, alla variabilità dei contratti impresa / centro sperimentatore (con iniziative nazionali, ad esempio Progetto Fast Track, e regionali di Lombardia e Toscana per la loro standardizzazione), alla mancanza di informazioni comparative sulle competenze dei centri sperimentali, che consentano alle imprese di scegliere in modo più consapevole i siti sperimentali, affiancando alle informazioni sui clinici dati sull'efficienze dei siti stessi.

Su diversi aspetti sopra citati (ad esempio, accorpamento comitati etici; requisiti di adeguatezza dei centri di ricerca clinica) avrà un effetto a lungo termine il Regolamento Europeo 536/2014 per la sperimentazione clinica dei farmaci, che entrerà presumibilmente a regime nel 2018. L'obiettivo del presente documento è di tracciare alcune proposte concrete di investimento che certamente saranno favorite da obblighi di natura regolatoria o da iniziative di recente implementate volte a migliorare il quadro dell'attività sperimentale su farmaci, ma che vogliono prescindere da tali obblighi, in un'ottica di "anticipazione" delle norme per incrementare le potenzialità di attrarre investimenti.

<sup>2</sup> Il DL 2012/2014 ha attribuito ad AIFA il ruolo di Autorità Competente ed ha prodotto una riorganizzazione della rete nazionale dei Comitati Etici, riducendoli a poco meno di 100, numero comunque ben superiore a quello dei principali Paesi UE ([http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=41556](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=41556)) - ultimo accesso il 5/9/2016).

## *RICERCA TRASLAZIONALE*

Esiste una certa frammentarietà nella governance complessiva della ricerca traslazionale (Tediosi & Compagni, 2010) con poco coordinamento a livello istituzionale centrale tra il Ministero della Salute e il Ministero dell'Università e della Ricerca (MIUR) e un basso livello di raccordo tra centro e Regioni e tra Ministeri e enti di ricerca non-profit che operano nell'ambito o finanziano la ricerca traslazionale (es. Telethon, AIRC, etc.). Manca inoltre un database nazionale della ricerca traslazionale che permetta di comprendere quali progetti di ricerca sono stati attivati, chi li conduca, con quali finanziamenti così da evitare sovrapposizioni e comprendere eventuali lacune.

Nel SSN è stato affidato agli Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS; totale nel 2016 di 49 centri) un ruolo centrale nella conduzione di ricerca traslazionale d'eccellenza. Sia il Ministero della Salute che gli stessi IRCCS non svolgono però un ruolo sufficientemente proattivo nella identificazione delle priorità di ricerca traslazionale svolta dagli IRCCS (Compagni & Tediosi, 2012) e la programmazione triennale delle attività di ricerca degli IRCCS si limita ad elencare le principali aree di interesse che ciascun IRCCS ha già sviluppato.

Nel sistema degli IRCCS ci sono ancora poche esperienze di approcci di rete, a parte alcune iniziative come la Rete cardiologica, delle Neuroscienze e quella Oncologica (Alleanza contro il cancro), Italia Longeva e la Rete Idea (Rete Italiana Salute dell'Età Evolutiva). Per lo più, il sistema di allocazione dei finanziamenti alla ricerca da parte del Ministero della Salute (Ricerca corrente 2015: € 161.023.992) da cui molti IRCCS dipendono quasi completamente (Compagni & Tediosi, 2012) appare poco premiante della ricerca traslazionale e clinica (Tediosi & Compagni, 2010) anche se una recente revisione dei criteri di ripartizione dei fondi ministeriali ha riconosciuto un peso del 15% alla "capacità di fare rete". Gli IRCCS appaiono in altre parole ancora poco capaci di fare sistema e una recente indagine della Corte dei Conti indica come ci siano importanti squilibri sia in termini geografici che tra IRCCS privati e pubblici nel livello di produttività nella ricerca.

Il più recente Piano Nazionale della Ricerca, inoltre, mostra come il trasferimento tecnologico non sia ancora sufficientemente sviluppato, né nelle università né nelle aziende sanitarie. Le attività università e aziende svolgono per la traduzione di nuove applicazioni mediche in prodotti e tecnologie non sono mappate e sono per lo più sporadiche, quindi non inserite necessariamente in una piattaforma imprenditoriale di più ampio respiro. Esistono alcune iniziative di recente attivazione che cominciano ad affrontare questi temi, quali l'elaborazione della Strategia Nazionale di Specializzazione Intelligente da parte del Ministero dello Sviluppo Economico e del MIUR che vede la salute come una delle aree prioritarie di investimento e sviluppo; e la costituzione, in collaborazione con la Fondazione Italia Camp, di un tavolo dei referenti degli uffici di trasferimento tecnologico degli IRCCS con promozione dei risultati della ricerca IRCCS presso potenziali investitori.

### **1.3. PROPOSTE E AZIONI**

A partire dalla sintetica diagnosi dello stato dell'arte della ricerca clinico-sanitaria, di seguito si elencano (in punti numerati) una serie di proposte volte ad incrementare l'investimento nella ricerca clinico-sanitaria svolta dal SSN e si suggeriscono (in punti elenco) delle azioni che ne guidino la realizzazione:

1. Rendere più stabili, prevedibili e premianti per le soluzioni a valore aggiunto per l'SSN i sistemi di accesso delle tecnologie sanitarie.
  - Dare stabilità (es. target di spesa pluriennali) e trasparenza (pubblicazione di documenti di appraisal) nella nuova governance di farmaci / dispositivi.
2. Introdurre processi per l'identificazione delle priorità di ricerca nel SSN
  - Identificare dei criteri per la individuazione delle priorità che valorizzino le competenze distintive italiane nel panorama internazionale (ad esempio, oncologia / immunologia) o su direttrici rilevanti per la ricerca a livello internazionale.
  - Istituire processi «dall'alto» che vedano allineati i principali soggetti istituzionali e di ricerca del paese (es. Tavolo permanente sulla Ricerca Sanitaria).
  - Istituire processi «dal basso» che coinvolgano gli *stakeholder* - organizzazioni non profit, associazioni dei pazienti, clinici, imprese, anche gli stessi cittadini, ecc.
3. Promuovere programmi di finanziamento pubblico della ricerca clinica non profit in collaborazione con Ministero e Regioni, attingendo anche al contributo del 5% delle spese promozionali versato dalle imprese farmaceutiche
4. Dare maggior rilievo e visibilità alla ricerca clinica e traslazionale all'interno delle aziende sanitarie
  - Incorporare il valore strategico della ricerca nella pianificazione aziendale (possibile anche ad un livello più aggregato, es. regionale).
  - Formare le direzioni aziendali sui temi della ricerca e sul valore strategico della stessa.
  - Comunicare meglio all'esterno le attività di ricerca nelle aziende sanitarie per attrarre investimenti e promuovere una cultura della ricerca anche nella popolazione.
5. Promuovere nelle aziende sanitarie le competenze organizzative e gestionali sulla ricerca clinica
  - Promuovere reti per il supporto alla ricerca clinica, anche attraverso collaborazioni tra IRCCS e Aziende Ospedaliere

- Creazione di network anche informali tra Clinical Trial Centres / Units per il trasferimento e l'adattamento di iniziative di eccellenza
- Ulteriore semplificazione del processo approvativo / autorizzativo (es. standardizzazione dei contratti)
- Stabilizzazione dei contratti del personale che svolge attività di supporto alla ricerca (data manager, infermieri di ricerca, ecc.),
- Introduzione di sistemi di rilevazione di costi e ricavi delle sperimentazioni cliniche

6. Promuovere sistemi di rete nella ricerca (tra IRCSS ma anche tra IRCCS e le altre aziende sanitarie)

- Creazione di reti sulla base di aree di ricerca comuni o di patologia che condividano (in accordo con le rispettive Regioni) competenze per:
  - pianificare congiuntamente le proprie attività di ricerca e proporre piattaforme di ricerca strutturate e rispondenti alle priorità di ricerca del SSN
  - scrivere «grant application» e competere congiuntamente per fondi di ricerca a livello internazionale
- Coinvolgimento in tali reti di aziende sanitarie territoriali, notoriamente più deboli per competenze nella ricerca, soprattutto nel caso della ricerca traslazionale
- Creazione, in presenza di una rilevante massa critica dell'attività sperimentale, di sistemi di rete tra centri sperimentali, con l'affidamento ad un "Hub" di funzioni amministrative (es. stipulazione contratti) e tecniche (es. data-manager)

7. Promuovere il ruolo degli IRCCS come catalizzatori di piattaforme di investimento nel trasferimento tecnologico

- Creazione di piattaforme che riuniscano attorno ad un IRCCS o a reti di IRCCS soggetti interessati al trasferimento tecnologico di nuove terapie, tecnologie sanitarie e procedure (e.g. imprese più o meno grandi di tecnologie sanitarie e di ICT, capitalisti venture o business angels, gruppi di «makers», esperti di IP e TT etc.)
- Stipulazioni di accordi di piattaforma per facilitare la rapida creazione di prototipi, versioni beta e per una prima validazione di nuove terapie
- Attività di formazione all'interno degli IRCCS sul trasferimento tecnologico
- Attività di comunicazione a livello internazionale delle innovazioni sviluppate così da attrarre ulteriori investimenti
- Aumentare il ruolo del trasferimento tecnologico nella valutazione degli IRCCS, stimolando quindi una competizione rispetto agli obiettivi, ma anche forme di collaborazione su profili di specializzazione per bisogno degli IRCCS appartenenti ad una rete

## 2. ATTRARRE LA PRODUZIONE E LA RICERCA DI IMPRESE FARMACEUTICHE E DI MEDICAL DEVICE

a cura di Patrizio Armeni, Giuditta Callea, Rosanna Tarricone e Aleksandra Torbica

### 2.1. PERIMETRO DI ANALISI

Le imprese farmaceutiche e di *medical device* rappresentano in Italia un'importante realtà produttiva, occupazionale e di innovazione. Il settore farmaceutico produce fatturato per 21,5 miliardi di euro di cui circa il 46,6% relativo a generici, impiega circa 63.000 persone e investe in ricerca e sviluppo 1,35 miliardi di euro (stime EFPIA). Il settore dei dispositivi medici presenta un fatturato pari a 22,3 miliardi di euro, un numero di occupati pari a 70.624 (Assobiomedica) e investimenti per ricerca e sviluppo pari a circa 2 miliardi di euro.

Riguardo alla componente biotech di questi settori, in Italia risultano attive 261 imprese, per un fatturato di 7,1 miliardi di euro, 6,566 addetti dedicati e investimenti in R&S pari a 456 milioni di euro (Assobiotec). Oltre a rappresentare circa il 2% del PIL, queste imprese si segnalano per un'elevata intensità di ricerca, misurata attraverso il rapporto tra investimenti in ricerca e sviluppo e fatturato. In Europa, un'impresa (media di tutti i settori) investe circa il 3,4% del proprio fatturato in ricerca e sviluppo, mentre, ad esempio, nel settore farmaceutico tali investimenti sono pari al 14,4% del fatturato.

### 2.2. DIAGNOSI

Settori economici di tale importanza, sia per dimensione sia per ruolo strategico per la competitività del sistema-Paese, si caratterizzano, oggi, in Italia per tre fondamentali aspetti.

- Un'intensità di ricerca e sviluppo mediamente inferiore rispetto ad altri Paesi europei, dovuta soprattutto al mancato incontro tra idee e finanziamenti.
- Una tradizione produttiva importante, caratterizzata da alti standard qualitativi ed elevata capacità.
- Uno sbilanciamento degli occupati, soprattutto le grandi imprese farmaceutiche e le imprese commerciali di dispositivi medici, sulle funzioni di interfaccia con il settore pubblico, acquirente principale (es. funzioni di *market access*).

Rispetto al primo punto, in Italia, l'intensità degli investimenti in ricerca e sviluppo è pari al 7% nel settore farmaceutico (9,1% per le imprese di *medical device*). Rispetto al mercato europeo, l'Italia rappresenta una quota dell'11,7% del fatturato totale ma solo il 4,4% degli investimenti in ricerca e sviluppo. Questo testimonia il fatto che l'Italia è vista primariamente come un mercato di sbocco per l'innovazione e solo secondariamente un mercato di generazione dell'innovazione. Ciò, non sembra, tuttavia derivare dalla mancanza di proposte o di capitale intellettuale, ma soprattutto dal mancato incontro tra

idee e investimenti. A riprova della potenziale fertilità della ricerca è da rilevare che nel settore biotech le imprese che investono la maggior quota del fatturato in ricerca e sviluppo sono quelle a capitale italiano (mediamente il 25%). Come emerge dal rapporto Assobiotec, esiste una forte domanda di partnership per co-ricerca o co-sviluppo, opzione strategica vitale per le piccole realtà ricche di idee ma prive di capitali.

Con riferimento alla produzione, l'Italia è un importante sito produttivo, caratterizzato soprattutto da elevati standard qualitativi. La quota di produzione farmaceutica dell'Italia sul mercato europeo è, infatti, pari al 13% (superiore alla quota sul fatturato e molto maggiore rispetto alla quota di investimenti in ricerca e sviluppo).

Inoltre, sempre nel settore farmaceutico, l'Italia è un Paese esportatore netto, con oltre un miliardo di euro di avanzo sulla bilancia commerciale. Per il settore dei dispositivi medici, 2.265 imprese (circa il 52% delle imprese operanti commercialmente in Italia) ha anche siti produttivi sul territorio italiano. Queste evidenze mostrano un posizionamento dell'Italia come mercato di rilevante capacità produttiva, in grado di soddisfare la domanda interna e di esportare. Infine, con riferimento alla condizione occupazionale, la peculiarità delle imprese che commercializzano prodotti farmaceutici e dispositivi medici in Italia è il doversi interfacciare con un sistema altamente complesso ed eterogeneo.

In primo luogo, la frequente frammentazione della catena decisionale nell'ambito pubblico richiede alle imprese di mantenere al proprio interno competenze specializzate nell'interazione con ruoli e disposizioni fortemente diversi tra loro (ad esempio clinici, direttori amministrativi, direttori generali, farmacisti), spesso sviluppando aree funzionali dedicate ad ognuno dei diversi soggetti. Il coordinamento di queste funzioni rappresenta in genere un rilevante impegno organizzativo.

In secondo luogo, a causa dell'eterogeneità degli assetti e dei modelli decisionali all'interno delle diverse regioni, queste imprese devono dotarsi di un'ulteriore dimensione di specializzazione delle competenze, riferita al territorio, che porta ad una maggiore frizione nella mobilità inter-area geografica delle proprie risorse umane.

Questi elementi caratteristici del nostro sistema fanno sì che le imprese si trovino ad affrontare l'accesso ai mercati regionali italiani con elevati numeri di risorse e con rigidità rispetto alla mobilità interna. Inoltre, queste strutture organizzative devono oggi affrontare l'evoluzione delle politiche decisionali riferite alle tecnologie, caratterizzate da un rafforzamento del livello decisionale centrale, associato ad una maggiore integrazione tra i livelli locale, regionale e nazionale.

Nel paragrafo successivo, verranno proposte alcune opportunità e sfide nascenti dalle caratteristiche descritte sopra. Dai gap attualmente presenti e dai punti di forza si possono individuare alcune iniziative per incrementare la competitività del settore italiano dei farmaci, dispositivi medici e della componente biotech, mentre alcune direttrici di cambiamento della *governance* tecnologica impongono un ripensamento della struttura organizzativa delle imprese che si interfacciano con i decisori pubblici.



## 2.3. PROPOSTE

In merito ai gap individuati con riferimento al mercato della generazione di innovazione, elemento-cardine della competitività del sistema-Italia, un'opportunità rilevante è data dall'attuale inefficienza del mercato di incrocio tra le idee e i finanziamenti. Questo aspetto coinvolge soprattutto le biotech, che per il 75% sono micro-imprese (meno di 10 dipendenti), per la maggior parte spin-off universitari e di queste solo il 25% ha riportato un utile d'esercizio positivo. Le biotech a capitale italiano, in particolare, pur essendo numerose (84% del totale) generano solo il 22% del fatturato totale della categoria, evidenziando in modo netto il vincolo di bilancio a cui sono sottoposte.

Una delle principali ragioni è la scarsa visibilità delle proposte imprenditoriali e l'elevata probabilità che l'idea non raggiunga il finanziatore. Ad oggi, infatti, l'attività di *scouting* attivo da parte dei grandi gruppi non riesce a raggiungere una massa critica di potenziali controparti e risulta essere piuttosto sbilanciato sulle realtà in start-up oppure è caratterizzato da competizioni per un *funding* iniziale che risultano essere molto selettive e quindi limitate a pochi casi. Anche alcuni tentativi di mettere le piccole biotech in rete non sono, ad oggi, riusciti a colmare il dislivello tra domanda potenziale di finanziamenti e offerta, facendo sì che il principale interlocutore per realizzare i progetti siano intermediari finanziari. La ricerca di partner per il co-sviluppo delle proposte innovative potrebbe, pertanto, beneficiare di un mercato più fluido, in grado di portare più facilmente le idee all'attenzione dei soggetti interessati. Tale fluidità potrebbe essere agevolata da un sistema che costituisca un ponte tra la piccola dimensione locale e l'attenzione internazionale. Un sistema del genere rappresenterebbe una piattaforma integrata per lo sviluppo delle tante realtà che oggi sono confinate al di qua della soglia critica di sostenibilità a lungo termine. Per far sì che tale piattaforma superi nell'efficacia i tentativi fin qui osservati è necessario integrare almeno tre aspetti: la visibilità interna, la visibilità esterna e la presenza fisica. Per realizzare la visibilità interna occorre sviluppare un sistema dedicato alle proposte innovative delle piccole biotech, dove i potenziali partner, investitori istituzionali, *venture capitalist* ecc. possano trovare agevolmente le proposte e, contemporaneamente consenta loro di dichiararsi disponibili ad investire in determinate linee di ricerca. Un tale strumento, oltre a fluidificare l'incontro tra domanda e offerta sul mercato dell'incontro tra idee e finanziamenti, potrebbe portare ad effetti positivi sulla stessa generazione di idee, informando entrambi i lati del mercato sui rispettivi interessi, bisogni e trend emergenti. La visibilità esterna si raggiunge supportando le imprese a raggiungere i luoghi e gli eventi cruciali nel mercato internazionale, dove la presenza italiana risulta ancora poco organica (seppur non assente). Tale supporto può avvenire non solo finanziando ma anche generando maggiore conoscenza e consapevolezza dei luoghi e degli eventi a cui fare riferimento (un "ponte", appunto, tra mercato sterile locale e mercato fervente internazionale). Infine, per presenza fisica si intende l'attrazione di attenzione e capitali attraverso eventi, iniziative, competizioni ecc. localizzati in Italia, che rappresentino quindi il fattore di segnalazione della volontà del sistema-Paese di considerare l'innovazione nelle biotecnologie per la salute come settore importante e trainante.

Rispetto al mercato della produzione, bisogna considerare che l'industria farmaceutica e dei dispositivi medici rientra all'interno del macro-settore manifatturiero. In larga parte, pertanto, la competitività di questa funzione nel panorama internazionale dipende dalle

politiche indirizzate a questo settore. Ci limitiamo, pertanto, a segnalare i punti di forza che attualmente contraddistinguono le imprese di produzione operanti in Italia, segnalando potenziali direttrici di ulteriore rafforzamento.

Tra i principali punti di forza del mercato italiano della produzione farmaceutica e dei dispositivi medici un ruolo importante è giocato dalla qualità. Gli elevati standard di sicurezza, uniti all'esperienza, fanno dell'Italia un luogo di produzione eccellente. Nel settore farmaceutico, alcune imprese fanno leva sulla qualità del processo produttivo come fattore critico del successo del proprio prodotto. Questo aspetto assume una rinnovata importanza a causa della grande quantità di prodotti il cui brevetto è scaduto nell'ultimo biennio o è prossimo alla scadenza, e in particolare il fatto che sempre più questi brevetti riguardano farmaci a sintesi biotecnologica.

La qualità della produzione, se riflessa in un'evidente stabilizzazione dell'efficacia clinica, diventa, pertanto, un elemento di differenziazione che previene in parte il progressivo emergere di fenomeni come le guerre di prezzo che, in ultima analisi, non portano rilevanti benefici ai consumatori danneggiando le imprese. Si tratta anche di una differenziazione diversa, e maggiormente giustificabile, rispetto alla semplice *brand affection*. Al contrario, una qualità elevata della produzione può permettere di scremare il mercato dei prodotti anche a brevetto scaduto, coniugando sicurezza/efficacia e sostenibilità per il sistema. Un'ulteriore potenzialità del mercato della produzione risiede nell'elevata capacità produttiva. Per coniugare eccellenza nella qualità ad efficienza nella produzione, anche la capacità produttiva può giocare un ruolo importante se ad essa è associata una bassa dispersione della specializzazione. Infatti, economie di scopo e di scala potrebbero attivarsi se fosse maggiormente sfruttata la stessa capacità produttiva per processi simili. In altri termini, si potrebbe creare un "mercato della produzione" dove siti produttivi specializzati in determinate categorie di processi si specializzano nell'eccellenza di tali processi, raccogliendo la domanda di produzione dalle imprese. Ciò potrebbe portare, per le produzioni su larga scala, anche a forme di specializzazione verticale incentrate sulla produzione.

Infine, è da segnalare l'interdipendenza di alcune imprese di dispositivi medici con alcuni settori diversi dalla salute, come avviene in alcuni distretti industriali (es. Mirandola), dove l'esperienza in specifiche lavorazioni viene condivisa o trasferita alle imprese di dispositivi medici per la realizzazione di prodotti di altissima qualità. Un sistema produttivo efficiente, pluri-specializzato e di qualità potrebbe attrarre la domanda di produzione anche di imprese estere, favorendo così l'esportazione italiana del servizio di produzione.

Infine, con riferimento alla fase commerciale, le tendenze evolutive in atto (vedi sopra) richiederanno un ripensamento piuttosto consistente delle strutture organizzative attualmente attive. La loro evoluzione dell'ultimo decennio ha rispecchiato la sempre maggiore spinta al decentramento decisionale, generando strutture complesse, alimentate da competenze di varia natura che in precedenza non erano chiamate a lavorare in interdipendenza stretta. Il mantenimento di importanti ambiti di autonomia regionale e locale, però, inizia a bilanciarsi con un (ri)accentramento di alcune funzioni.

Tra queste, la selezione delle tecnologie è una delle più importanti. La creazione della cabina di regia per i dispositivi medici e la revisione della *governance* per il farmaco

(attualmente ancora in fase di definizione) sono state pensate per eliminare gli effetti negativi dell'eterogeneità dei modelli decisionali decentrati, che non sono stati in grado di coniugare qualità metodologica, quantità di valutazioni e omogeneità dei diritti (di fatto) sul territorio. Da un lato, questo genere di evoluzione semplifica, per le imprese, l'interfaccia con i decisori ai fini della diffusione dell'utilizzo, rendendo più lineare e trasparente il sistema decisionale.

Dall'altro lato, però, richiede un'ulteriore revisione delle competenze al servizio dell'accesso al mercato, sia dal punto di vista numerico, sia dal punto di vista qualitativo, richiedendo un maggiore spostamento dell'attività di *market access* verso la predisposizione di proposte di valore in linea con l'*evidence-based decision making*. Questo elemento rappresenta una sfida importante per le imprese farmaceutiche e di dispositivi medici, che dovranno rielaborare o acquisire dall'esterno delle competenze finora considerate di supporto. Sempre di più, infatti, si assiste a funzioni di *market access* che accumulano o acquisiscono competenze su temi di health economics, associando la conoscenza degli stakeholder locali al progressivo spostamento dei decisori verso modelli basati sulle evidenze.

La coniugazione di queste competenze, la presenza di livelli decisionali sempre più integrati ma con competenze sempre meno sovrapposte può portare l'Italia ad essere un luogo prolifico per lo sviluppo delle metodologie di valutazione delle tecnologie soprattutto associando l'identificazione del valore alla programmazione della geografia dei servizi.

Nei settori di cui ci siamo occupati, l'Italia è un sistema dove elementi di eccellenza già presenti e da proteggere (produzione) si associano ad altri ancora acerbi da sviluppare, mentre l'evoluzione delle politiche sanitarie riferite alle tecnologie chiedono alle imprese attualmente operanti uno sforzo continuo per rendere flessibili al cambiamento strutture che, per costruzione, sono invece tendenzialmente rigide.

Le proposte contenute in questo documento illustrano come l'attuale stato dei settori del farmaceutico, dei dispositivi medici, con la rilevante componente biotech possa incrementare la propria attrattività per i capitali italiani ed esteri, nonché contribuire alla possibilità di sviluppare competenze metodologiche distintive e innovative in grado di portare l'Italia ad essere non solo attrattiva per gli investitori, ma anche a rappresentare un polo di riferimento per le metodologie alla base dell'identificazione del valore e della selezione delle tecnologie.

### 3. ATTRARRE CAPITALI PER I SISTEMI DI OFFERTA DI SERVIZI SANITARI

a cura di Francesco Longo e Alberto Ricci

#### 3.1. PERIMETRO DI ANALISI

L'approfondimento si concentra su due ambiti legati all'offerta di servizi sanitari che appaiono particolarmente importanti per l'apertura e lo sviluppo del settore:

- Acquisizione di partecipazioni in aziende o gruppi privati italiani, in ambito sanitario e socio-sanitario, per rafforzarne la posizione nel mercato domestico e/o per favorirne l'espansione internazionale
- Investimenti diretti nella riconversione o nel rinnovamento di *facility* sanitarie (pubbliche e private) non più in linea con all'attuale domanda di salute.

#### 3.2. DIAGNOSI

##### CARATTERISTICHE DELLA DOMANDA INTERNA

L'analisi della domanda di servizi sanitari e socio-sanitari indica potenzialità di crescita, soprattutto in relazione al noto fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento delle cronicità e della non-autosufficienza. Secondo i dati ISTAT<sup>3</sup>, nel 2030 l'incidenza dei residenti ultra – sessantacinquenni sul totale della popolazione passerà dall'attuale 21,7 al 26,1%<sup>4</sup>. Si tenga conto che la prevalenza delle patologie croniche cresce esponenzialmente con l'aumentare dell'età.

Nel 2015, sempre secondo ISTAT, il 38,3% della popolazione auto-dichiarava malattie croniche<sup>5</sup>; tale percentuale saliva al 76% tra i 65-74enni. Si calcola, inoltre, che il 20% circa della popolazione ultra65enne soffre di limitazioni funzionali, corrispondente nel 2013 a 2,8 milioni di persone<sup>6</sup>. In parallelo, continueranno a cambiare le reti familiari<sup>7</sup> e sarà sempre più necessario un supporto strutturato allo sforzo di cura delle famiglie.

<sup>3</sup> <http://www.istat.it/it/files/2011/12/futuro-demografico.pdf>

<sup>4</sup> La proiezione considera un intervallo di variazione compreso tra il 25,8% e il 26,4%.

<sup>5</sup> Sono incluse patologie molto lievi, come allergie e artriti, ma non le patologie oncologiche.

<sup>6</sup> Elaborazioni OASI (Fosti et al., 2016), in corso di pubblicazione.

<sup>7</sup> Secondo ISTAT (2014, cfr. <http://www.istat.it/it/files/2014/05/cap4.pdf>), nel 2010 una quarantenne poteva aspettarsi di condividere altri 22 anni della loro vita con almeno un genitore anziano, dieci anni in più rispetto alle quarantenni del 1980. Tuttavia, il 62 per cento delle quarantenni del 2010 ha un'occupazione, contro il 30 per cento delle quarantenni del 1980.

## CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA INTERNA: SOTTOFINANZIAMENTO DEL SETTORE E DELLE AZIENDE, FRAMMENTAZIONE, SCARSO DINAMISMO DI MERCATO

Il nostro Paese risponde a un tale scenario di domanda con una spesa sanitaria e socio-sanitaria<sup>8</sup> che, nel 2014, era pari al 9,2% del PIL. Sia in termini di incidenza sul Pil, sia in termini di risorse procapite<sup>9</sup>, la spesa sanitaria italiana è considerevolmente più contenuta rispetto alla media dei principali Paesi OCSE europei e nordamericani<sup>10</sup>. Date le persistenti difficoltà della finanza pubblica italiana, è ipotizzabile che la crescita della domanda sia almeno in parte assorbita da un aumento della spesa sanitaria privata, anche nella sua componente intermediata<sup>11</sup>.

Se si suddivide la spesa sanitaria per natura dell'erogatore, il valore dei servizi erogati da soggetti privati (accreditati e non) è pari a 42 miliardi di euro, pari al 28% della spesa sanitaria totale<sup>12</sup>. Tale valore è per il 58% a carico del SSN<sup>13</sup> e per il 42% a carico delle famiglie<sup>14</sup>. Se si confronta tale valore con i fatturati dei principali player, il settore appare notevolmente frammentato.

Sommando i fatturati 2014 dei 13 gruppi sanitari e socio-sanitari privati (anche no-profit) che contabilizzano oltre 150 milioni di euro<sup>15</sup>, otteniamo un totale di 5,3 miliardi, pari al 12,6% del totale (Allegato, Tabella 1)<sup>16</sup>. Il primo operatore di settore risulta essere il gruppo S. Donato (Papiniano) che rappresenta solo il 3,3% del settore. Il settore degli erogatori privati si presenta frammentato anche dal punto di vista delle dimensioni strutturali, con buoni spazi per conseguire razionalizzazioni.

Gli ospedali privati accreditati, che nel 2014 erano 579 in tutto il Paese, avevano una dimensione media di 117 posti letto<sup>17</sup>; gli istituti di riabilitazione privati accreditati erano 778, con una dimensione media di appena 33 PL<sup>18</sup>; le strutture residenziali socio-sanitarie private erano 5.008, di cui il 24% in Lombardia, dove la dimensione media era di 91 PL<sup>19</sup>. Oltre ad un accesso più conveniente alle risorse (es. accesso al credito, risparmi su acquisti, raggiungimento di dimensioni ottimali per le funzioni di staff) il superamento della frammentazione accelererebbe la diffusione di know-how sia clinico sia gestionale.

<sup>8</sup> Sia privata sia pubblica. Per la spesa socio-sanitaria si intende solo la quota sanitaria di pertinenza del SSN.

<sup>9</sup> Il dato italiano 2014 a parità di potere d'acquisto era pari a 3.240 USD, includendo sia spesa pubblica sia spesa privata.

<sup>10</sup> Si tratta dei paesi OCSE riportati dal capitolo 2 del Rapporto OASI 2016 (Grecia, Portogallo, Irlanda, Norvegia, Repubblica Slovacca, Lussemburgo, Italia, Regno Unito, Danimarca, Spagna, Francia, Ungheria, Polonia, Repubblica Ceca, Austria, Finlandia, Germania, Belgio, Olanda, Svezia, Svizzera, USA, Canada). Considerando questi Paesi, l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL era mediamente del 9,4% nei paesi europei dotati di Sistemi sanitari nazionali, del 9,5% nei sistemi ad assicurazione obbligatoria, del 17,1% negli USA. In termini di spesa procapite a parità di potere d'acquisto, la spesa sanitaria italiana risultava pari al 76% della media dei paesi sopra considerati.

<sup>11</sup> Quest'ultima componente di spesa, fino ad oggi marginale, mostra segnali di crescita nell'ultimo quinquennio: il valore dei rimborsi è arrivato, nel 2015, a circa 4,5 miliardi di €, con una crescita del 35% rispetto al 2010 (Fonte: OCPS SDA Bocconi sui dati di operatori del settore).

<sup>12</sup> Pari a 147,8 miliardi di euro nel 2014.

<sup>13</sup> Tale spesa è così scomponibile: 8,7 Mld di spesa sanitaria ospedaliera accreditata; 4,6 Mld di spesa sanitaria specialistica accreditata; 11 Mld di forme private accreditate di assistenza riabilitativa (non ospedaliera), assistenza termale, medicina dei servizi, psichiatria, anziani, tossicodipendenti e Alcolisti, Contributi e Sussidi Vari, Rimborsi. Non include protesica, farmaceutica e medicina generale convenzionata. Fonte: Elaborazioni OASI su dati Ministero della Salute (Armeni et al. 2016, in corso di pubblicazione).

<sup>14</sup> Include i ricoveri in strutture diverse dall'ospedale con prevalente assistenza sanitaria, ad esempio ricoveri in RSA, e la spesa privata per prestazioni ambulatoriali, incluse quelle odontoiatriche. Fonte: Elaborazioni OCPS-OASI su dati Ministero della Salute (Del Vecchio et al. 2016, in corso di pubblicazione).

<sup>15</sup> Non è stato possibile ricostruire il fatturato dei principali erogatori di natura religiosa che non separano chiaramente le attività sanitarie da quelle non sanitarie e che non distinguono le attività italiane da quelle estere.

<sup>16</sup> Il dato non considera il valore dei ticket per assistenza ambulatoriale, né la quota comunale della retta delle RSA.

<sup>17</sup> Inclusi IRCCS privati, ospedali classificati, di enti ricerca, istituti qualificati presidio Asl, case di cura private accreditate. Fonte: database Open data Ministero della Salute, dati riferiti al 2014

<sup>18</sup> Annuario statistico del SSN, ed. 2015 su dati 2012, a cura del Ministero della Salute

<sup>19</sup> Dato riferito alle sole RSA lombarde: (fonte: <https://www.dati.lombardia.it/Famiglia/Elenco-RSA-Accreditate/vef4-8fnp>).

Tuttavia, il settore presenta caratteristiche (e gradi di concentrazione) molto differenti nelle diverse aree del Paese. Considerando il solo settore dell'ospedalità privata, i grandi gruppi (oltre 500 PL accreditati) rappresentano il 12% dei PL SSN a livello nazionale, mentre in Lombardia, dove il processo di concentrazione appare più avanzato, arrivano al 21%. Anche dal punto di vista dimensionale, gli ospedali privati accreditati profit hanno, in Lombardia, una dimensione media di 170 PL contro i 98 a livello nazionale. Se si considerano invece gli ospedali no profit, sono le regioni del Centro-Sud a evidenziare dimensioni maggiori<sup>20</sup>.

Il settore degli erogatori privati condivide alcune delle classiche caratteristiche del mondo imprenditoriale italiano. Le realtà imprenditoriali, anche quando corrispondono a grandi gruppi, raramente sono quotate. Prevalgono le realtà a forte controllo familiare, con le note problematiche di finanziamento e ricambio generazionali, e con difficoltà a trovare un proprio posizionamento a prescindere dalla figura del fondatore. Inoltre, diverse realtà faticano a presentare con trasparenza e oggettività la loro situazione economico-patrimoniale, a partire dalla certificabilità dei bilanci.

Date tali condizioni, il dinamismo del settore appare medio-basso; prevale il modello della cessione della singola struttura. Negli ultimi cinque anni, si nota una tendenza alla cessione di ospedali di medio - piccole dimensioni da parte di Fondazioni no profit e ordini religiosi<sup>21</sup>. Tali strutture, situate nei principali centri urbani del Paese, sono state acquisite da attori for profit. I partner finanziari sono invece restii ad investire in strutture o realtà molto piccole, con possibilità di rilancio incerte a causa di molteplici fattori: una struttura dei costi rigida, la necessità di investimenti, i ricavi legati al budget regionale e/o a un mercato in solvenza difficilmente espandibile.

È quindi forte la domanda di soggetti aggregatori come condizione preliminare per il rilancio della singola struttura. Il limitato dinamismo del settore contribuisce a mantenere alti i prezzi delle poche strutture in vendita; i valori di cessione sono spesso di difficile determinazione a causa del basso numero di transazioni del contesto italiano.

## SEGMENTI IN CRESCITA

Da segnalare, nel settore della post-acuzie e della lungo-assistenza, che negli ultimi anni KOS e il ramo italiano di Korian (ex Segesta) hanno sperimentato una forte espansione attraverso acquisizioni, e conseguentemente, un forte aumento del valore della produzione<sup>22</sup>. Nel 2007, KOS fatturava 183 milioni di €, Segesta appena 54 milioni. I bilanci 2014 mostrano una crescita settennale rispettivamente pari al 467% e al 114% nel valore della produzione. Entrambe le realtà sono controllate da grandi gruppi quotati: KOS dalla holding CIR<sup>23</sup>, mentre Korian è leader europeo del settore socio-assistenziale e socio-sanitario.

<sup>20</sup> estratti da report finale Osservatorio Sanità Privata Accreditata 2014-15, analisi CERGAS su dati 2013 del Ministero della Salute, disponibili on line: [www.cergas.it](http://www.cergas.it)

<sup>21</sup> Tra i principali: ospedali classificati Cristo Re e San Carlo di Nancy a Roma; presidio Gradenigo a Torino; Casa di cura S. Pio X a Milano. Tra i grandi ospedali, invece, spicca il caso dell'IRCCS S. Raffaele di Milano.

<sup>22</sup> La Fondazione Salvatore Maugeri, che opera principalmente in ambito riabilitativo, ha recentemente intrapreso un percorso di rilancio con alcuni tratti comuni: insieme al fondo Trilantic Capital Partners ha costituito la *newco* Istituti Clinici Scientifici Maugeri SpA, la cui quotazione in borsa è prevista per il 2019. Fonte: <http://www.fsm.it/press-dett.php?id=15427>.

<sup>23</sup> Il fondo francese di *private equity* Ardian è stato fino a Marzo 2016 socio di minoranza di KOS e testimonia la possibilità di ricavare significative plusvalenze da investimenti in questo settore. La cessione di gran parte della propria quota al fondo F2i) ha permesso di realizzare una plusvalenza vicina al 100% (Fonte: <http://www.kosgroup.com/ita/profilo/storia/>).

Un secondo segmento caratterizzato da potenziale di crescita e alcune esperienze imprenditoriali di successo è quello dell'attività specialistica ambulatoriale in regime di solvenza. Uno dei più noti casi è quello del Centro Medico Santagostino, nato nel 2009 e saldamente posizionato nel segmento c.d. "low cost". Finanziato dal fondo *Oltre Venture*, il Centro è passato dai 630.000 euro di fatturato del 2009 ai 10 milioni circa del 2015<sup>24</sup>.

## *IL RUOLO DELLE RAPPRESENTANZE DI CATEGORIA E DELLA REGOLAZIONE PUBBLICA*

A livello di rappresentanza categoriale, sono presenti una molteplicità di sigle che solo in alcuni contesti trovano un'efficace sintesi in termini di rappresentanza (es. CLSS in Lombardia che riunisce ospedalità imprenditoriale e religiosa). Questo fattore ha reso storicamente difficile rappresentare i punti di forza del settore considerato nella sua interezza a livello nazionale ed estero.

Un fattore che limita lo sviluppo dei gruppi ospedalieri e può scoraggiare investitori esteri è l'eterogeneità normativa data dalla regionalizzazione della nostra Sanità. È comunque in media molto difficile fare fronte alla complessità amministrativa e all'instabilità della regolamentazione, delle politiche sanitarie e della committenza regionale, con frequenti cambiamenti nelle modalità di assegnazione e nell'entità delle risorse corrisposte per l'erogazione delle prestazioni.

Allo stesso tempo, per un investitore che voglia investire in un gruppo diffuso in più regioni<sup>25</sup>, la varietà dei contesti regolatori può rappresentare un'opportunità di diversificazione del rischio all'interno di una stessa cornice nazionale. Esistono realtà regionali in cui il rafforzamento dei gruppi privati accreditati è visto con timore dal policymaker, che teme talvolta di compromettere la sua imparzialità, talvolta di perdere forza contrattuale. In altri casi, il processo è visto come positivo, perché genera realtà imprenditoriali più forti, più capaci di investire e di innovare in coerenza alla pianificazione regionale.

Restano alcuni storici "talloni d'Achille" del sistema Italia, che prescindono dalla regionalizzazione del settore: eccessiva burocratizzazione, alta pressione fiscale, tempi lunghi ed esiti incerti dei processi amministrativi e civili, compresi i risarcimenti da danno sanitario.

## *LIMITATA INTERNAZIONALIZZAZIONE DEGLI IMPRENDITORI SANITARI ITALIANI*

A proposito delle dinamiche di internazionalizzazione, intesa come acquisizione di strutture situate all'estero, il panorama è diversificato, ma complessivamente modesto, se paragonato con la forza e la qualità del settore sanitario in Italia. Alcuni gruppi, e in particolare Villa Maria<sup>26</sup>, KOS<sup>27</sup> e Giomi<sup>28</sup>, hanno una presenza in altri Paesi; Segesta è

---

<sup>24</sup> Fonte: Annual Report aziendale.

<sup>25</sup> Per una rassegna del posizionamento strategico dei grandi gruppi ospedalieri privati accreditati, si rimanda a OASI 2014 (Carbone et al).

<sup>26</sup> GVM controlla 9 strutture (4 in Polonia, 3 in Francia e 2 in Albania), che apportano un fatturato di 53 mln € (2013, Mediobanca). Fonte

parte del vasto network Europeo di Korian<sup>29</sup>. La scelta dell'internazionalizzazione, sia in entrata sia in uscita, resta comunque minoritaria; pare associata alla strategia di diversificazione geografica di alcuni grandi gruppi, storicamente presenti in più regioni.

### *RISORSE PUBBLICHE PER INVESTIMENTI INFRASTRUTTURALI ED EX OSPEDALI*

Il SSN dall'inizio della crisi economico-finanziaria risente di una fortissima riduzione delle risorse disponibili per investimenti e rinnovi infrastrutturali e tecnologici. Questa scarsità di risorse si innesta su uno scenario già tradizionalmente poco felice: un eccesso di presidi vetusti e non coerenti ai modelli di servizio contemporanei con alti costi di manutenzione, grandi differenze di dotazioni tra territori e un forte bisogno di rimodulare le infrastrutture di offerta, per concentrare le strutture specialistiche, diminuendo i posti letto per acuti, rafforzando le strutture intermedie, le cure primarie e i servizi socio-sanitari.

Questo richiederebbe un significativo volano di investimenti, che nel medio periodo avrebbe importanti conseguenze sulla razionalità e l'economicità dell'offerta, in particolare sulle spese correnti. Questo volano finanziario non è disponibile, essendo state le risorse per investimenti più che dimezzate e oramai arrivata a 60 euro per abitante/anno (ovvero il 3% della spesa sanitaria), un importo così modesto che è poco più che sufficiente ad ammortizzare le dotazioni esistenti.

A questo proposito un tema rilevante è la destinazione degli edifici lasciati vuoti a seguito del trasferimento degli ospedali o altre *facility* pubbliche a nuova sede. Tali edifici, in assenza di una efficace pianificazione *ex ante*, sono difficilmente gestibili; le aziende, spesso, non dispongono delle competenze e delle risorse economiche necessarie per il rilancio in ambito sanitario (del resto, solo una porzione di essi è di norma destinabile alle attività ambulatoriali) o la cessione (assenza di domanda di mercato in un contesto di grande offerta di immobili pubblici).

Da una prima ricognizione nazionale, si tratta di 37 edifici liberatisi nel periodo 2004-2014. Di questi, 13 (pari al 35%) risultano inutilizzati o largamente sotto-utilizzati, altri 13 ospitano significative attività sanitarie o socio-sanitarie territoriali, 8 (22%) ospitano attività di interesse pubbliche ma non sanitarie, 3 (8%) sono stati destinati ad utilizzo commerciale o misto. Esse richiedono una politica di sostegno alla riqualificazione della destinazione d'uso urbanistica in coordinamento con gli enti locali, ma in orizzonti temporali molto più celeri di quelli che siamo abituati ad osservare.

---

<sup>27</sup> KOS gestisce 16 strutture (14 in India e 2 in Gran Bretagna), che rappresentano una quota consistente della linea di business incentrata sulla gestione delle strutture ospedaliere e/o di specifici service. Fonte: [www.kosgroup.com](http://www.kosgroup.com).

<sup>28</sup> Il gruppo Giomi gestisce 6 strutture residenziali per anziani in Germania. Si tratta di un'esperienza recente (2012). Fonte: <http://www.giomi.com/strutture-del-gruppo/>

<sup>29</sup> Composto da oltre 700 strutture in Francia, Belgio, Italia, Germania. Fonte: [www.korian.it](http://www.korian.it)



### **3.3. PROSPETTIVE E PROPOSTE**

Vista la scarsità di risorse pubbliche a disposizione e la frammentazione del settore, per gli erogatori privati le prospettive di crescita del mercato domestico sono legate soprattutto a dinamiche di aggregazione, riposizionamento produttivo e/o efficientamento di strutture già esistenti. In questo senso, l'apporto di capitali da parte di investitori professionali, esteri e non, potrebbe accelerare il processo. Date le condizioni di settore, gli investitori potrebbero essere di diversa natura: in primis industriali (altri imprenditori della Sanità) come soggetti aggregatori, ma anche investitori finanziari, o investitori focalizzati sul versante immobiliare.

Le dinamiche di attrazione di investimenti esteri o italiani in Sanità e quella dell'internazionalizzazione hanno numerosi punti di contatto. Da un lato, l'internazionalizzazione necessita di ingenti risorse finanziarie; dall'altro, investimenti da parte di forti partner industriali (gruppi sanitari) internazionali potrebbero facilitare la circolazione delle migliori competenze cliniche e gestionali, favorendo l'espansione dimensionale e la diversificazione geografica e allo stesso tempo generando ricadute positive nel sistema sanitario italiano.

Il regolatore pubblico, naturalmente, dovrebbe accompagnare e monitorare i processi di investimento e aggregazione, con l'obiettivo di favorire lo sviluppo del sistema e la qualificazione della rete imprenditoriale sull'intero territorio nazionale. Questo per tutelare sia un adeguato livello di qualità ed omogeneità nell'erogazione di servizi, sia la sostenibilità e robustezza dei soggetti imprenditoriali presenti. Ovviamente la logica dominante non può che essere la naturale auto-determinazione da parte delle dinamiche di mercato, ma non possiamo tacere che in un sistema basato su un monopsonista pubblico (il SSN) questo detenga delle leve rilevanti di persuasione morale e di indirizzo economico-finanziario del mercato stesso. Quest'attività di supervisione è importante soprattutto laddove si attivano fenomeni di concentrazione industriale e di profonda trasformazione della rete di offerta.

Forme di dismissione o di gestione separata del patrimonio immobiliare delle strutture sanitarie e socio-sanitarie (con cessione a fondi specializzati di real estate, for profit e non) potrebbero offrire una soluzione per il finanziamento, la riconversione produttiva e il rilancio delle realtà in difficoltà (soprattutto nel mondo del privato non profit). Inoltre, si verificherebbe la diversificazione degli investitori. È però necessario dotarsi di chiare progettualità per l'impiego di tali risorse, che evidentemente non possono essere usate prevalentemente per coprire squilibri strutturali di gestione, ma devono essere valorizzate per sostenere processi di riorganizzazione o sviluppo.

Il problema della riconversione dei complessi ospedalieri medio - grandi lasciati vuoti dopo il trasferimento del nosocomio pubblico non può essere gestito dalle sole aziende sanitarie. Del resto, le ricadute del tema non sono solo sanitarie, ma toccano l'urbanistica, l'economia territoriale, la finanza pubblica locale. Al proposito ricordiamo che la maggior parte di queste strutture si trovano nel pieno centro storico dei comuni di afferenza, spesso con ampie metrature disponibili e vincoli di destinazione urbanistica socio-sanitari.

È necessaria una strategia nazionale (eventualmente allargata anche ad altre tipologie di edifici) per far sì che il tema sia affrontato in maniera efficace e coordinata dalle aziende

ed istituzioni pubbliche del territorio, con il supporto di istituti bancari pubblici specializzati (come la CdP) e la ricerca, se possibile e opportuno, di partner privati, capaci di generare valore pubblico, favorendo la trasformazione urbanistica e la realistica valutazione di mercato, che, contrariamente alle registrazioni contabili in stato patrimoniale, spesso è molto modesta.

### **3.4. AZIONI**

È necessario creare un *marketplace* in cui domanda e offerta per la vendita e l'acquisto di presidi sanitari si possano incontrare a partire da affidabili indicatori sulle performance delle aziende. Un database degli erogatori privati che raccogliesse indicatori economico-finanziari, di efficienza gestionale e di qualità dell'assistenza creerebbe i presupposti per la comparabilità di strutture con assetti giuridici diversi; nel complesso, fornirebbe una base trasparente per le attività di regolatori, venditori, acquirenti/investitori, finanziatori, mediatori, consulenti. Le associazioni di categoria potrebbero promuovere la creazione di tale marketplace. In alcune regioni, la tendenza è quella di subordinare l'accreditamento alla presentazione del bilancio certificato. Questo potrebbe essere un primo passo per migliorare la trasparenza patrimoniale degli operatori di settore.

Allo stesso tempo, sarebbe importante creare una piattaforma (ministeriale o delle associazioni di categoria) per il supporto delle realtà sanitarie italiane che progettano un'espansione all'estero. Tale piattaforma potrebbe fornire le classiche basi per l'internazionalizzazione (es. assistenza sul piano normativo, *scouting* di potenziali partner finanziari e industriali, monitoraggio dei risultati) ma anche promuovere forme di cooperazione inter-istituzionale (es. tra ospedali italiani ed esteri) per il trasferimento di modelli gestionali e clinici. La piattaforma dovrebbe promuovere e rendere accessibili le eccellenze cliniche e tecnologiche disseminate nel SSN italiano, per trasmettere unitariamente un'idea di alta qualità di sistema. Queste iniziative potrebbero avere positive ricadute anche su altri settori merceologici (es. attrezzature e macchinari).

Sia la piattaforma per l'internazionalizzazione delle aziende sanitarie italiane, sia quella per attrarre investimenti, dovrebbero curare e promuovere in maniera coordinata l'immagine della Sanità italiana nel contesto internazionale, punto finora molto trascurato sul versante sia pubblico sia privato.

Istituti bancari pubblici specializzati (come la CdP) potrebbero rilevare gratuitamente o a prezzo ridotto i complessi sanitari dismessi o sotto-utilizzati, occupandosi poi della loro riqualificazione urbanistica. Tale riqualificazione spesso potrebbe avvenire superando la missione sanitaria, generando benefici urbanistici (recupero di zone centrali o semi-centrali), sanitari (cessione di infrastrutture in grado di generare scarso valore per i pazienti), finanziari (recupero di risorse per investimenti sanitari). Per raggiungere questo obiettivo, bisognerebbe passare da una logica di controllo ispettivo *ex post* ad una di pianificazione e regolamentazione *ex ante*, trasparente e concertata tra tutti gli enti pubblici e privati coinvolti. Nello specifico, sarebbe necessario facilitare la svalutazione e la cessione degli *asset* sanitari, anche sul piano delle responsabilità amministrative della dirigenza pubblica.

## ALLEGATO

Tabella 3.1. Fatturato dei principali erogatori di servizi sanitari e socio-sanitari privati, ITALIA [2014]

Erogatore	Fatturato, MLN €	% su spesa sanitaria per servizi da privati	Fonte dato
Papiniano - GDS	1.387	3,3%	Rapporto R&S - Mediobanca
Policlinico Gemelli e CIC	621	1,5%	<a href="http://www.policlinicogemelli.it">www.policlinicogemelli.it</a>
Humanitas	548	1,3%	Rapporto R&S - Mediobanca
Gruppo Villa Maria	462	1,1%	Rapporto R&S - Mediobanca
Kos	392	0,9%	Rapporto R&S - Mediobanca
Segesta-Korian	313	0,7%	<a href="http://www.korian.com">www.korian.com</a>
Fondazione Maugeri	294	0,7%	<a href="http://www.fsm.it/">http://www.fsm.it/</a>
Fondazione Don Gnocchi	274	0,7%	<a href="http://www.dongnocchi.it">http://www.dongnocchi.it</a>
IEO	260	0,6%	Rapporto R&S - Mediobanca
Servisan	211	0,5%	Rapporto R&S - Mediobanca
Multimedica	201	0,5%	Rapporto R&S - Mediobanca
Giomi-Fingemi	159	0,4%	Rapporto R&S - Mediobanca
EuroSanità	156	0,4%	Rapporto R&S - Mediobanca
Totale fatturato principali erogatori	5.278	12,6%	/
<b>Totale spesa sanitaria per servizi erogati da privati</b>	<b>41.998</b>	<b>100,0%</b>	/

## 4. SVILUPPARE IL TURISMO SANITARIO

a cura di Marianna Cavazza, Lorenzo Fenech e Federico Lega

### 4.1. PERIMETRO DI ANALISI

I numeri relativi all'attività di turismo sanitario sono molto frammentati, divergenti e, spesso, obsoleti. Difficile infatti tracciare i flussi internazionali dei pazienti. A livello globale l'Associazione "Patients Beyond Borders" mostra stime che variano in un range tra i 45 e i 72 miliardi di dollari per una popolazione di turisti sanitari di circa 14 milioni. La "Medical Tourism Association" stima, invece, un mercato di circa 100 miliardi per un totale di 11 milioni di pazienti che si recano all'estero per effettuare delle cure. Per l'Italia i dati sono ancora più instabili e pertanto non verranno utilizzati finché non si raggiungerà un grado di approssimazione accettabile. Questa mancanza di statistiche (o sovrabbondanza destrutturata) è dovuta in parte alle difficoltà strutturali di rilevare il fenomeno, in parte perché è noto come il turismo sanitario, specialmente quello "inbound", abbia fino ad oggi destato scarsa attenzione.

### 4.2. DIAGNOSI

#### COME E PERCHÉ FUNZIONA ALL'ESTERO

1. Quali sono i processi decisionali del paziente che decide di andare all'estero e gli attori che possono influenzare i processi decisionali? Le quattro macro-fasi decisionali possono essere così identificate:
  - I. Individuazione del bisogno sanitario
  - II. Individuazione del tipo di trattamento
  - III. Scelta di andare o meno all'estero (should I stay or should I go?)
  - IV. Scelta della location (paese/provider)

Il processo che coinvolge il *medical tourism* può iniziare già nella seconda fase quando il paziente deve identificare il trattamento. Una volta individuato, la presenza di un dubbio circa la necessità di andare o meno all'estero può dipendere innanzitutto da fattori "di spinta" (*push*) quali assenza di risposta alla domanda; barriere all'accesso (regole, prezzi, liste di attesa, location); scarsa qualità percepita rispetto al servizio (*core* e "*peripheral*"). Una volta che ci si pone la questione, l'andare o meno all'estero dipenderà da quanto gli altri paesi esteri riescono a coprire i gap del paese di origine e dalla presenza o meno di condizioni e/o servizi che facilitano l'accesso (es: "rischio paese", "visti", "presa in carico"). In questa fase decisionale diventano quindi fondamentali gli "intermediari" (*intermediary*, *medical concierge*, *broker*, *word-of-mouth*). Questi "orientatori" della domanda possono essere fondamentali nella decisione della location, tuttavia la decisione finale dipenderà

comunque dalla percezione del paziente rispetto a tutte le caratteristiche del servizio (*product, price, place, physical evidence, promotion, people*).

2. Quali sono i fattori critici di successo in termini di policy e di management che di solito vengono riconosciuti come determinanti per la scelta di un determinato paese/provider?

A livello di policy e di sistema, i paesi ad alta attrattività hanno investito nel settore a livello sistemico, mettendo a fattor comune tutti gli attori-competenze-risorse coinvolte nel percorso del paziente: dall'orientamento iniziale verso un determinato paese, al viaggio, all'accesso in una struttura sanitaria, fino alla permanenza in un paese per un periodo di tempo e alla fase di *follow-up*. Si riporta di seguito il caso della Thailandia che è stato ampiamente studiato dalla *Harvard Business School* (2006) e successivamente ripreso nell'*International Journal of Economic Policies in Emerging Economies* (2014).

In Thailandia emerge chiaramente, a livello di sistema, la distinzione tra “*tourism activities*” e “*medical activities*” e come anche le diverse istituzioni (Università, Ministero del Turismo, Ministero della Salute, Associazioni di professionisti, le Autorità) debbano collaborare per trovare delle sinergie in questi due ambiti. Le politiche in materia di visti, di valorizzazione del territorio, di crescita di un tessuto industriale e di un tessuto terziario (ristoranti, alberghi ecc.) sono tutti elementi che vanno a incidere sull'accessibilità e attrattività turistica e, più o meno direttamente, anche sul turismo medico di un paese. Viceversa, la garanzia di un sistema sanitario attrattivo, sicuro e inclusivo dello straniero potrebbe addirittura essere un fattore che sostiene le scelte turistiche (si pensi al turismo degli anziani o dei malati cronici).

A livello di management, i modelli virtuosi mostrano una forte attenzione a tutte le diversificate esigenze del paziente e un'organizzazione coordinata lungo tutto il processo di fruizione: informazione, preventivi, prenotazione prestazioni, viaggio, assistenza, supporto alberghiero ai familiari, follow up successivo, ecc.

Figura 4.1. Il percorso del “turista sanitario” e presa in carico della struttura

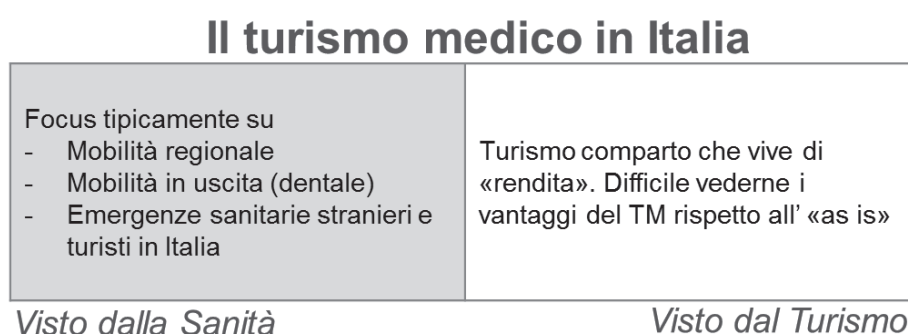


Si tratta, ad esempio, di avere uffici dedicati e specializzati a relazionarsi con pazienti stranieri e intermediari, persone dedicate che seguono il paziente (es: *case manager*). Il marketing diventa poi fondamentale per “comunicare” il prodotto e la correlata filiera di servizi in modo efficace.

## PERCHÉ FINO AD OGGI NON SIAMO RIUSCITI A SFRUTTARE IL NOSTRO “PATRIMONIO”?

Come è emerso dalle riflessioni occorse negli incontri del laboratorio sulla differenziazione imprenditoriale dell'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) di SDA Bocconi), il problema di fondo è che il turismo sanitario viene ignorato e non è ancora visto come un settore strategico (se non per alcune specifiche realtà aziendali isolate), pur essendo l'Italia tra i primi 5 attrattori di turismo a livello internazionale. Molto spesso per turismo sanitario si intende quello “interregionale” o quello in “uscita” dall'Italia (es: turismo dentale).

Figura 4.2. Il turismo sanitario, le due facce di una stessa medaglia



In queste condizioni, è chiaro che al momento si registra:

- a.** Carezza di politiche nazionali e locali per valorizzare le eccellenze italiane
- b.** Mancanza di un posizionamento strategico nel mercato da parte del sistema di aziende ma anche dello stesso SSN (Quali mercati? Quali servizi? Quali competitors?)
- c.** Mancate sinergie tra sotto-settori attigui (termalismo tradizionale e eccellenze medico-chirurgiche italiane), ma anche tra settore turistico e settore sanitario o tra settore assicurativo e turistico-sanitario
- d.** Assenza dell'insieme di regole e *stakeholders* che compongono il settore
- e.** Processi sporadici di costruzione di politiche (vedi agenzie regionali in Veneto) e linee di business (vedi alcuni attori pubblici e privati accreditati al nord)
- f.** Mancanza di un brand per la Sanità italiana e di una sua relativa identità o immagine
- g.** «*Path dependency*» (ripetitività) delle strategie aziendali sull'attività a pagamento

### **4.3. PROPOSTE**

#### **AREE DI INTERVENTO**

La prima area di intervento riguarda la necessità di far crescere nel nostro Paese interesse per questo tipo di attività da parte dei principali stakeholder (Ministero della Salute, degli Interni e dell'Economia, governi regionali e amministrazioni cittadine, associazioni di categoria dei diversi tipi di operatori turistici e sanitari coinvolti, erogatori pubblici e privati, ecc.).

Il secondo fronte si apre, invece, sulla necessità di costruire e diffondere all'estero un "brand" unitario della Sanità italiana quale servizio di eccellenza nel suo insieme, aspetto trascurato sia dalla Sanità privata che da quella pubblica. A questo sforzo si deve aggiungere anche l'individuazione di aree di assistenza o di trattamenti specifici che possono rappresentare dei vantaggi competitivi nel mercato del turismo sanitario su cui concentrare gli sforzi.

Infine, quanto scritto fino ad ora non può essere realizzato senza investimenti negli aspetti organizzativi e amministrativi presenti a livello sia di sistema Paese sia di sistema sanitario pubblico.

### **4.4. AZIONI**

#### *A livello di policy*

- Politiche su visti facilitati per il turismo sanitario (es. sufficiente prenotazione e pagamento anticipato)
- Eventuali agevolazioni fiscali per pazienti internazionali o per le aziende che vi investono
- Istituire una piattaforma di sistema per supportare le strutture italiane nel:
  - Orientare/gestire flussi di pazienti stranieri
  - Supportare le aziende nella costruzione di politiche di marketing adeguate
  - Sviluppare cluster territoriali coordinati ben visibili all'estero
- Politiche di accreditamento internazionale

#### *A livello di management*

- Internazionalizzazione di tutto il personale o almeno di quello focalizzato sul *medical tourism*
- Individuare figure che prendono in carico il paziente per tutto il processo (*knowledge brokers, companions, navigators*)
- Sviluppare un marketing in grado di:
  - Svolgere analisi di mercato (magari mettendosi in rete con altre aziende interessate ad attrarre pazienti) per individuare i cluster di paesi/pazienti
  - Costruire alleanze/collaborazioni/convenzioni con tutti gli altri attori e potenziali stakeholders della filiera (brokers, assicurazioni, ufficio del turismo, alberghi, spa ecc.)
  - Comunicare in modo efficace il servizio all'utente internazionale

- Costruire un sito web del sistema, suddiviso per reti di aziende, efficace e multilingua dove poter agevolmente reperire tutte le informazioni necessarie ed eventualmente effettuare tutte le operazioni necessarie di accesso, prenotazione, ritiro refertazione.
- Costruzione di canali appositi di accesso, di comunicazione e pagamento (personale specializzato su prestazioni e lingue)
- Accredimento del trattamento a livello internazionale da parte della struttura (JCI, QHA TrentAccreditation, ACHSI, Haute Autorité de Santé)
- Valorizzare le reti cliniche internazionali dei professionisti per acquistare un brand internazionale
- Predisporre interfaccia informative per acquisire e restituire la storia clinica del paziente
- Costruire dei pacchetti di prestazioni che prevedano la possibilità di un follow-up anche a distanza (refertazione on-line, medicina digitale, monitoraggi), basandosi su logiche di *digital health* ed alleanze con erogatori esteri
- Sviluppare pacchetti di servizi per i familiari accompagnatori (servizi in questo caso più ricreativi)
- Investire risorse per sviluppare un lay-out e comfort alberghiero adeguato all'utenza-target di riferimento.



## 5. SVILUPPARE IL MERCATO DELLA FORMAZIONE INTERNAZIONALE

a cura di Mario Del Vecchio, Lorenzo Fenech e Luigi M. Preti

### 5.1. PERIMETRO DI ANALISI

La formazione in ambito sanitario si realizza tendenzialmente nel trasferimento di due tipologie di conoscenze e competenze: quelle prettamente cliniche e sanitarie (rivolte ai clinici, alle professioni sanitarie e ai ricercatori) e quelle manageriali (rivolte a tutte le figure che assumono un ruolo gestionale nell'erogazione del servizio). In generale, il percorso formativo è più spostato sulle conoscenze teoriche e indirizzato allo sviluppo di capacità di apprendimento, se rivolto ai giovani (*future oriented*). Per gli adulti, invece, la formazione tipicamente si concentra maggiormente sul trasferimento di competenze applicate e applicabili nel breve termine nei contesti di riferimento, in un'ottica, appunto, *present oriented*.

Dall'incrocio di queste prospettive (Tab. 5.1), si possono quindi distinguere quattro macro ambiti di intervento formativo:

- La formazione medico/sanitaria per giovani: corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, corsi di laurea in Professioni Sanitarie
- La formazione medico/sanitaria per adulti: corsi di aggiornamento, ricerca
- La formazione manageriale per giovani: corsi universitari in management, master
- La formazione manageriale per adulti: executive master

Tabella 5.1. Il trasferimento delle conoscenze/competenze: quali e a quale target di utenza

	MEDICO/SANITARIA	MANAGERIALE
ADULTI (Present oriented) <i>Applicata</i>	Corsi specifici Ricerca	Executive master
GIOVANI (Future oriented) <i>Teorie , apprendere ad apprendere</i>	Corsi di laurea M&C, professioni sanitarie	Master corsi universitari

L'analisi del mercato della formazione in ambito sanitario si inserisce in un sistema più ampio che riflette il complesso sistema di attività, processi, attori, relazioni e regole sottostanti l'erogazione di un servizio sanitario. Il *core* è quindi costituito dalle competenze mediche e cliniche, ma si allarga fino a comprendere più strati della società: l'ambiente

organizzativo, il contesto istituzionale e aziendale, il contesto culturale. È evidente come le competenze tendano a “localizzarsi” sempre di più quando ci si allontana dal *core*, dove troviamo, invece, competenze più o meno standard a livello internazionale. Volendo qui adottare una prospettiva internazionale del mercato della formazione, è ragionevole ipotizzare come le conoscenze medico-ciniche godano di una più facile e naturale “trasferibilità” intrinseca rispetto, invece, a quelle manageriali, più legate ai contesti di riferimento. Allo stesso tempo, le conoscenze cliniche, benché più facilmente tipizzabili a livello internazionale, necessitano di organizzazioni in grado di svilupparne e garantirne il potenziale a livello locale.

In quest’ottica, può essere individuato un ampio ventaglio di fonti di vantaggio competitivo nel mercato della formazione sanitaria:

- Il funzionamento della filiera sanitaria (ricerca, sistema sanitario, aziende sanitarie, imprese del settore)
- Le teorie e le conoscenze impartite
- La qualità dei docenti e dei ricercatori
- Il funzionamento e il ranking internazionale delle istituzioni chiamate a trasmettere conoscenza (università)
- La reputazione e attrattività del paese (anche in termini di mercato del lavoro).

## **5.2. DIAGNOSI**

### *POSIZIONAMENTO DEL SISTEMA PAESE*

Rispetto alle fonti di vantaggio competitivo individuate, dalle interviste condotte a *key opinion leaders* (rettori di università italiane e operatori del settore) il sistema italiano, visto “da dentro”, si presenta:

- Ottimo su ricerca e sistema sanitario (vari riconoscimenti a livello internazionale), buono sulle aziende sanitarie
- Ottimo sulle teorie e le conoscenze mediche, buono su quelle manageriali
- Ottimo sulla qualità dei docenti e dei ricercatori, che risulta però dispersa
- Frammentato sulle istituzioni, poco orientate all’internazionalizzazione e spesso con deficit strutturali, eccetto poche “isole felici”
- Sottovalutato sulla reputazione del sistema paese, che gode di buona attrattività, ma anche di situazioni in difficoltà (mercato del lavoro)

### *SITUAZIONE ATTUALE – FILIERA MEDICA*

Secondo i dati MIUR, nell’a.a. 2014-2015 il 4% degli studenti delle facoltà di Medicina e Chirurgia italiane erano stranieri. Questi studenti sono originari prevalentemente dei paesi da cui l’Italia riceve i principali flussi migratori (Est Europa, Nord Africa), con l’eccezione di Israele<sup>30</sup>. Recente e ancora poco diffusa è l’erogazione di corsi in lingua inglese (10

---

<sup>30</sup> Elaborazione OASI su dati MIUR per l’a.a. 2014-2015

nell'a.a. 2015-2016). Bisogna considerare alcuni problemi che caratterizzano la formazione medica universitaria:

- *Politici e normativi*: ormai da diversi anni l'accesso ai corsi di medicina e chirurgia è a numero programmato. La legge garantisce una quota riservata agli studenti stranieri extra-comunitari, mentre quelli comunitari sono equiparati agli italiani. Vi sono comunque dei limiti l'accesso degli stranieri extra-comunitari, in base alle norme sull'immigrazione
- *Logistici*: molti atenei hanno dei deficit logistici che impediscono l'accoglienza di un maggior numero di studenti, in particolar modo di stranieri (*housing*, aule didattiche, servizi di assistenza)

Per la formazione specialistica per professionisti si osserva invece un'elevata frammentazione, causata dal fatto che la formazione specialistica è eccessivamente legata al professionista piuttosto che all'istituzione (per esempio l'università).

### *SITUAZIONE ATTUALE – FILIERA MANAGERIALE*

Dal punto di vista manageriale, i dati sugli studenti stranieri nelle università italiane sono molto più esigui e di difficile individuazione. Come per la formazione medica, non esiste ancora una strategia volta all'internazionalizzazione con politiche adeguate, eccetto che per poche "isole felici". Dal punto di vista delle problematiche che caratterizzano questa filiera di formazione, ci sono dei punti di contatto con quella medica, ma anche delle differenze:

- *Politici e normativi*: Non ci sono particolari problemi di natura politica, l'accesso ai corsi è regolato dai singoli atenei. Vi sono però, come per la filiera medica, vincoli normativi legati alla legge che limita gli accessi in base alle leggi sull'immigrazione
- *Logistici*: stessi problemi che per la filiera medica, presenza di deficit strutturale in termini di strutture e servizi

Quindi se dal punto di vista normativo e logistico i limiti all'internazionalizzazione sono simili per le due filiere di formazione, senza dubbio la filiera manageriale gode di un vantaggio rispetto a quella medica, ovvero l'assenza di limiti di natura politica rispetto alle modalità di accesso ai corsi.

### *POSIZIONAMENTI E PROBLEMI SPECIFICI*

Rispetto ad un possibile processo di internazionalizzazione, dalla diagnosi effettuata emergono punti in comune, ma anche importanti peculiarità dei due ambiti di formazione (tab.5.2) che rendono molto complesso il sistema di vantaggi/svantaggi legati a questo tema.

Da un lato, la conoscenze/competenze mediche sono più facilmente trasferibili a un'utenza estera, ma vi sono rilevanti impedimenti politici e regolatori da superare, fra tutti,

quello del numero chiuso. Dall'altro lato, la formazione manageriale gode di una maggiore flessibilità politica, ma ha lo svantaggio di non essere immediatamente trasferibile all'estero, sebbene ci siano alcune branche del management e dell'economia sanitaria più facilmente esportabili a livello internazionale (HTA, organizzazione, finanza aziendale, PPP).

Laddove però si ipotizzi che, proprio la maggiore trasferibilità delle conoscenze medico-cliniche, ne abbia accelerato i processi di convergenza e di crescita nei vari paesi rispetto al lato manageriale, è molto probabile che la competizione sul primo fronte sia molto più "aspra" che sul secondo. Un punto di debolezza della formazione manageriale potrebbe quindi trasformarsi in opportunità nel momento in cui l'Italia si dovesse proporre con convinzione come "esportatore" di un sistema universalistico come quello Beveridge e di modelli organizzativi legati alle cronicità (es: CREG).

Tabella 5.2. Le potenzialità e fattori ostativi all'internazionalizzazione della formazione medico-sanitaria e manageriale nel mercato internazionale

	<b>Medico-sanitaria</b>	<b>Manageriale</b>
<i>Caratteristiche intrinseche</i>		
<b>Trasferibilità delle conoscenze</b>	++	- / +
<i>Il mercato internazionale</i>		
<b>Intensità della competizione internazionale</b>	++	- / +
<i>Intensità dei vincoli</i>		
<b>Problemi politici e normativi</b>	+++	+
<b>Problemi logistici</b>	+	+

Infine, bisogna tenere in considerazione, sia sul lato clinico che su quello manageriale, il fattore mercato del lavoro, come possibile sbocco per laureati e professionisti. In un momento storico di contenimento del turnover, è difficile immaginare l'assorbimento di risorse umane dall'estero.

È quindi fondamentale capire quali percorsi post-formazione proporre ai giovani laureati. In particolare due strade sono possibili, ognuna dotata di vantaggi e svantaggi:

1. Inserimento dei giovani stranieri formati in Italia nel mercato del lavoro italiano. Vantaggi: contaminazioni positive, "de-provincializzazione" della cultura organizzativa, rafforzamento immagine del paese. Criticità: problemi di adattabilità e inserimento nel contesto.
2. Usare la formazione italiana come "trampolino" per un impiego all'estero. Vantaggi: risorse in entrata nel breve periodo ma potenziale perdita dei vantaggi dell'internazionalizzazione nonché delle professionalità formate.

### **5.3. PROPOSTE**

Due sono i livelli su cui è necessario intervenire: istituzioni e attrattività del paese.

Riguardo le istituzioni, è necessario innanzitutto identificare una strategia che abbia ben chiaro il perché un processo di internazionalizzazione possa essere utile (de-provincializzazione del sistema, apertura a mercati internazionali, attrazione di risorse dall'estero). Importante è concentrarsi sulle iniziative congiunte, attraverso la creazione di *networks di istituzioni*, e sulla valorizzazione internazionale della ricerca, considerata il maggiore *driver* per attrarre studenti dall'estero.

Sul versante dell'attrattività del paese, è fondamentale valorizzare il sistema e i suoi buoni risultati (spesso poco "pubblicizzati") e supportare sforzi coordinati di comunicazione, mirati verso aree geografiche specifiche. È necessario un cambiamento di sistema, attuando politiche di maggiore apertura agli studenti internazionali e politiche selettive focalizzate (aree geografiche).

L'internazionalizzazione non è a costo-zero, in quanto funzione di specifiche politiche (*housing*, strutture ricettive, servizi dedicati). Bisogna quindi conciliare il percorso di internazionalizzazione con le carenze di risorse del sistema universitario italiano, evitando quindi di drenare risorse sottraendole ai servizi per studenti "domestici".

I *network* tra istituti italiani potrebbero aiutare in più sensi, attraverso una migliore capacità di promozione e una più efficiente gestione delle risorse (es: residenze "metropolitane", comuni a più università per i residenti internazionali). Altrettanto importanti, ma di natura e configurazione diversa, sono i *network* con istituti esteri, con i quali effettuare, ad esempio, ricerche congiunte o costruire solidi ponti per scambi e *visitng* sistematici.

Ricerca internazionale e turismo sanitario possono inoltre essere considerati due importanti *driver* anche per il mercato della formazione (e viceversa). La ricerca contribuisce fortemente a rendere attrattiva un'istituzione universitaria, mentre la mobilità dei pazienti a livello internazionale è utile a "pubblicizzare" il sistema sanitario, e quindi anche quello universitario, all'estero.

Un riferimento particolare va fatto, infine, nei confronti della formazione manageriale. Se, da un lato, le potenzialità di questa filiera possono essere limitate dalle differenze tra i diversi sistemi e tra paesi, non è detto che questo non possa diventare un punto di forza se si fissa come obiettivo quello di trasferire il modello organizzativo e gestionale della Sanità italiana a paesi che ci vedono come *leader* in questo settore. In questo quadro quindi, assume ancora più importanza la selezione delle aree geografiche su cui puntare le politiche di internazionalizzazione e la pubblicizzazione dei risultati.

### **5.4. AZIONI**

In relazione a quanto esposto nel paragrafo precedente, ci sono alcune azioni concrete che possono essere intraprese per avviare un processo di internazionalizzazione selettiva:

- Creare un piano condiviso tra tutte le istituzioni interessate per l'internazionalizzazione del sistema formativo

- Maggiore riconoscimento per l'internazionalizzazione selettiva nei parametri pubblici, permettendo a chi ha le capacità/possibilità organizzative di allentare i limiti imposti dalle norme, senza drenare risorse pubbliche (per esempio prevedendo tariffe differenziate per stranieri)
- Individuazione dei mercati di interesse, in base agli obiettivi delle due filiere di formazione
- Promozione coordinata del sistema italiano nei mercati di interesse
- Stimolare l'aggregazione di atenei, per esempio su base regionale
- Coinvolgimento dei governi metropolitani
- Migliore finanziamento e incentivi per programmi congiunti con università estere

## GLI AUTORI

**Patrizio Armeni** è Ricercatore presso il CERGAS Bocconi e PhD Candidate Università Bocconi

**Giuditta Callea** è Ricercatore presso il CERGAS Bocconi e SDA Bocconi School of Management Fellow

**Marianna Cavazza** è Ricercatore presso il CERGAS Bocconi

**Amelia Compagni** è Professore Associato presso il Dipartimento di Analisi delle Politiche e Management Pubblico - Università Bocconi e Ricercatore presso il CERGAS Bocconi

**Mario Del Vecchio** è Professore Associato presso l'Università degli Studi di Firenze, Ricercatore presso il CERGAS Bocconi e SDA Bocconi School of Management Professor

**Lorenzo Fenech** è SDA Bocconi School of Management Professor

**Paolo Gazzaniga** è BAA Healthcare Topic Leader

**Claudio Jommi** è Professore Associato presso l'Università del Piemonte Orientale, Ricercatore presso il CERGAS Bocconi e SDA Bocconi School of Management Professor

**Federico Lega** è Professore Associato presso il Dipartimento di Analisi delle Politiche e Management Pubblico - Università Bocconi, Ricercatore presso il CERGAS Bocconi e Direttore del Master of International Health Care Management, Economics and Policy SDA Bocconi School of Management

**Francesco Longo** è Professore Associato presso il Dipartimento di Analisi delle Politiche e Management Pubblico - Università Bocconi, Responsabile scientifico OASI, Ricercatore presso il CERGAS Bocconi e SDA Bocconi School of Management Professor

**Luigi M. Preti** è Collaboratore presso il CERGAS Bocconi

**Alberto Ricci** è Ricercatore presso il CERGAS Bocconi e Coordinatore OASI

**Rosanna Tarricone** è Professore Associato presso il Dipartimento di Analisi delle Politiche e Management Pubblico - Università Bocconi, Direttore del CERGAS Bocconi e SDA Bocconi School of Management Professor

**Aleksandra Torbica** è Professore Associato presso il Dipartimento di Analisi delle Politiche e Management Pubblico - Università Bocconi, Ricercatore CERGAS Bocconi e SDA Bocconi School of Management Professor

***Si ringraziano i seguenti esperti e Alumni Bocconi, fonte di continua ispirazione e confronto sui temi della Sanità che verrà***

Manuela Accogli	Silvano Borsari
Anna Acconcia	Lucia Brambilla
Mauro Agnello	Dania Brioschi
Giovanni Aguzzi	Alessandra Bruschi
Sonia Albanese	Roberto Bugini
Livia Alimena	Anna Maria Candela
Massimo Amato	Antonio Capomolla
Federica Amorevoli	Carolina Cappa
Andrea Anerdi	Chiara Carrisi
Amalia Antenore	Laura Caserta
Giovanni Apolone	Annamaria Cazzato
Giulia Arpinati	Emilia Cece
Pourshayesteh Azizollah	Elisa Centelli
Laura Balestrini	Ilaria Ceroni
Paolo Barbanti	Mario Cigno
Stefania Barbieri	Giorgio Ciron
Marina Barbo	Matteo Clausi
Leonardo Bardinella	Daniela Colombo
Annarita Barrella	Alberto Corona
Giacomo Baruchello	Laura Costantin
Iracema Benevides	Maddalena Costanzo
Renata Bertola	Fabrizio Cravero
Alessandro Betti	Carolina Cuzzoni
Cesare Bettinsoli	Lucio Da Ros
Stefano Bevilacqua	Laura D'amato
Fabrizio Biotti	Francesco De Gennaro
Damiano Bisagni	Stefano De Maestri
Giovanni Bissoni	Alberto De Negri
Roberto Blanco	Carlo De Pietro
Gianni Bonelli	Francesco De Santis
Mauro Bonin	Claudio Di Benedetto
Marco Boninu	Chiara Di Michele
Francesco Borioni	Gabriele Dini



Mary Dispenza	Luisa Lentini
Giacinto d'Onofrio	Giovanni Leonardi
Luciano D'onofrio	Martina Leoni
Bianca Esposito	Silvia Libralon
Rosanna Favato	Lucia Lispi
Santino Federico	Walter Locatelli
Cristian Ferraris	Mariangela Lomastro
Cristina Floris	Simona Lombardi
Chiara Forin	Vincenzo Lopreiato
Rosetta Franconeri	Albina Mandrone
Emanuele Fresa	Domenico Mantoan
Giansaverio Friolo	Alberto Mantovani
Stefano Fugazzi	Daniela Marangio
Stefano Fughi	Lorenza Marchi
Alfonso Galbusera	Elisa Mariano
Michele Galietta	Marcella Marletta
Claudio Garbelli	Mattia Marri
Stefano Gariano	Francesca Masi
Mauro Garino	Alessandra Masserini
Gianluca Garziera	Elena Mauri
Silvio Giono Calvetto	Paolo Maurini
Guido Giordana	Emanuela Mauro
Gianni Giorgi	Cristina Meneguzzi
Alessandro Giudici	Luca Merlini
Alessandro Giuriola	Maddalena Minoia
Monica Giussani	Tilia Ludovica Miranda
Bruno Gregori	Gian Luca Mondovì
Giuseppe Roberto Grilli	Daniela Mortello
Loredana Guidolin	Raoul Mosconi
Gaetano Ievolella	Monica Moz
Jacopo Koch	Leonardo Mugnaini
Fabio La Grua	Alessio Mulas
Rita La Rocca	Maria Luisa Muzzini
Tonino La Spada	Massimo Napodano
Alessandra Lafranconi	Andrea Nerdi
Paolo Lenhus	Daniela Neri

Ombretta Nucca	Giovanni Soro
Benjamin Oskar	Cristiana Taioli
Daniela Pagano	Veronica Tamborini
Francesca Pagliula	Claudia Telli
Carlo Pampari	Maja Tenze
Elisa Pari	Roberto Totò
Francesca Pasinelli	Gabriele Tundo
Elisa Perenzoni	Maria Tuttolomondo
Kyriakoula Petropulacos	Giuseppe Vaccari
Luigi Pezzullo	Marco Vecchietti
Andrea Pierini	Massimo Veglio
Monica Piovi	Fabio Vicariotto
Luca Pirisi	Salvatore Vincenzo
Maria Colomba Pisacane	Daniele Virgillito
Cristina Piscopo	Marco Zamboni
Patrizia Ponzi	Davide Zanchi
Michele Presutti	Paola Zucchi
Raphael Prync	
Claudio Pucci	
Simona Quaglia	
Eugenio Quaranta	
Francesca Raggi	
Vanessa Ritrovato	
Anna Ronchi	
Clementina Rosato	
Nicholas Rossetti	
Cristina Russo	
Claudia Rutigliano	
Roberto Saggini	
Luca Sala	
Massimiliano Sano	
Federico Santino	
Cristina Sarchi	
Elisabetta Sensoli	
John Shehata	
Gilda Socievole	

## Note

## Note

## Note

## Note



### **CERGAS – UNIVERSITÀ BOCCONI**

Via Roentgen 1 - 20136 Milano, Italy

[cergas@unibocconi.it](mailto:cergas@unibocconi.it)

+39.02.5836.2696-2597

[www.cergas.unibocconi.it](http://www.cergas.unibocconi.it)

### **SDA BOCCONI SCHOOL OF MANAGEMENT**

Via Bocconi 8 - 20136 Milano, Italy

[info@sdabocconi.it](mailto:info@sdabocconi.it)

+39.02.5836.6605-6606

[www.sdabocconi.it](http://www.sdabocconi.it)

### **BAA - BOCCONI ALUMNI ASSOCIATION**

Piazza Sraffa 15 - 20136 Milano, Italy

[alumni@unibocconi.it](mailto:alumni@unibocconi.it)

[healthcare@bocconialumni.it](mailto:healthcare@bocconialumni.it)

+39.02.5836.3286

[www.bocconialumni.it](http://www.bocconialumni.it)

### **Per la Campagna “Una sfida possibile”**

[donazioni@unibocconi.it](mailto:donazioni@unibocconi.it)

+39.02.5836.3550

[www.unasfidapossibile.it](http://www.unasfidapossibile.it)