



PRESENTAZIONE RAPPORTO OASI

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

**Revenue model nelle aziende sanitarie italiane:
pubblico e privato accreditato a confronto**

FRANCESCA LECCI
CERGAS, SDA Bocconi

Milano, 3 dicembre 2025



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT

AGENDA

- Di cosa parliamo e perché
- Le domande di ricerca e il metodo di lavoro
- I risultati
- Discussioni
- Conclusioni e implicazioni



Di cosa parliamo e perchè

— Di cosa stiamo parlando? Entrate diverse da finanziamento SSN / contratti di accreditamento:

- Solvenza/LPI
 - Prestazioni out-of-pocket
 - Fondi e assicurazioni
 - B2B e welfare aziendale
- Ricerca conto terzi, sperimentazioni cliniche
- Formazione, servizi digitali diversi, proventi da patrimonio

— Perché parlarne adesso?

- L'autonomia come prerequisito per l'innovazione. L'efficacia dei sistemi sanitari decentrati dipende dalla capacità delle organizzazioni di esercitare discrezionalità decisionale ed economica in coerenza con la missione (Ferlie & Shortell, 2001; OECD, 2022).
- La pluralità dei finanziamenti come leva di sostenibilità. L'integrazione di fonti pubbliche e private può rafforzare la resilienza del sistema, se governata da regole trasparenti e da una visione di lungo periodo (Saltman & Duran, 2021).
- La necessità di modelli di ricavo ibridi e orientati al valore. La trasformazione dei modelli di servizio in sanità richiede meccanismi di remunerazione che premino gli esiti di salute e la capacità di innovare i servizi (Porter & Lee, 2013; Teece, 2010).



Le domande di ricerca e il metodo

— Tre dimensioni di analisi

- a) Livello di autonomia gestionale, inteso come grado di discrezionalità decisionale e finanziaria che le aziende possono esercitare nell'allocazione delle risorse e nella definizione dei propri modelli di servizio (Pollitt & Bouckaert, 2017; Saltman & Duran, 2021).
- b) Natura dei ricavi non istituzionali, ovvero la composizione delle fonti di reddito autonome – attività libero-professionali, prestazioni a pagamento diretto, convenzioni con imprese o fondi, attività di ricerca e formazione, partnership digitali – e il loro peso relativo sul bilancio complessivo
- c) Grado di innovazione del modello di ricavo, inteso come capacità di intro durre nuove forme di relazione economica con utenti e stakeholder (es. abbonamenti, servizi digitali, percorsi personalizzati, modelli value-based).

— Metodo

- Multiple case study (Yin, 2018), generalizzazione analitica → 6 casi
 - **Pubbliche territoriali:** ASST Brescia, AUSL Piacenza, Azienda Sanitaria Alto Adige
 - **Private accreditate / non profit:** CDI, Fondazione Don Gnocchi, Policlinico San Donato
- Triangolazione: interviste, bilanci, documenti strategici, fonti pubbliche



Risultato 1: pesi e configurazioni dei ricavi

Azienda	Assetto	% Ricavi non istituzionali	Voci principali
ASST Brescia	Pubblica	3–4%	Libera prof. (26 mln), sperimentazioni (4–5 mln)
AUSL Piacenza	Pubblica	1,5%	Libera prof., consulenze, donazioni (0,7 mln)
Azienda Sanitaria AA	Pubblica	<2%	Libera prof., locazioni, minime donazioni
CDI	Privato accreditato	77%	Fondi 50%, out-of-pocket 13%, corporate 14%
Don Gnocchi	Privato non profit	10%	Ricoveri e ambulatori solventi, donazioni 15–20 mln
Policlinico San Donato	Privato accreditato	20%	Solvenza, pacchetti prevenzione, cooperazione internazionale

Modelli di pricing

- Il punto di partenza è quasi ovunque la stima dei costi diretti e indiretti che consente di fissare la soglia minima di sostenibilità economica.
- Ma il prezzo finale è frutto di una mediazione tra costo interno, tariffe di riferimento e benchmark di mercato.



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Pubblico ancora dominato da finanziamento istituzionale

Privato pienamente nel quasi-mercato multi-fonte

Risultato 2: governance, pricing, intermediari

— Nel pubblico prevale un approccio amministrativo:

- Non c'è funzione di pricing, le entrate non istituzionali sono spesso viste come “plus”, non come driver strategico.
- Eccezione importante: Brescia, che usa i proventi delle sperimentazioni cliniche per alimentare un fondo direzionale destinato a investimenti.

— Nel privato e nel non profit troviamo

- politiche strutturate di pricing;
- regolamenti solvenza;
- relazioni strategiche con chi paga.

— Emergono tre modelli di rapporto con gli intermediari:

- assente nel pubblico,
- vincolante nel privato industriale,
- selettivo nel non profit.

«L'assicurazione non compra più solo la prestazione, ma il processo. Chi non controlla il processo – medico compreso – è destinato a perdere potere»



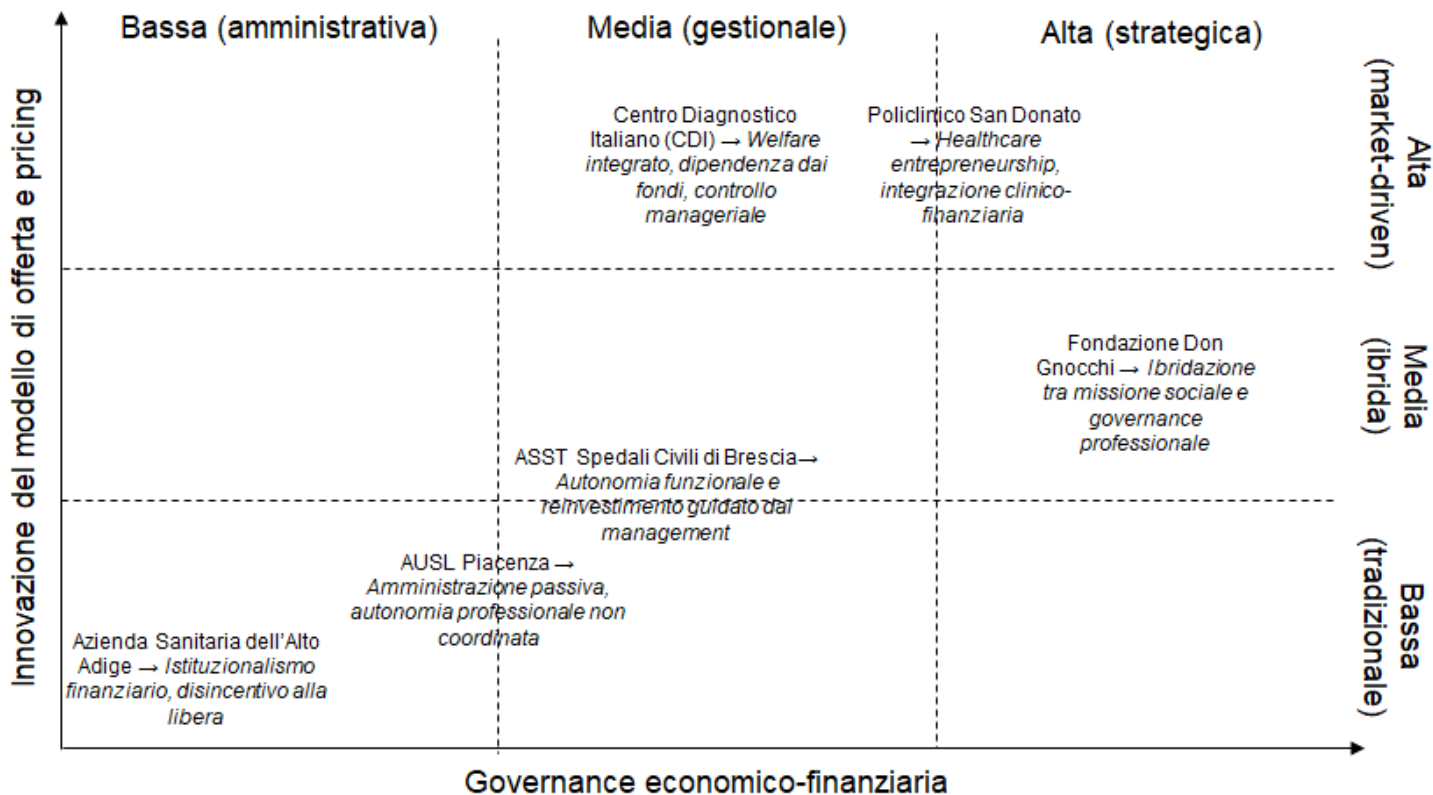
Risultato 3: Innovazione di servizio e ruolo dei medici

— Due questioni centrali

- Nel pubblico l'innovazione è più sul lato finanziario-organizzativo che sul modello di offerta; la libera professione è importante, ma spesso gestita in modo frammentato, come “mondo a parte” rispetto alla strategia.
 - Modello 80/20 in termini di contributo dei singoli professionisti
- Nel privato e nel non profit vediamo il passaggio dalla prestazione al percorso: check-up, pacchetti di prevenzione, tariffe omnicomprenditive, in linea con la retorica – e talvolta la pratica – della value-based healthcare.
 - In questo contesto il medico cambia ruolo: da produttore individuale di prestazioni a co-designer di percorsi, integrato nei meccanismi di remunerazione e posizionamento dell'azienda. È un caso concreto di quella transizione verso la «*public*» *service logic*, dove il valore è co-creato e non semplicemente “erogato”.



Discussione: matrice di maturità dei modelli di revenue



Discussione: la sintesi delle evidenze

1. Il grado di autonomia economica riflette una competenza istituzionale più che finanziaria. Dove esistono regole interne chiare sulla destinazione delle risorse (come il fondo direzionale di Brescia o il regolamento solvenza di Don Gnocchi), le entrate non istituzionali diventano una leva di innovazione, non un rischio di distorsione.
2. Il pricing e la gestione dei medici sono ormai dimensioni della stessa strategia e sempre più una leva di posizionamento strategico. Nel pubblico, la tariffa rimane un dato; nel privato, è uno strumento per modellare la domanda, differenziare servizi e rafforzare il brand sanitario.
3. L'integrazione tra missione e mercato è la nuova frontiera della sostenibilità. Le realtà più mature (Don Gnocchi, CDI, San Donato) dimostrano che generare valore economico può essere funzionale alla creazione di valore sociale e reputazionale, in linea con i principi dell'impact management

La maturità di un modello di revenue non dipende unicamente dalla natura giuridica, ma dalla capacità cognitiva e organizzativa di leggere e governare il valore. Le aziende che hanno internalizzato questa competenza – pubbliche o private che siano – trasformano la dimensione economica in una leva di management strategico



Implicazioni di policy

- **Riconoscere e monitorare le fonti di autofinanziamento.** Oggi tali flussi non sono tracciati in modo sistematico nei flussi informativi regionali. Una maggiore visibilità consentirebbe di distinguere attività istituzionali da attività non istituzionali e di valutare i modelli di reinvestimento.
- **Promuovere la sperimentazione di modelli di partnership pubblico-privato o privato-privato.** I casi di Brescia e San Donato mostrano che l'interazione con il capitale privato può generare innovazione, a condizione che siano chiare le regole di trasparenza e destinazione. La raccomandazione è di favorire accordi quadro per progetti di co-finanziamento in ricerca, prevenzione e digitalizzazione, con garanzie di accountability.
- **Nelle aziende pubbliche: rivedere il quadro regolatorio** della libera professione e della sperimentazione clinica. L'esperienza lombarda suggerisce che la redistribuzione dei proventi può creare incentivi virtuosi senza compromettere l'equità. Va dunque promossa una armonizzazione nazionale sul tema.



Implicazioni di management

1. **Istituzionalizzare la governance delle entrate non istituzionali.** Le esperienze di ASST Brescia e Fondazione Don Gnocchi mostrano che la creazione di fondi direzionali, regolamenti solvenza e unità di pricing management consentono di governare il ciclo del valore in modo trasparente e strategico. Le aziende (quanto meno le pubbliche) dovrebbero dunque dotarsi di policy interne di destinazione e reinvestimento dei proventi non SSN con monitoraggio periodico.
2. **Integrare le competenze economiche e cliniche.** La gestione del pricing e dei percorsi non istituzionali richiede dialogo tra controllo di gestione, direzione sanitaria e professionisti. Nei casi più maturi (CDI, San Donato) la definizione dei pacchetti avviene tramite co-design tra clinici e manager, superando la dicotomia amministrazione/sanità. Per generare valore, occorre favorire la costruzione di team interfunzionali (controllo di gestione, marketing sanitario, direzione operativa) per l'analisi dei margini e la progettazione dei servizi.
3. **Orientare il pricing alla sostenibilità e all'equità.** Il pricing non è solo una leva di ricavo ma di posizionamento. Le politiche di Fondazione Don Gnocchi e CDI mostrano che tariffe differenziate e sconti per volumi aziendali possono garantire equilibrio economico senza sacrificare l'accessibilità. Il suggerimento è dunque quello di adottare criteri di value-based pricing, bilanciando sostenibilità economica e impatto sociale.





«L'economia è sempre stata immersa nelle relazioni sociali.»

Kari Polanvi. La grande trasformazione (1944)

Team di ricerca



*Mario Del
Vecchio*



*Francesca
Lecci*



*Valeria
Rappini*

GRAZIE PER L'ATTENZIONE
francesca.lecci@unibocconi.it

CERGAS Bocconi

Via Sarfatti 10 | 20136 Milano – Italia |
www.cergas.unibocconi.it



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT