

9 Low Cost in Sanità¹

di Mario Del Vecchio e Valeria Rappini²

9.1 Introduzione

In Italia le dimensioni della spesa sanitaria privata sono rilevanti (30 Mld di euro nel 2010) e la percentuale di *out of pocket* (spesa privata non coperta da forme assicurative) sulla spesa complessiva è una delle più alte in Europa, il 20% circa (Figura 9.1).

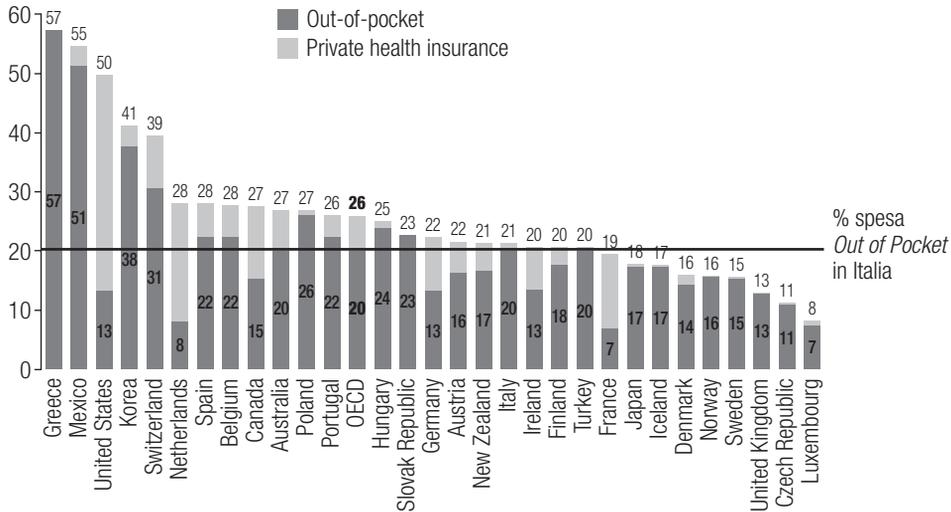
Il fenomeno si concentra soprattutto nelle aree meno coperte dal Servizio Sanitario Nazionale, come l'odontoiatria (11-12 Mld di euro, al 95% privata e *out of pocket*), ma si manifesta anche in altri campi in cui il sistema pubblico è largamente presente, come in specialità quali ginecologia, dermatologia e oculistica. È inoltre prevedibile un aumento di tale tendenza in relazione ad alcuni fattori quali: l'aumento della propensione al consumo in sanità, le politiche di compartecipazione alla spesa dei diversi SSR, una crescente attenzione della domanda agli aspetti di accessibilità ai servizi. Come tale aumento possa eventualmente essere influenzato dalla diffusione delle assicurazioni complementari (il cosiddetto «secondo pilastro») non è ancora chiaro (Longo et. al., 2010).

In questa prospettiva è parso interessante esplorare alcune prime esperienze che, almeno negli intenti dichiarati, si richiamano alla filosofia del *low cost*, applicandola al contesto sanitario. In altri settori, come quello dei trasporti aerei, dove la sicurezza e la qualità del servizio sono dimensioni rilevanti, come in sanità, l'affermarsi della formula *low cost* è riferibile a due principali ordini di ragioni:

¹ Il capitolo trae spunto da un progetto di ricerca finanziato dall'Area Public Management & Policy della SDA Bocconi. Si ringraziano per la collaborazione offerta nell'analisi dei casi e per aver fornito il materiale di supporto e altre informazioni utili durante le interviste (in ordine alfabetico): Daniele Aprile, Andrea Cinosi, Luca Foresti, Angelo Gottardo, Maurizio Pedone, Paolo Pezzana e Saverio Rodriguez.

² Il capitolo è frutto del lavoro congiunto dei due autori. I §§ 9.1, 9.2, 9.3 e 9.6 sono attribuibili a Mario Del Vecchio, i restanti a Valeria Rappini.

Figura 9.1 **Percentuale di spesa sanitaria privata (*out of pocket* e coperta da forme assicurative) sulla spesa sanitaria complessiva**



Fonte: OECD Health Data 2010

- ▶ da un lato, la modifica nei comportamenti di consumo e quindi nelle determinanti dei processi decisionali degli utenti (il prezzo alto non è più percepito come sinonimo di qualità e *low cost* non significa solo basso prezzo);
- ▶ dall'altro, l'affermazione di formule organizzative e tecnologie innovative che hanno consentito alle aziende di proporre beni e servizi a condizioni più vantaggiose, senza per questo ridurre la qualità dell'offerta.

Se si guarda al *low cost* in sanità dal punto di vista della domanda, i principali fattori potenziali di crescita potrebbero essere trovati nella crescente selettività e attenzione al prezzo degli utenti e nella richiesta, sempre più diffusa, di migliori condizioni di accessibilità ai servizi, richiesta che il SSN non è sempre in grado di soddisfare (o interessato a garantire a fronte di una domanda ritenuta impropria) e che rappresentano storicamente i punti di forza dell'offerta privata (Tabella 9.1).

Dal punto di vista dell'offerta, il rapporto annuale di Assolowcost, l'associazione che riunisce aziende e strutture di servizi che si impegnano ad abbassare i costi mantenendo alta la qualità, sostiene che attualmente è possibile ottenere risparmi sui costi delle singole prestazioni sanitarie «fino al 30 per cento». Le strutture sanitarie che aderiscono a questa associazione sono concentrate al Nord e le aree d'intervento sono principalmente due. La prima area riguarda tutti quei settori dove i SSR non prevedono la copertura oppure dove si stanno progressivamente ritirando. È il caso dell'odontoiatria op-

Tabella 9.1 **Motivo della scelta della struttura a seconda del tipo di pagamento o meno della prestazione**

Motivo della scelta della struttura in cui ha pagato la prestazione di tasca propria	Visite specialistiche		Accertamenti diagnostici		Ricoveri ospedalieri ordinari	
	non paga	paga	non paga	paga	non paga	paga
Vicinanza	40,0	17,0	11,6	5,8	26,3	12,2
Fiducia	44,4	60,6	55,5	57,4	33,6	54,9
Urgenza	7,5	20,0	13,9	34,4	2,5	11,0
Accoglienza	4,2	7,5	4,3	11,3	4,8	8,7
Economia	21,5	5,0	20,0	3,2	8,5	2,8

Fonte: Cislghi e Giuliani (2008)

pure delle prestazioni in campi come la psicologia e la psicoterapia dove il sistema pubblico si sta concentrando sui casi più gravi. La seconda area è quella delle visite specialistiche. In questo settore le aziende sanitarie pubbliche e «private tradizionali» sono largamente presenti, ma le strutture private *low cost* propongono servizi a condizioni di accessibilità migliori e a prezzi contenuti.

Dal punto di vista degli studi, molti e diversi sono i contributi teorici e le esperienze di successo che possono fornire spunti per una riflessione più approfondita sul fenomeno del «low cost high value». In particolare, gli approcci ascrivibili alle metodologie del Total Quality Management (Cua, McKone e Schroeder, 2001) e del Continuous Quality Improvement suggeriscono le potenzialità di una più attenta considerazione dei sistemi di qualità nel generare valore aggiunto. Nella proposizione di uno dei più significativi e diffusi cicli e/o spirali del miglioramento – il PDSA (Plan, Do, Study, Act) di Deming (1989) – lo stesso ideatore rileva che «... adottando appropriati principi di management, le organizzazioni possono aumentare la qualità e simultaneamente ridurre i costi ...». Non vanno tuttavia dimenticati altri contributi che, a partire da Taylor, hanno evidenziato gli effetti delle economie di scala e specializzazione sulla riduzione dei costi né approcci organizzativi più recenti, che hanno sottolineato le potenzialità sottese alle dinamiche dell'apprendimento organizzativo. Nella concezione del vantaggio competitivo di Porter (1985), per formula *low cost* si può intendere la capacità di un'azienda di pervenire a una riduzione dei costi, da cui derivi una riduzione dei prezzi dei servizi al consumo, attraverso l'ottimizzazione della catena del valore. La tassonomia dei *cost driver* che raccoglie il consenso più ampio in letteratura è quella proposta da Shank e Govindarajan (1993) e prima da Riley (1987). L'elenco proposto prevede, in particolare, due livelli:

- ▶ quello strutturale, a cui sono associabili le potenzialità legate alle economie di scala, di raggio d'azione, di apprendimento, delle tecnologie di produzione e, infine, di complessità della combinazione produttiva;
- ▶ quello operativo, a cui sono correlate dimensioni quali il *commitment* interno nel miglioramento continuo, la gestione della qualità, l'utilizzo della capacità produttiva, l'efficienza del *layout*, la configurazione di prodotto e i legami con i clienti e fornitori.

Norman (1995), nella sua teoria della costellazione del valore, pone l'attenzione sull'ottimizzazione del rapporto con i soggetti che fanno parte del contesto d'azione. Secondo l'autore, la competitività non dipende solo dalla comprensione dei fabbisogni dei mercati di riferimento, ma anche dalla considerazione di un contesto molto più allargato nel quale si realizza la generazione di valore attraverso una «riconfigurazione dinamica dell'impresa». Da tali e molti altri diversi filoni di studio e approcci metodologici, sono derivate numerose applicazioni di *low cost*. Tale capacità è oggi espressa da aziende appartenenti a diversi settori produttivi, grazie alle nuove opportunità che il progresso scientifico, tecnologico e organizzativo mette a disposizione (Fischer, 2000 e 2003).

Il presente contributo prende avvio da una breve riflessione sullo sviluppo della formula *low cost* in altri settori, per poi concentrarsi su opportunità e rischi di questa formula in sanità (§ 9.2). Successivamente (§ 9.3) viene presentata l'analisi di sei casi, selezionati in base alla loro significatività (rappresentata da alcune prime evidenze di successo dell'iniziativa imprenditoriale) e alla loro eterogeneità (in termini di aree di intervento prescelte e soluzioni di implementazione). Nei paragrafi successivi (§ 9.4 e seguenti) vengono quindi approfondite le principali caratteristiche delle formule *low cost* analizzate e discusse le condizioni che ne hanno garantito lo sviluppo. In conclusione, si interpretano i profili emergenti e si propongono alcune riflessioni sulle possibili linee di evoluzione di questa formula in sanità.

9.2 *Low cost*: esperienze e paradigmi

L'espressione «*low cost*» non si riferisce unicamente al prezzo di un prodotto o di un servizio, ma a un vero e proprio modello di *business* a cui è sottesa una originale filosofia di creazione del valore. L'iniziatore è il vettore aereo Southwest, che propone la formula all'inizio degli anni Settanta negli Stati Uniti. Solo più tardi, a partire dalla metà degli anni Novanta, il fenomeno assume rilevanza anche in Europa con Ryanair, seguita poi dal principale competitor EasyJet. Il modello di *business* sviluppato dai vettori aerei *low cost* pone alla base delle proprie scelte operative e organizzative la riduzione dei costi per

proporre tariffe più basse, anche mediante la rinuncia a una serie di *confort* e servizi aggiuntivi offerti tradizionalmente a titolo gratuito (come, ad esempio, il *catering* a bordo). Molte sono le scelte innovative adottate, tra cui: l'utilizzo di prenotazioni *on line*, di aeroporti secondari e di flotte aeree monotipo. Il contenimento dei costi è comunque solo una delle componenti del successo dei vettori aerei *low cost*. La massimizzazione dei profitti di questi vettori aerei dipende infatti in larga parte dalla massimizzazione dei ricavi in quanto, fissato lo *scheduling* dei voli, molti dei costi rimangono sostanzialmente fissi. Il successo del modello *low cost* del settore dei trasporti aerei si basa in gran parte sulla ricerca di equilibrio tra livelli tariffari, *load factor* e costi operativi. Le scelte di prezzo e l'abilità di queste compagnie nel comprendere le caratteristiche della domanda, sia in condizioni di monopolio, sia all'interno dell'interazione competitiva, rappresentano un fattore determinante per il successo di questo modello di *business*. Non a caso le politiche di *pricing* dei vettori *low cost* si differenziano significativamente da quelle dei vettori tradizionali e prevedono il ricorso a forme di ottimizzazione basate essenzialmente sulla discriminazione intertemporale dei prezzi³.

L'interesse suscitato dal successo dei vettori *low cost*, tanto più straordinario se confrontato con la redditività media di settore, ha spinto numerosi studiosi ad approfondire il fenomeno e a interrogarsi sulle ragioni del successo. Molti studi hanno analizzato il *business* dei vettori *low cost* e stimato i benefici derivanti dall'insieme delle scelte operative (Franke, 2004; Doganis, 2005). Va tuttavia rilevato che ancora oggi non esiste un *framework* validato e una letteratura di riferimento che consentano di descrivere compiutamente questo modello o valutarne la sostenibilità futura soprattutto in altri settori. Accanto a casi di successo vi sono altrettanti casi eclatanti di insuccesso e gli studi effettuati sembrano piuttosto evidenziare come alla base delle *performance* di vettori come Ryanair non vi sia solo una particolare modalità di controllo dei costi, ma la compresenza di un complesso insieme di scelte effettuate nei diversi ambiti strategici. Da un lato, sembra delinearsi un vantaggio competitivo da *first mover*; dall'altro, una oggettiva difficoltà dei competitori nel replicare il «puzzle» che compone il modello di *business* della strategia *low cost* (Alamdari e Fagan, 2005). Tra i fattori di successo si segnala in particolare l'intuizione della presenza di una domanda latente, caratterizzata da un'elasticità al prezzo diversa da quella della clientela tradizionale e, inoltre, da una particolare attenzione alle condizioni di contesto in cui si realizza l'attività (Plowman, 1994; Cassia, Fattore e Pleari, 2006). Accanto al prezzo, altri elementi connotano il *low cost* – la qualità funzionale, i servizi accessori (in cui spesso i consumatori riconoscono i punti di forza specifici), i

³ Per un approfondimento sulle strategie di *pricing* delle compagnie *low cost* si vedano in particolare Zhao e Zheng (2000) e Malighetti, Paleari e Redondi (2007).

canali di comunicazione e la formula di erogazione – e nel loro insieme permettono ai consumatori di identificare il prodotto come tale. Gli elementi distintivi della formula, generalizzabili ai vari settori produttivi, sembrerebbero quindi due:

- ▶ da un lato, l'individuazione di un mix ottimale per il cliente (Figura 9.2);
- ▶ dall'altro, l'individuazione di ottimizzazioni di processo, e dunque di costo, che consentano di offrire al cliente un mix di valore definito a un prezzo competitivo rispetto al mercato.

Seguendo l'impostazione proposta da Assolowcost, per affermare che un servizio non è venduto a basso prezzo solamente perché di minore qualità è necessario che la riduzione dei costi non dipenda solamente dalla minor incidenza della materia prima o da un minor livello di qualità in una particolare fase di produzione. L'ottimizzazione deve piuttosto essere riconducibile al più ampio insieme delle attività facenti parte della catena del valore e ciò deve realizzarsi nel rispetto di valori etici, di responsabilità sociale e di rispetto dell'ambiente. Perché un'azienda o una linea di prodotti o servizi possa quindi essere inclusa nella famiglia del *low cost high value* di Assolowcost devono essere soddisfatti specifici parametri etici, produttivi ed economici. I comportamenti richiesti devono essere in linea con quanto contenuto in un codice

Figura 9.2 **Mondi e target socio-culturali del low cost**

		Chiusura			
		... capriccio e celebrazione del consumo		... risparmio subito e rinuncia	
		<i>Solo marchi sdoganati Il lusso in offerta</i>		<i>Rinuncia Rispettabilità Frustrazione</i>	
		<i>A caccia di marche nell'outlet</i>		<i>Imbarazzo Necessità</i>	
		<i>Salvare le apparenze Diffidenza</i>			
		Il low cost residuale		Il low cost per necessità	
Rischio	... espansione dell'esperienza e del sé	... consumo critico e esibizione		... sobrietà e equilibrio	Sicurezza
	<i>Libertà Opportunità</i>	<i>Rifiuto del consumismo</i>		<i>Sobrietà Semplicità Rispetto del valore</i>	
	<i>Esperienza</i>	<i>Anticonformismo</i>		<i>Funzionalità Pragmatismo</i>	
	<i>Personalizzazione</i>	<i>Etica Sentirsi più intelligenti</i>		<i>Dare il giusto peso alle cose</i>	
		<i>Informalità Gioco</i>		Il low cost t etico	
		Il low cost smart	Il low cost ideologico		
		Apertura			

Fonte: Elaborazione GPF per Assolowcost

Riquadro 9.1 **Criteri di inclusione nell'insieme di prodotti «low cost high value» di Assolowcost (parametro economico)**

Ai fini dell'ammissione, si deve dimostrare il contemporaneo manifestarsi delle tre condizioni citate ai punti a, b e c:

- a) il prezzo base del prodotto deve risultare compreso nell'ultimo quartile della distribuzione del mercato di riferimento in funzione del prezzo;
- b) il prezzo fissato sul mercato deve essere comunque superiore al costo operativo totale unitario sostenuto dall'impresa. Si precisa che in tale grandezza di costo deve essere compresa anche la componente relativa alle eventuali quote di ammortamento e di accantonamento. Di conseguenza, l'azienda, la linea di prodotti/servizi o l'area di *business* deve mantenere una redditività positiva.
- c) le funzioni d'uso basilari del prodotto/servizio (e quindi i suoi fondamentali fattori qualitativi) per la soddisfazione del cliente devono rimanere analoghe a quelle degli altri prodotti/servizi presenti nel mercato. A tal fine, occorre che il prodotto/servizio eserciti una pressione competitiva su una parte almeno dei prodotti di prezzo superiore.

etico esplicitamente sottoscritto da ogni impresa associata. Si richiede poi una descrizione di come l'impresa persegua l'approccio *low cost* e vengono quindi analizzati dall'associazione elementi quali: il *business model* aziendale; le scelte strategiche e le ottimizzazioni nella catena del valore che consentono la riduzione dei costi; il grado di eccellenza qualitativa offerto ai clienti. Si richiede infine il rispetto del parametro fondamentale rappresentato dal prezzo (Riquadro 9.1).

Nell'approfondimento condotto da Assolowcost sui propri associati, emergono in particolare alcuni possibili ambiti di ottimizzazione alla base del successo della formula *low cost* e che si possono, in prima approssimazione, ricondurre al seguente elenco:

- ▶ l'adozione di *business model* innovativi;
- ▶ la miglior gestione dei processi produttivi;
- ▶ la più efficiente gestione della filiera produttiva;
- ▶ l'efficiente gestione della catena della fornitura;
- ▶ l'efficiente gestione dei flussi informativi;
- ▶ l'utilizzo del canale *e-business*.

9.3 Metodologia della ricerca e analisi delle esperienze

Le potenzialità della formula *low cost* applicata al settore sanitario, l'emergere di segnali che sembrano indicare un progressivo allargamento del fenomeno, la peculiarità degli elementi che ne possono favorire o ostacolare l'adozione in sanità, hanno suggerito di sottoporre ad analisi alcune prime esperienze. Il proposito della ricerca è duplice: da una parte, verificare la validità di questa formula

e, dall'altra, contestualizzarne le ricadute operative al fine di favorire una diffusione di pratiche promettenti e di interesse anche per il sistema sanitario.

L'universo delle esperienze italiane in cui sia chiaramente identificabile un orientamento *low cost* tende a concentrarsi nel settore dell'odontoiatria, ma alcune esperienze stanno emergendo in altre aree specialistiche. I casi oggetto di approfondimento sono stati selezionati nella logica della significatività e quindi utilizzando i seguenti criteri:

- ▶ attenzione alla qualità e alla dimensione di continuità nel tempo dell'iniziativa;
- ▶ sostenibilità economica ed evidenza di successo nella dimensione competitiva;
- ▶ localizzazione geografica e differenziazione di settore.

I casi oggetto di approfondimento, che dovrebbero rappresentare un quadro abbastanza ampio delle esperienze in atto, sono sei:

- ▶ tre casi di strutture che aderiscono al paradigma «low cost high value» proposto dall'associazione Assolowcost e, specificamente, il Centro Medico Santagostino di Milano, Amico dentista e il Progetto dentale Apollonia;
- ▶ il caso di Welfare Italia Servizi (WIS), con cui il gruppo cooperativo CGM (Consorzio nazionale per la cooperazione sociale Gino Mattarelli) ha avviato un progetto di sviluppo di centri poliambulatoriali in collaborazione con partner del settore pubblico e privato, utilizzando come modello di sviluppo quello dell'affiliazione commerciale;
- ▶ il caso di Nuova Città di Capurso vicino a Bari, primo polo ambulatoriale *low cost* sviluppato nel Sud Italia, che origina da una precedente esperienza nei servizi infermieristici domiciliari e dall'iniziativa di un gruppo di medici pugliesi;
- ▶ il caso di Medical Division (MD), un'iniziativa privata commerciale, che nasce dall'idea di una famiglia di imprenditori di «rendere accessibile a tutti un privilegio che oggi è per pochi».

La ricostruzione dei casi si è avvalsa di interviste dirette con i principali attori di rilievo – dirigenti e protagonisti delle iniziative imprenditoriali oggetto di approfondimento – oltre che di un'analisi di materiale documentale. Per la rilevazione delle prassi è stata utilizzata un'apposita griglia di analisi articolata su più *item*, volta sia a selezionare le esperienze sia a indagare i quesiti della ricerca. Tale griglia di analisi è stata prima testata sulle esperienze più riconosciute e consolidate e quindi meglio precisata nella sua formulazione a seguito delle evidenze della prima fase di analisi sul campo. In Tabella 9.2 si riportano sinteticamente le principali caratteristiche dei casi oggetto di approfondimento. Nei paragrafi successivi si discutono alcune delle differenze più evidenti tra i casi osservati e che costituiscono le caratteristiche distintive delle prassi analizzate.

Tabella 9.2 I casi analizzati

L'azienda in breve e un po' di storia	Le «misure» del successo
<p>Il Centro Medico Santagostino nasce nel marzo 2009 su iniziativa di Oltre Venture Capital Sociale, una società che realizza iniziative di interesse collettivo, privilegiando il ritorno sociale rispetto a quello economico. «Il progetto – dichiara Luciano Balbo, Presidente di Oltre Venture – nasce per rispondere a un bisogno crescente e insoddisfatto, che proviene da una larga parte della popolazione, di una medicina specialistica di qualità a costi accessibili e, nello stesso tempo, per offrire anche un sostegno in termini relazionali». Il progetto è stato reso possibile grazie alla disponibilità di un gruppo di medici di strutture ospedaliere milanesi che hanno offerto un contributo volontario nella progettazione dei servizi, nella selezione dei medici e nella loro supervisione.</p>	<p>L'iniziativa, ancora in fase di start up, conta oltre 16.000 pazienti, con +155% di fatturato nel 2010, rispetto all'anno precedente. L'indagine condotta su 400 pazienti intervistati (gennaio 2010) mostra che il 96% ha trattenuto solo aspetti positivi e il 95% tornerebbe in caso di necessità future.</p>
<p>Welfare Italia Servizi Srl è una società costituita nel febbraio 2009, soggetta a direzione e controllo da parte di CGM (Consorzio nazionale per la cooperazione sociale Gino Mattarelli), rivolta alla diffusione di servizi sanitari di qualità a un costo accessibile, tramite il modello dell'affiliazione commerciale su territorio nazionale. Nasce dall'idea che gli operatori sanitari tradizionali (pubblici e privati) mostrano alcune criticità difficilmente superabili nel rispondere ai bisogni delle persone, delle famiglie, in particolare di reddito medio-basso, e delle comunità. Da piano industriale, l'obiettivo entro il 2015 è l'apertura di 130 centri tra ambulatori odontoiatrici e poliambulatori specialistici. Al momento i 10 poliambulatori medici e odontoiatrici in attività sono: Centro Canegrate (MI) poliambulatorio e centro odontoiatrico; Centro San Pellegrino (San Pellegrino Terme, BG) poliambulatorio; Centro Acireale (CT) studio odontoiatrico; Centro Pontedera (PI) poliambulatorio e studio odontoiatrico; Centro di Gorlago (BG) poliambulatorio e centro odontoiatrico; Centro di Milano V.le Jenner (MI) poliambulatorio e studio odontoiatrico; Centro di Milano Via Solari (MI) poliambulatorio e studio odontoiatrico; Centro di Sesto Fiorentino (FI) studio odontoiatrico; Centri di Parma Emigroup (PR) 3 poliambulatori e studio odontoiatrico; Forlì (FC) poliambulatorio e studio odontoiatrico.</p>	<p>WIS ha approvato di recente il bilancio di esercizio, in linea con le previsioni. Il break even economico e finanziario è previsto nel 2013-2014, con la previsione di ricavi complessivi dei centri per oltre 140 milioni di euro nel 2015.</p>
<p>Medical Division è un'iniziativa privata commerciale che nasce dall'idea di una famiglia di imprenditori di «rendere accessibile a tutti un privilegio che oggi è per pochi». Fornisce un numero illimitato di prestazioni di prevenzione e cura a fronte di un tesseramento annuale. MD convenziona strutture e studi medici privati di cui gestisce parte delle agende, saturandone, quindi, la capacità produttiva non utilizzata. L'iniziativa parte a Milano e provincia (settembre 2010) e a Roma (dicembre 2010). Attualmente copre 10 piazze italiane più altre 8 in fase di apertura. Nel 2012 conta di estendersi anche all'estero (Lisbona, Madrid, Barcellona, Parigi, Amburgo, Londra). La specialità di maggiore attrazione è l'odontoiatria (nella quota annuale è inclusa l'implantologia e l'ortodonzia).</p>	<p>Nel 2010, appena avviata l'iniziativa, già si contano € 2.200.000 di fatturato, di cui € 350.000 su Milano. Milano è il mercato più esteso con 1.700 pazienti.</p>
<p>Il Poliambulatorio Nuova Città nasce a ottobre del 2010 da una decennale esperienza maturata all'interno del Circolo ACLI Luisa Bissola di Capurso, che forniva servizi di assistenza infermieristica domiciliare. La costante rilevazione dei bisogni del territorio, unita alla necessità di offrire risposta alla richiesta di occupazione da parte degli operatori, ha rappresentato la spinta verso la costituzione del Poliambulatorio. Il progetto è stato realizzato anche grazie al contributo di medici specialistici che hanno deciso di offrire la propria competenza e disponibilità. Nuova Città è una Cooperativa Sociale di tipo A (Onlus) aderente alla centrale cooperativa CONFSCOOPERATIVE e associata a MERIDIA (Consorzio di Cooperative Sociali con sede in Bari.)</p>	<p>Attualmente accedono 200 pazienti al mese. L'obiettivo è stato fissato ad almeno 300. Dall'inizio dell'attività gli accessi sono aumentati progressivamente del 20% su base mensile.</p>

Tabella 9.2 (segue)

L'azienda in breve e un po' di storia	Le «misure» del successo
L'iniziativa Amico Dentista nasce nel 2006 dalla constatazione, da parte di un gruppo di professionisti, della tendenza di molti italiani a rivolgersi a centri odontoiatrici esteri per ricevere cure, sicuramente di qualità sensibilmente inferiore, ma altamente concorrenziali a livello di prezzi rispetto alle corrispettive offerte in Italia. Il progetto parte nel 2008 con uno studio pilota a Saronno. Partendo dai prezzi praticati da centri di buon livello ungheresi e croati e ricercando forme di ottimizzazione che permettessero di mantenere alta la qualità, Amico Dentista dà vita a un network di professionisti medici che condividono il progetto anche dal punto di vista etico.	Oggi Amico Dentista è un network di professionisti che opera in Lombardia in ben 12 centri, per un fatturato totale di oltre 15 milioni di euro.
Progetto Dentale Apollonia nasce in Friuli-Venezia Giulia nell'autunno 2007, quando un gruppo di professionisti si rende conto che sempre più persone sceglievano i vicini paesi dell'Est Europa per le proprie cure dentistiche, generando un vero e proprio esodo di pazienti. Il risultato è stato l'ideazione di una struttura odontoiatrica che praticasse prezzi ridotti mantenendo un'elevata qualità del servizio. La prima clinica del Progetto Dentale Apollonia nasce nel marzo 2008 a Gemona del Friuli. Nella primavera del 2010 vengono inaugurate le cliniche di Udine, Villotta di Chions (PN) e Ronchi dei Legionari (GO). Con l'attivazione di queste nuove cliniche si completa l'insediamento sul territorio regionale. Da fine marzo 2011, con il nuovo centro a Peschiera del Garda (VR), il network delle cliniche dentali Apollonia conta 5 Centri.	Già nei primi 20 mesi di attività (marzo 2008 – dicembre 2009) si contano oltre 16mila pazienti e le nuove cliniche riscuotono da subito successo tra la popolazione.

9.4 Le formule *low cost* in sanità

9.4.1 I profili generali

Rispetto al più tradizionale sistema di offerta sanitario (Figura 9.3), tutte le iniziative *low cost* analizzate si posizionano nel circuito «privato-privato». Escludono, quindi, il ricorso a forme di accreditamento con il SSN e configurano modelli di *business* che, pur originando in alcuni casi da motivazioni e finalismi di rilevanza sociale, ricercano la propria sostenibilità nel mercato. Il segmento di riferimento è quello dell'*out of pocket*, anche se il Centro Santagostino e WIS prevedono in prospettiva di potersi rivolgere anche al mercato assicurativo e dei fondi integrativi.

Le forme istituzionali assunte dalle iniziative analizzate vedono, accanto alla più tradizionale distinzione tra privato *for profit* e *no profit*, delinearsi soluzioni più originali come l'ingresso di venture capital attento al ritorno sociale dell'investimento (Riquadro 9.2) o forme di impresa che ambiscono a diventare vere e proprie *public company* ad azionariato diffuso (Riquadro 9.3). Dal punto di vista del percorso imprenditoriale, esse mostrano una prima fase di apprendimento e solo da un certo punto in poi si assiste a una focalizzazione sul *low cost* sanitario, come possibilità di intercettare insieme una domanda latente e un bisogno sociale emergente.

Figura 9.3 I quattro circuiti del sistema di offerta sanitario

CANALE DI FINANZIAMENTO	Pubblico	Circuito 1 <i>«convenzionata»</i>	Circuito 2 <i>pubblico tradizionale</i>
	Out of pocket Privato	Circuito 3 <i>privato-privato</i>	Circuito 4 <i>pubblico-privato</i>
Fondi assicurativi e integrativi	Profit	No Profit	
	Privata		Pubblica
	NATURA DELLE STRUTTURE DI OFFERTA		

Riquadro 9.2 Oltre Venture Capital Sociale e il Centro Santagostino

Alla base del progetto del Centro Medico Santagostino ci sono un milione e cinquecentomila euro di investimento messi a disposizione da Oltre Venture Capital Sociale, un fondo di capitali «pazienti e responsabili» che non richiede un particolare ritorno dell'investimento, ma che mette a disposizione managerialità e relazioni pubbliche per sviluppare l'idea progettuale di «un nuovo modo di fare medicina». I soci finanziatori accettano una retribuzione del capitale minima (3%) – la semplice preservazione nel tempo del capitale investito. Oltre Venture propone un'idea di investimento sociale innovativo che segue una logica di «quasi mercato» e che deve essere sostenuto anche dal contributo degli utenti, coniugando impatto sociale e sostenibilità economica. Nell'interpretazione di Oltre Venture due sono i fattori fondamentali per la promozione di cosiddette imprese sociali:

- la presenza di imprenditori sociali capaci di sviluppare l'idea/progetto e gestire con criteri di efficienza le risorse finanziarie necessarie alla sua realizzazione;
- la disponibilità di capitali privati, definiti «pazienti e responsabili», ovvero di investitori che credano e vogliano promuovere il concetto di responsabilità sociale della ricchezza, mettendo a disposizione di innovativi progetti i propri capitali e accettando un obiettivo di semplice preservazione del capitale a fronte di un elevato ritorno sociale.

Riquadro 9.3 Il progetto di Welfare Italia Servizi

WIS è una Srl che da statuto si comporta come un ente non profit, sottoponendosi al vincolo del reinvestimento degli utili e riconoscendo alla parte sociale, CGM, un ruolo di rilievo indipendentemente dalla sua partecipazione al capitale. Il nuovo modello di *business* che l'impresa incarna – impresa privata con finalità di interesse generale, che coniuga progetti sociali con una logica di mercato – assume nella strategia d'impresa le richieste emergenti di una maggiore attenzione per il sociale e per l'ambiente. Tale modello, che ambisce a sfociare nella costituzione di una *public company* ad azionariato diffuso, fa del benessere pubblico, inteso nell'accezione più ampia, il proprio *core business*. L'iniziativa è sostenuta dalle reti cooperative da cui origina e dallo sviluppo di un sistema di *franchising* che rafforza la «cittadinanza» dell'impresa e dei suoi affiliati nella società. Il contratto di *franchising* di WIS regola tutti gli aspetti dell'affiliazione, offrendo sicurezze, opportunità e sostegno ai *franchisee* senza che questi perdano la propria natura di imprenditori autonomi nel sociale. Il tutto è impostato in maniera sostenibile, competitiva, efficiente ed efficace, in linea con i valori fondamentali della solidarietà e della partecipazione responsabile alla costruzione del bene comune. Da parte sua, WIS, come impresa e come progetto, cresce in maniera proporzionale e conseguente alla crescita del suo *network* e dunque alla soddisfazione e fidelizzazione della sua clientela finale.

I due casi di studi odontoiatrici (Amico Dentista e Progetto Dentale Apollonia) si collocano in un contesto più consolidato. Vari fattori hanno, in effetti, contribuito nel tempo a creare le condizioni per l'affermarsi del fenomeno del *low cost* odontoiatrico (Gugiatti e Longo, 2009):

- ▶ la spesa è prevalentemente a carico del singolo (come segnalato all'inizio);
- ▶ gli elevati margini tradizionalmente caratteristici del settore hanno prodotto una elevata frammentazione (tutta la filiera supera abbondantemente i 170.000 soggetti e l'86,4% degli operatori si inserisce nel mercato come liberi professionisti singoli), con evidenti spazi di ottimizzazione attraverso lo sfruttamento di economie di scala;
- ▶ la domanda è già da tempo più sensibile al prezzo, come dimostra il crescente fenomeno del turismo dentale;
- ▶ la domanda è solo parzialmente soddisfatta (l'ISTAT rileva che solo il 40% della popolazione ha effettuato un accesso odontoiatrico durante l'ultimo anno, il 50% non è andato dal dentista da oltre 1 anno e il 12% non è mai stato dal dentista).

Gli altri casi analizzati descrivono, invece, un fenomeno più recente. Elemento comune è un target preferenziale di utenza collocato nella fascia di reddito medio-bassa, che non può sostenere le alte tariffe del libero mercato, ma che esprime, allo stesso tempo, esigenze di rapidità di accesso ai servizi e personalizzazione degli stessi. Ciò non esclude, evidentemente, la possibilità di attrarre anche la fascia benestante della popolazione, che già tende a rivolgersi quasi esclusivamente agli studi professionali e ai centri privati per alcune prestazioni. Gli spazi di intervento e le possibilità di ottimizzazione sono, comunque, presumibilmente più ridotti rispetto al settore odontoiatrico. Non è quindi un caso che le iniziative analizzate, pur partendo da una comune valutazione sulle potenzialità della formula *low cost*, assumano connotazioni e modelli specifici. Nei casi dei poliambulatori emerge pertanto con evidenza il carattere innovativo e «aperto» dell'azione imprenditoriale *low cost*, che si manifesta non solo nel posizionamento rispetto al prezzo, ma anche nell'idea di prodotto, nei modelli operativi e di funzionamento sottostanti e, più in generale, nella formula imprenditoriale prescelta. Quasi tutti gli intervistati dichiarano «non abbiamo *competitor* diretti», in molti casi sono *first mover*, mostrano però una preoccupazione comune «la domanda è ancora diffidente e l'aumento di iniziative *low cost* potrebbe creare un pregiudizio».

9.4.2 Gli ambiti di intervento

Le esperienze analizzate si concentrano sull'offerta di prestazioni sanitarie erogate in regime ambulatoriale (cure odontoiatriche, visite specialistiche,

esami diagnostici e terapie), riconducibili al concetto di «sanità leggera»⁴. L'unica eccezione è rappresentata da MD, la cui ipotesi strategica di sviluppo prevede l'estensione della formula *low cost* anche alla diagnostica pesante e ai servizi sanitari erogati in regime di ricovero. Attualmente, le aree di attività principali dei poliambulatori riguardano le specialità meno coperte dal SSN, come l'odontoiatria, la psicoterapia o le medicine non convenzionali, ma anche specialità dove il sistema pubblico è largamente presente, come la cardiologia, la dermatologia, la fisioterapia, la ginecologia e l'oculistica (Tabella 9.3).

Tabella 9.3 **Le aree di specialità prescelte**

Centro Medico Santagostino	
<p>POLIAMBULATORIO MEDICO a Milano: allergologia, ambulatorio cefalee, andrologia, angiologia e chirurgia vascolare, cardiologia, chirurgia, dermatologia, diabetologia, dietetica, disordini metabolici, endocrinologia, fisioterapia, fisioterapia, foniatra, gastroenterologia, geriatria, ginecologia e ostetricia, logopedia, medicina olistica, neurologia, neurochirurgia, neuropsichiatria infantile, oculistica, odontoiatria e ortodonzia, ortopedia, osteopatia, otorinolaringoiatria, pediatria, podologia, pneumologia, psicoterapia e psicologia, reumatologia, terapia del dolore, urologia, servizio ecografico.</p>	<p><i>Visite specialistiche e terapie nelle specialità meno coperte dal SSN (odontoiatria, psicoterapia e logopedia) o dove il pubblico ha lunghe liste d'attesa. Espresamente esclusi la «diagnostica pesante» e i servizi in regime di ricovero, anche in prospettiva.</i></p>
Welfare Italia Servizi	
<p>POLIAMBULATORIO MEDICO E ODONTOIATRICO AFFILIATO a Canegrate (MI): Agopuntura, Cardiologia, Diagnostica cardiovascolare, Dermatologia, Ecografia, Fisioterapia, Ginecologia, Infettivologia, Oculistica, Odontoiatria, Otorinolaringoiatria, Urologia, Oncologia, Odontoiatria.</p> <p>POLIAMBULATORIO MEDICO AFFILIATO a San Pellegrino Terme (BG): Medicina poli specialistica, Ecografia, Endocrinologia, Geriatria, Ginecologia, Logopedia, Medicina dello sport, Musicoterapia, Neuropsichiatria infantile, Nutrizionista, Oculistica, Ortopedia, Osteopatia, Psicomotricità, Psicoterapia, Reumatologia.</p> <p>POLIAMBULATORI ODONTOIATRICI AFFILIATI a Acireale (CT) e a Sesto Fiorentino (FI): Odontoiatria.</p> <p>POLIAMBULATORI MEDICI E ODONTOIATRICI AFFILIATI (di recente o prossima apertura) a Pontedera (PI), a Gorlago (BG), a Forlì (FC), di Viale Jenner a Milano (MI), di Via Solari a Milano (MI), Centri di Parma Emigroup (PR): Odontoiatria, specialità di base (cardiologia, dermatologia, dietologia, ecografia, geriatria, oculistica, ostetricia ginecologia e urologia) e altre specialità specifiche dei centri.</p>	<p><i>Sanità «leggera», per la famiglia, di criticità per la comunità, con ipotesi di estensione verso il sociale (long care, child care, housing, tempo libero e turismo solidale). Espresamente esclusi gli interventi estetici.</i></p>

⁴ La dizione «sanità leggera» come etichetta descrittiva di un'area di servizi (sanità ambulatoriale privata a basso livello di complessità) è stata conosciuta e per la prima volta utilizzata da WIS al momento di presentare al pubblico il proprio *business plan*. Conta oggi (esclusi i siti istituzionali di WIS e CGM) più di cinquecento ricorrenze su Google ed è stata utilizzata come categoria descrittiva da *media* nazionali e in documenti istituzionali di livello regionale e nazionale.

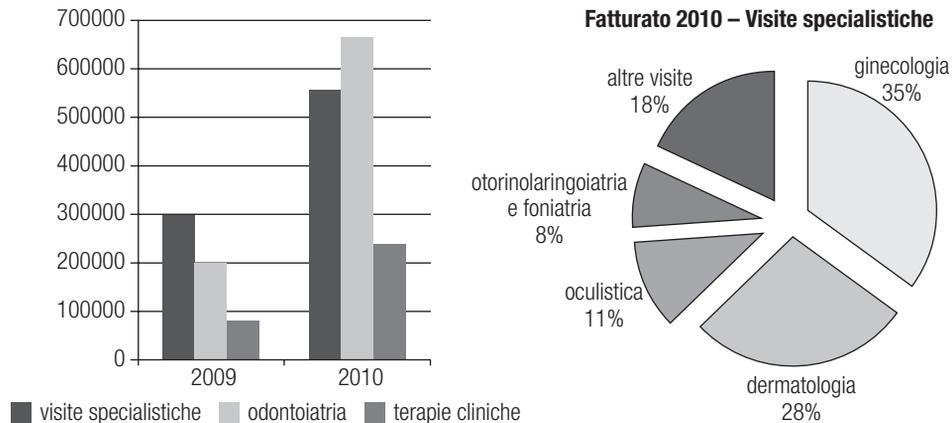
Tabella 9.3 (segue)

Nuova Città	
POLIAMBULATORIO MEDICO a Capurso (Bari): Agopuntura, Allergologia, Andrologia, Cardiologia, Chirurgia plastica ed estetica, Dermatologia, Dietetica, Endocrinologia, Fisiatria, Gastroenterologia, Ginecologia, Medicina estetica, Nefrologia, Neurologia, Oculistica, Omeopatia, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Psichiatria, Psicoterapia, Urologia.	<i>Solo specialità cliniche, non chirurgiche (ad eccezione della chirurgia plastica). È prevista la medicina alternativa (agopuntura e omeopatia). Manca volutamente l'oncologia, non c'è odontoiatria, né ginecologia, né radio o ecografia (solo in convenzione).</i>
Medical Division	
STUDI MEDICI E ODONTOIATRICI PRIVATI CONVENZIONATI a Milano, Roma, Torino, Pisa, Udine, Cuneo, Bergamo, Napoli, Lecce, Latina: Andrologia, Applicazioni fisioterapiche, Cardiologia, Chirurgia vascolare, Dietologia, Endocrinologia, Fisioterapia, Fisiatria, Ginecologia, Medicina estetica, Neurologia, Oculistica, Odontoiatria, Ortopedia e traumatologia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Psicologia, Pediatria, Trattamenti laser estetici, Urologia.	<i>Centralità dell'odontoiatria e dell'ortodonzia. Nessuna esclusione, in prospettiva anche diagnostica pesante e servizi in regime di ricovero. No medicina del lavoro.</i>

Nel portafoglio dei servizi, l'odontoiatria rimane un settore trainante. È una delle specialità principali del Centro Santagostino, di molti dei poliambulatori affiliati a WIS – già attivati e in fase di apertura – e costituisce la specialità di maggiore attrazione per MD. Nel Centro Santagostino, in particolare, l'odontoiatria mostra un trend in crescita nei primi due anni di attività e arriva a comporre nel 2010 il 44% del fatturato complessivo (Figura 9.4). Sempre nel 2010, il rimanente fatturato è composto per il 39% dall'insieme delle viste specialistiche e per il 17% dalle terapie cicliche. Nell'ambito delle visite specialistiche risaltano la ginecologia, la dermatologia, l'oculistica e l'otorinolaringoiatria che formano, rispettivamente, il 35%, il 28%, l'11% e l'8% del fatturato complessivo.

Una delle domande proposte agli intervistati era sulle possibili tipologie di servizi e sulle aree di intervento preferenziali, in fase di *start up* e in prospettiva. Il dato più chiaro è sicuramente quello relativo alle cure odontoiatriche: un segmento in cui esiste una comune valutazione di disimpegno da parte del SSN e dove esiste ampio consenso sull'idea che l'alto costo medio delle prestazioni possa assicurare buone probabilità di successo per iniziative *low cost*, a condizione che gli standard qualitativi siano all'altezza del mercato. Un'altra area d'intervento che sollecita le maggiori attenzioni da parte degli intervistati riguarda il trattamento delle diverse tipologie di disagio psichico e relazionale, sia per la crescente domanda rispetto ad alcune patologie (disturbi del comportamento alimentare, ma anche dipendenze, depressioni, attacchi di panico e nevrosi) sia per i limiti delle risorse messe a disposizione dal sistema pubblico. Più prudente e comunque diversificato è il giudizio relativo alla possibilità di operare nell'area della fisioterapia e in alcuni servizi di riabilitazione. Sicuramente meno univoche sono le considerazioni svolte dagli intervistati sulle altre aree di specialità ambulatoriali. La domanda è valutata in crescita ma, al contrario di

Figura 9.4 **Percentuale sul fatturato delle principali linee di attività del Centro Medico Santagostino**



quanto avviene per le cure odontoiatriche, emergono alcune perplessità sulle effettive capacità di poter fornire servizi a condizioni competitive per gli utenti. Inoltre, alcuni intervistati segnalano la tendenziale rischiosità del tentativo di andare alla ricerca di «nicchie» lasciate scoperte dalle strutture private già presenti sul territorio dal momento che, ragionevolmente, si tratta delle aree a minor margine di redditività.

La scelta relativa al portafoglio di servizi di ogni centro si inserisce in una idea complessiva che concorre a definire scelte di posizionamento, attuali e prospettive, e inizia a esprimere vocazioni specifiche.

Nel caso del Centro Medico Santagostino l'idea trainante è quella di *One Stop Shop* con l'offerta di una gamma pressoché completa di specialità per gli adulti e i bambini, seppur privilegiando le specialità meno coperte dal SSN (odontoiatria, psicoterapia e logopedia) o dove il pubblico ha lunghe liste d'attesa. Tale posizionamento deriva dalla considerazione che «nelle aree di medicina specialistica e di medicina generale si stanno allungando i tempi di attesa, sta diminuendo la velocità della visita (minore qualità) e si sta accentuando il livello di personalizzazione del servizio con conseguente rottura del rapporto fiduciario». Lo Sportello Salute del centro integra l'offerta dell'equipe multidisciplinare con servizi di consulenza, tutoring e orientamento per l'accesso al sistema pubblico, ivi inclusi i servizi di mediazione linguistica per i pazienti stranieri.

Nel caso di WIS, che ha un piano di sviluppo industriale sull'intero territorio nazionale, la scelta degli ambiti d'intervento prende le mosse dallo slogan «bocca, corpo e mente» e converge sullo sviluppo di studi odontoiatrici e di centri di medicina polispecialistica. Le due linee di servizio possono essere compresenti all'interno di un'unica struttura di servizio composita. Le specialità di base pre-

viste nei centri affiliati sono: cardiologia, dermatologia, dietologia, ecografia, geriatria, oculistica, ostetricia ginecologia e urologia. Accanto alle linee di specialità base, i poliambulatori Welfare Italia possono ricomprendere anche due linee di attività distintive: i servizi per la riabilitazione (ortopedia, fisiatria, fisioterapia e massofisioterapia), pensati in particolare per dare risposta ai bisogni della crescente popolazione anziana e i servizi di psicoterapia (psichiatria, psicoterapia e *counseling* familiare), per intervenire sui sintomi emergenti di disagio che il sistema pubblico fatica a intercettare. Per Welfare Italia la scelta di operare nell'ambito della «sanità leggera» è precisata localmente, in ambito comunitario, attraverso la costruzione di portafogli d'offerta differenziati per i poliambulatori affiliati, il quanto più possibile aderenti ai fabbisogni dei luoghi di erogazione. La vocazione locale dei centri intende intercettare le criticità per la famiglia in tutte le fasi della vita, dall'infanzia all'anzianità, e costituisce la leva di sviluppo sul territorio di un'offerta più ampia, che contempla altre aree di bisogno sociale emergenti. Le linee d'intervento di sanità leggera sono infatti pensate come un *entry level*, poiché già nel medio periodo, se lo *start up* avverrà secondo i programmi, WIS intende sviluppare con la medesima formula di mercato servizi in campi quali *long care*, *child care*, *housing*, tempo libero e turismo solidale.

Nel caso di Nuova Città la scelta è di mantenere un profilo di specialità strettamente correlate all'ambito clinico, quindi non chirurgico, o comunque collegate a percorsi di cura relativamente autonomi dall'ospedale. L'oncologia, ad esempio, è volutamente esclusa dalla gamma di servizi offerti. Tale scelta si accompagna a un'idea di posizionamento su patologie che presuppongono approcci multidisciplinari, a livello ambulatoriale o domiciliare, e a basso contenuto tecnologico. L'idea è di crescere attorno ad alcuni filoni di specialità – attualmente le più attrattive sono la dermatologia, la psichiatria la cardiologia, l'otorinolaringoiatria e l'ortopedia – e sviluppare sinergie d'azione per patologie.

Da ultimo va sottolineata la scelta del Centro Santagostino e di Nuova Città di prevedere la medicina del lavoro quale ulteriore area di intervento. Il Centro Santagostino, ad esempio, offre alle aziende un servizio completo di assistenza e gestione per la tutela del lavoro secondo le normative vigenti e forme di convenzioni e accordi ad hoc. Nel caso di WIS si configura invece una possibile ulteriore linea di attività, definita di medicina di comunità, che ricomprende la medicina del lavoro, la medicina dello sport, il centro prelievi e la medicina di laboratorio.

9.4.3 Il posizionamento rispetto al prezzo

Il prezzo è l'indicatore essenziale per ogni prodotto *low cost* e deve tendenzialmente essere del 30-50% inferiore a quello di prodotti analoghi offerti alla fascia medio-alta del mercato (parametro Assolowcost). In tutti i casi selezio-

Tabella 9.4 **Il posizionamento rispetto al prezzo**

Centro Santagostino	Miglior rapporto qualità prezzo a Milano Tariffe calmierate, inferiori del 30-50% al mercato privato milanese (visite specialistiche a 60 €, sedute di psicoterapia, logopedia e fisioterapia a 35 €)
WIS	Un'offerta completa di servizi a marchio di qualità a tariffe accessibili Il Piano di Impresa di WIS fissa il target price dei servizi sanitari al 30% in meno rispetto alla media del mercato locale e prevede di re-investire gli utili nelle comunità sia per ampliare la gamma di servizi sia per favorire la diminuzione dei prezzi.
Medical Division	7 specialisti al tuo servizio. Al costo di un cappuccino al giorno per la tua cura, la tua salute Il pacchetto base MD STAR è di 570 € anno (per 7 specialità). Sono offerti altri pacchetti: MD Family (per 3,4,5,6 persone), MD GOLD (per 10 specialità) e SPECIAL (99 € anno per ogni specialità aggiuntiva).
Nuova Città	Un'assistenza sanitaria di qualità a prezzi accessibili a tutti 45 € per unavvisita medica specialistica (benchmark: ticket 30 €, prezzo dei professionisti privati non meno di 70 €)
Amico dentista	I tuoi denti al giusto prezzo Dopo aver effettuato alcune indagini su centri di buon livello ungheresi e croati, gli ideatori di questa iniziativa hanno calcolato la media dei prezzi delle prestazioni più rilevanti, alla quale hanno aggiunto un 20% in più che corrispondeva, all'incirca, alle spese che queste persone avrebbero dovuto affrontare per il viaggio e il soggiorno all'estero.
Progetto Dentale Apollonia	Il primo network italiano di cliniche low cost di alta qualità Ciò che contraddistingue questo network è la politica di tariffe basse, rispetto a quelle normalmente praticate presso gli studi privati, con una sostanziale differenza del 30-40% in meno che, per certi trattamenti, arriva anche a oltre il 50%.

nati, la comunicazione aziendale richiama espressamente l'attributo della convenienza delle tariffe e queste si posizionano, con formule e proposizioni diverse, al di sotto del 30% e oltre dei prezzi del mercato privato locale (Tabella 9.4). La formula più innovativa e aggressiva è quella di MD, che con l'intento di «rendere accessibile a tutti un privilegio per pochi», offre un numero illimitato di prestazioni di prevenzione e cura a fronte di un tesseramento annuale. Le condizioni del pacchetto base (570 €) prevedono la possibilità di selezionare un numero massimo di 7 specialità mediche, tra le 20 offerte, nella città prescelta.

In sintesi, le politiche di prezzo si declinano in 3 differenti formule:

- ▶ tariffa a prestazione, con i costi per gli utenti collegati ai singoli accessi. È la soluzione più frequentemente adottata nei casi analizzati e quella praticata da numerosi studi odontoiatrici *low cost* per le prestazioni di igiene, prevenzione e conservative;
- ▶ tariffa collegata a percorsi di intervento più complessi. È utilizzata principalmente dagli studi odontoiatrici per gli interventi di ortodonzia e implantologia, che tipicamente si sviluppano su più accessi. In prospettiva, anche WIS

vorrebbe sperimentare tale soluzione nell'intento di offrire agli utenti un «pacchetto» completo in cui la tariffa praticata al paziente si collegherebbe a un percorso sanitario di risoluzione di un determinato bisogno di salute;

- ▶ tariffa *flat* e quindi quota fissa annuale che ricomprende un numero illimitato di prestazioni.

È evidente come le diverse politiche di *pricing* possano determinare rischi più o meno elevati di induzione al consumo, piuttosto che barriere occulte all'accesso alle prestazioni. Nel caso delle tariffe a prestazione, gli associati Assolowcost sono impegnati a garantire la piena trasparenza dei prezzi per tutta la gamma di specialità per contrastare il fenomeno dei cosiddetti «prezzi civetta». Per quanto concerne la tariffa *flat* di Medical Division, il contratto garantisce il diritto di ricevere la prestazione richiesta entro un tempo massimo di 45 giorni e prevede inoltre uno speciale codice di urgenza, di cui il cliente può avvalersi fino a un massimo di tre volte. Per l'odontoiatria lo stesso contratto indica la tempistica massima di realizzazione di alcuni interventi. Ad esempio, per i lavori protesici si preventiva una durata massima di 6 mesi dalla diagnosi e per l'implantologia di 12 mesi.

9.4.4 L'idea di qualità e lo standard di servizio

Nelle esperienze analizzate, il «basso prezzo» si accompagna a un'idea altrettanto forte di qualità del servizio. La manifestazione più evidente è nei contenuti della comunicazione di marketing, in cui risaltano gli attributi di professionalità dei medici e di aggiornamento tecnologico, veicolati come altrettante forme di garanzia per l'utente. Inoltre, il *low cost* sanitario non solo esclude un depauperamento del *core* tecnico della prestazione, ma a differenza di quanto accade in altri settori, come ad esempio quello aereo, non elimina alcuni elementi accessori dell'offerta. Emblematico il caso del Centro Medico Santagostino, che propone agli utenti un modello di offerta (Riquadro 9.4) capace di attrarre un profilo di pazienti di livello socio-economico medio e medio-alto, composto per circa il 70% da donne e per il 60% da popolazione giovane tra 20 e 50 anni.

L'idea di qualità è ovviamente precisata in vario modo nei diversi casi analizzati (Tabella 9.5), ma rimangono evidenti alcune attenzioni comuni nella promessa agli utenti: semplicità di accesso *in primis*, ma anche qualità relazionale e livelli di *customer service* più attraenti o comunque paragonabili a quelli dell'offerta sanitaria privata di eccellenza.

Nella maggior parte dei casi analizzati, gli intervistati hanno sottolineato il fatto che, al di là delle singole specializzazioni e finalità che i progetti intendono perseguire, l'offerta proposta debba innanzitutto essere qualitativamente diversa da quelle attualmente esistenti sul mercato. I fattori critici di successo, si sostiene, non possono essere ascritti a una mera logica di convenienza economica, ma de-

Riquadro 9.4 **La «promessa agli utenti» del Centro Medico Santagostino**

Qualità medica di primo livello
Centralità della relazione medico-paziente favorita da tempi di visita adeguati
Possibilità di scegliere il medico e mantenere una relazione continuativa nel tempo
Tecnologie all'avanguardia
Prenotazioni semplici (telefono, web, in loco, farmacie, ecc)
Liste di attesa brevi
Orari di apertura ampi
Accessibilità per persone con disabilità
Area giochi per bambini
Biblioteca della salute
Postazioni internet e connessione Wi-fi
Servizi gratuiti di mediazione culturale e consulenza

vonno necessariamente configurare un modello di offerta radicalmente nuovo, che preveda la presa in carico complessiva di individui o famiglie. «Sappiamo – ha dichiarato il Dr. Daniele Aprile, Direttore Sanitario dell'ambulatorio Nuova Città – che ci sono molti utenti che si trovano in difficoltà poiché di fatto non sanno a chi rivolgersi. Da un lato, l'offerta pubblica è poco adeguata alla domanda; dall'altro, il privato ha costi che, in tempi di crisi, in pochi possono permettersi. Pertanto il paziente è costretto a sacrificare tempo e denaro per una visita. Inoltre, nella struttura pubblica il tempo dedicato alla visita è molto breve e quasi sempre risulta difficile incontrare lo stesso medico, con una inevitabile spersonalizzazione e perdita del rapporto di fiducia». L'insistenza di tutti gli intervistati è soprattutto sul crescente bisogno di qualità relazionale, capacità di orientamento e costruzione di un rapporto fiduciario che ambisce a «unire una medicina specialistica di alto livello con la capacità di ascolto e accoglienza». Tale tensione è evidente nello standard di servizio del Centro Santagostino o nel progetto di WIS, che propone una visione olistica e relazionale del servizio. Come sottolinea il Direttore Operativo di WIS «la nostra cultura è fondata sulla centralità della persona e delle sue relazioni e si declina innanzitutto rispetto ai clienti».

La qualità complessivamente intesa è inoltre la prima leva utilizzata dai poliambulatori e dagli studi odontoiatrici analizzati per distinguersi da altre iniziative targate *low cost* che si stanno moltiplicando sul territorio nazionale o da un servizio pubblico che presenta spesso bassa qualità delle condizioni di fruizione del servizio (ambiente poco curato, lunghe liste di attesa, scarsa personalizzazione). La semplicità di accesso, la durata adeguata della visita (anche fino a 40 minuti) e l'elevato contenuto relazionale si combinano quindi con l'elemento distintivo del prezzo. A tale riguardo è opportuno osservare che, diversamente

Tabella 9.5 **Lo standard di servizio dei Poliambulatori analizzati**

	Centro Santagostino	Nuova Città	MD	WIS
Livello tecnologico	Elevato	Elevato	n.d.	Elevato
Qualità relazionale	Elevata	Elevata	Elevata	Elevata
Semplicità di accesso	Elevata	Elevata	Elevata	Elevata
Possibilità di scelta del medico e flessibilità di accesso	Elevata	Elevata	Ristretta	Elevata
Tempi di accesso	Entro 7 gg	Entro 7gg	Entro 45 gg	Entro 7gg
Durata visita	Adeguate	Adeguate	Adeguate	Adeguate
Livello assistenza e servizi al cliente	Elevata	Elevata	n.d.	Elevata
Shopping experience	Si	Si	No	Si
Brand experience	Si	No	Si	Si

dal linguaggio del *low cost* più tradizionale, nei casi analizzati la comunicazione sul prezzo è sempre abbinata a un'idea di qualità. È infatti convinzione comune che l'aumento e la diffusione di iniziative *low cost* potrebbe creare, come appare già evidente per il settore dell'odontoiatria, un forte pregiudizio sulla propria attività. Così, ad esempio, nei casi di Nuova Città e di WIS la comunicazione sul prezzo è stata progressivamente orientata verso una maggiore sottolineatura della valenza sociale dell'iniziativa. Analogamente, appare evidente l'opportunità di collocarsi nella sfera delle iniziative *low cost high value* di Assolowcost prescelta da Progetto Dentale Apollonia, Amico Dentista e Centro Medico Santagostino. Una certa idea di qualità – sintetizzata dai pilastri dello slogan «prevenzione, sicurezza, efficienza e risparmio» – è veicolata anche nel singolare caso di MD, che pur adotta una comunicazione particolarmente aggressiva.

Nel caso di WIS e del Centro Santagostino, infine, è da segnalare la particolare attenzione alla progettazione dei luoghi di fruizione e quindi l'importanza attribuita al carattere fortemente emozionale, simbolico e valoriale della *shopping* e *brand experience*. Dimensioni che sono solo parzialmente presidiate nel caso di MD – non dispone di una propria sede istituzionale e si affida alle scelte degli studi medici privati – e di Nuova Città, che tuttavia propone l'idea di «un posto familiare, che non si può costruire a tavolino, e che funziona per i pazienti della comunità di riferimento, perché coerente con la loro cultura».

9.4.5 I medici e l'organizzazione

Tutti i poliambulatori analizzati hanno investito particolarmente nel reclutamento del personale medico per garantire fin dalla fase di *start up* un livello adeguato di

attrazione della domanda, spesso ricercando professionisti di fama e con una reputazione consolidata. Il Centro Santagostino ha potuto contare sull'iniziale contributo di importanti professionisti e sul coinvolgimento di diverse realtà ospedaliere e universitarie di Milano, che hanno garantito la disponibilità di specialisti di provata competenza e esperienza (Riquadro 9.5). Anche nel caso di Nuova Città, un gruppo di medici di strutture ospedaliere ha deciso di offrire la propria competenza e disponibilità, condividendo l'idea di «garantire al cittadino una salute migliore e coniugare l'assistenza specialistica con l'aspetto umano e relazionale».

Va tuttavia osservato che i medici, che sono sicuramente il fattore *core* per la produzione dei servizi sanitari della cosiddetta sanità leggera, non formano il nucleo centrale delle organizzazioni analizzate e tendono piuttosto a essere considerati partner esterni. Per le esperienze poliambulatoriali osservate – e, specificamente, WIS, Centro Santagostino e Nuova Città – ciò è in parte spiegabile per il fatto che esse si considerano come imprese di servizi nel senso più ampio del termine, in cui la produzione sanitaria non è solo prestazione specialistica, ma sistema di offerta più allargato ad alta componente manageriale, relazionale e comunicativa. Coerentemente a tale impostazione, il rapporto di lavoro, pur contemplando diverse formule di remunerazione, non prevede contratti a tempo indeterminato per i medici. Nel caso, ad esempio, del Centro Santagostino sono previste tre formule contrattuali, legate al consolidamento del rapporto di lavoro e delle attività del centro:

- ▶ una prima fase, che prevede una forma di remunerazione a prestazione e che presuppone un co-investimento dell'azienda e del professionista nella crescita;
- ▶ una seconda fase, che prevede una remunerazione fissa (il cosiddetto «vuoto per pieno») con una tariffa oraria più bassa di quella per prestazione, ma di garanzia per il medico;
- ▶ una terza fase, prevista solo nella prospettiva di un futuro ampliamento delle sedi, che contempla anche forme di assunzione a tempo indeterminato.

Analogha scelta è stata seguita da Nuova Città, che comunque prevede attualmente una sola forma di remunerazione a prestazione (circa il 70% della tariffa base di 45 €). Per MD, diversamente, si configura una mera relazione di tipo commerciale in cui la società «compra» a un prezzo fisso la capacità produttiva inutilizzata degli studi medici. Una parte variabile della remunerazione dei medici è integrata con una percentuale della quota associativa pagata dai clienti.

Dovendo i medici operare secondo un preciso standard organizzativo e di servizio, senza essere dipendenti, la soluzione ricercata nei diversi casi analizzati è stata quella di progettare attentamente i sistemi di selezione, valutazione e motivazione del personale e, più in generale, il modello organizzativo e operativo sottostante.

Riquadro 9.5 **Struttura del personale medico del Centro Santagostino**

Composizione delle equipe:

Un Medico Senior, che condivide le finalità del progetto e si fa garante della qualità. Ogni senior di specialità non è impegnato full-time e non deve necessariamente visitare i pazienti, ma si fa carico della supervisione clinica dei casi e del rispetto degli standard e dei protocolli procedurali. *Un gruppo di giovani* medici specializzati, con impieghi precari e a tempo ridotto in reparti ospedalieri, a cui è offerta un'integrazione economica interessante, oltre che la possibilità di sviluppare una forte esperienza professionale.

Modalità di formazione delle equipe:

Per il reclutamento degli specialisti il Centro fa riferimento ai medici *Senior* inseriti nelle strutture ospedaliere della città. Lo sforzo è di costruire ambulatori specialistici che non siano la somma di singoli professionisti, ma veri e propri *team*, che lavorino con una metodologia comune, un sistema di supervisione che dia qualità, una gamma di competenze che consenta di fornire tutte le prestazioni ambulatoriali di maggiore impatto. «Riteniamo che questo metodo possa costituire un valore aggiunto anche rispetto ai soggetti sanitari privati tradizionali. I professionisti del centro verranno selezionati non solo sulla base delle loro competenze puramente tecniche, ma anche per la disponibilità di coinvolgersi in un progetto fortemente sperimentale, in cui gli aspetti relazionali e la modalità di conduzione dello staff sono parte integrante della nostra idea di efficacia medica».

Modalità di remunerazione dei medici:

Mentre i medici *Senior* aderiscono al progetto non per una motivazione economica, ma per il desiderio di far parte di un progetto innovativo di interesse professionale e sociale, la retribuzione degli specialisti risulterà interessante per i giovani medici. Gli specialisti, infatti, oltre ad ottenere una significativa integrazione economica, avranno l'occasione di lavorare in un ambiente di elevata qualità professionale e all'interno di un progetto innovativo.

Tabella 9.6 **I requisiti strutturali, formali, finanziari e organizzativi per i franchisee di WIS**

<p>1. Struttura societaria</p> <p>a. Aspetti normativi</p> <ul style="list-style-type: none"> – forma societaria – oggetto <p>b. Meccanismi di governance e di controllo</p> <p>c. Gestione amministrativa e regime fiscale</p>	<p>Forma societaria:</p> <p>Le peculiarità di un'attività sanitaria sono meglio affrontabili (in senso imprenditoriale generale, ma anche amministrativo, fiscale e in relazione al regime autorizzativo) da una struttura che ha questo tipo di attività come oggetto unico o prevalente della propria attività d'impresa. Le possibili forme sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impresa sociale srl o spa • Società cooperativa sociale (soci sia persone giuridiche che persone fisiche) • Consorzio di imprese sociali, società cooperative (soci persone giuridiche) • Fondazioni operative (organizzazioni con patrimonio rilevante e sanitarie storiche)
<p>2. Patrimonializzazione e disponibilità di capitale</p>	
<p>3. Figure professionali nodali</p> <p>a. Il Manager Operativo del Centro</p> <p>b. Il Direttore Sanitario del Centro</p>	<p>Figure professionali nodali:</p> <p>Il modello complessivo di WIS fornisce tutti gli strumenti per la selezione, la formazione, l'aggiornamento continuo e la valutazione delle figure professionali coinvolte, sia in fase di <i>start up</i> che di gestione a regime del centro affiliato. In fase di richiesta di affiliazione, per garantire un corretto avvio del centro, in grado di rispettare tempi, contenuti e qualità del modello WIS, è fondamentale che la società che intende affidarsi abbia la disponibilità di due figure professionali, nodali nell'impianto organizzativo complessivo, e dalle quali dipendono poi tutti gli aspetti gestionali (il Manager Operativo) e sanitari (il Direttore Sanitario).</p>
<p>4. Requisiti strutturali</p> <p>a. Studi Odontoiatrici</p> <p>b. Poliambulatori specialistici</p> <p>c. Centri Specialistici e Odontoiatrici</p>	

Fonte: Blue Box WIS

Il modello complessivo di WIS prevede una serie di requisiti strutturali, formali, finanziari e organizzativi per far parte della rete di centri *franchisee* (Tabella 9.6). Mantiene inoltre un forte governo centrale con sistemi di controllo rigorosi e una precisa definizione degli strumenti per la selezione, la formazione, l'aggiornamento continuo e la valutazione del personale (Tabella 9.7). Il Corporate Centre opera il trasferimento del *know how* necessario, fornisce gli strumenti e le metodologie e dà supporto *on demand* da remoto. Per garantire contenuti e qualità del modello WIS è considerato fondamentale che la società che intende affiliarsi abbia la disponibilità di due figure professionali considerate «nodali» nell'impianto organizzativo complessivo: il Manager Operativo e il Direttore Sanitario. Queste due figure devono rispondere a una serie di requisiti minimi e devono essere disponibili a partecipare a tutti i momenti formativi, di monitoraggio, verifica e programmazione organizzati da WIS. I profili di ruolo attesi sono precisamente definiti sia per le due figure chiave, sia per le diverse figure professionali che operano nei centri WIS: medico specialista e odontoiatra, ASO e infermiere professionale, addetto all'accoglienza, assistente amministrativo. Obiettivo di WIS è implementare un sistema di selezione che permetta di individuare persone dotate di attitudini caratteriali, motivazionali e comportamentali tali da poter essere formate nel corso del tempo a «saper essere persone WIS».

Nell'organizzazione di Medical Division, particolare risalto è dato alla figura del «cacciatore di teste» che recluta i professionisti medici e valuta le dotazioni strutturali e tecnologiche degli studi privati. Su ogni piazza sono presenti alcuni

Tabella 9.7 **Modelli, servizi e strumenti di WIS per gli affiliati**

Modelli	Servizi	Strumenti
<i>Modello di business</i> , che definisce l'infrastruttura, l'offerta, i clienti e la finanza del Centro	<i>Prodotti finanziari</i> appositamente concepiti per finanziare il processo di costituzione e sviluppo dei Centri (mutui, leasing) e per sostenere la capacità di spesa dei clienti (credito al consumo)	<i>Sistema informativo direzionale</i> , che organizza e veicola i flussi informativi tra centro e periferia e consente il controllo delle prestazioni sia tecniche sia economiche
<i>Modello di gestione dei processi di servizio</i> , che sostanzia e traduce in precisi comportamenti organizzativi l'aspirazione di Welfare Italia a offrire servizi di qualità ai propri clienti	<i>Marketing e comunicazione</i> per accompagnare il lancio e sostenere con continuità l'afflusso della domanda <i>Acquisti di forniture sanitarie</i> per approvvigionare i Centri con le migliori strumentazioni sanitarie a costi contenuti <i>Autorizzazioni e obblighi amministrativi</i> rilevanti per l'attività sanitaria <i>Coperture assicurative</i> e indicazioni puntuali sui rischi connessi alla conduzione dell'attività sanitaria <i>Lay out</i> fisico dei Centri per affermare l'identità dell'impresa e l'identità di marca <i>Formazione</i> , iniziale e continua Supporto alla scelta dell' <i>assetto societario</i>	<i>Contratto di affiliazione commerciale</i> , che definisce e regola diritti e doveri delle parti e costituisce la base dell'ordinato funzionamento dell'organizzazione <i>Selezione del personale</i> , che consente di scegliere in modo efficace ed efficiente la principale risorsa produttiva <i>Business Plan</i> , che definisce il progetto d'impresa.

Fonte: Blue Box WIS

professionisti di successo (che praticano ai loro clienti diretti tariffe fino a 180 € per una visita specialistica). Anche nel caso di MD, nella selezione dei professionisti medici sono considerate particolarmente le qualità relazionali e non sono rari i casi segnalati di risoluzione del rapporto a seguito di lamentele da parte dei pazienti. Il nucleo centrale dell'organizzazione è composto, dai quattro componenti della famiglia di imprenditori, dal «cacciatore di teste», dagli addetti al *call center*, dal responsabile della funzione commerciale e dai suoi quattro collaboratori – che si occupano di gestire la rete di venditori e del loro aggiornamento sui nuovi prodotti – e da un addetto ai protocolli odontoiatrici. Per l'odontoiatria sono infatti previste procedure operative e protocolli di acquisto che presuppongono un certo grado di adattamento e cambiamento nelle prassi degli studi odontoiatrici affiliati. Infine, centrale per le strategie di marketing e commerciali è il gruppo di sette *web designer*. La peculiarità del modello è anche leggibile nel sistema di remunerazione *multilevel* con cui i venditori guadagnano all'aumentare delle vendite proprie e dei loro collaboratori.

Nel caso di Nuova Città, la componente principale dell'organizzazione è costituita, oltre che dalle figure del vice-Presidente e del Direttore Sanitario del centro, dal personale della cooperativa che è motivato dall'opportunità di crearsi un lavoro stabile nel tempo. Lo stesso Direttore Sanitario rileva «prima erano volontari, adesso ognuno di loro è manager della cooperativa». La loro retribuzione è fissata al minimo contrattuale, ma si ipotizza possa aumentare coerentemente allo sviluppo dell'attività e al consolidamento dell'iniziativa. L'organizzazione è fondata sul controllo reciproco, in un contesto che facilita l'adozione di comportamenti virtuosi e di *self management*. La comunicazione è molto curata dal vice-Presidente e dal Direttore Sanitario: «siamo psicoterapeuti; per cui siamo facilitati nel gestire le relazioni, si discute molto e ci si confronta». Un tratto caratterizzante è «la gestione casalinga» dell'iniziativa imprenditoriale, che comunque non trascuri di presidiare le dimensioni etiche, di qualità e di orientamento al servizio che permeano tutta l'organizzazione.

Il Centro Santagostino è una *start up* a elevato contenuto manageriale. L'organizzazione prevede un *board* di cui fanno parte, oltre al Presidente, al vice-Presidente e all'Amministratore Delegato, anche il responsabile commerciale e il responsabile della comunicazione e marketing. L'organizzazione è composta da 10 persone che lavorano a tempo pieno e prevede la presenza stabile di un direttore sanitario e del *customer manager*. I medici senior d'area non svolgono necessariamente attività sanitaria nel Centro, ma selezionano i medici e controllano la qualità dell'assistenza (Riquadro 9.6). Il modello operativo di funzionamento segue l'approccio proprio della filosofia *lean thinking*⁵: assegna un forte potere contrat-

⁵ Il Lean Thinking è una filosofia organizzativa che trae origine dal Toyota Production System, modello organizzativo-manageriale che ha consentito all'impresa giapponese di divenire leader nel suo mercato. Per un approfondimento si veda in particolare Jones e Womack (2003).

tuale al cliente, ricerca flessibilità, predilige la visione per processi dell'organizzazione e ricerca il miglioramento continuo. Tale modello presuppone necessariamente un diverso orizzonte culturale dell'organizzazione in cui il «pensare facile» si traduce in una attività manageriale di semplificazione, di lotta a tutte le forme di spreco, di particolare attenzione ai dettagli e di forte orientamento all'azione, di cui l'elevata efficienza operativa è solo uno dei risultati più evidenti.

Le iniziative *low cost* analizzate presentano sicuramente i vantaggi di un contesto organizzativo con minori vincoli rispetto al sistema pubblico, soprattutto nel rispondere in maniera flessibile e puntuale a una domanda di servizi in sempre più rapida trasformazione. Come rileva in particolare l'amministratore delegato del Centro Santagostino: «Siamo attrattivi per la qualità del lavoro più che per gli *economics*. La carriera non è predefinita e non è comparabile a quella di un grande ospedale. Essendo una *start up* la promessa per il personale medico è di crescita con un modello meritocratico». A differenza del privato tradizionale, le iniziative analizzate sembrano inoltre godere di un capitale di fiducia e di motivazione che dà un «qualcosa in più». Si tratta di un dato fondamentale dal momento che, come hanno sottolineato tutti gli intervistati, è importante avere la capacità di attrarre personale di elevata professionalità.

9.4.6 La formula imprenditoriale

I casi analizzati, pur nella loro varietà, sembrano suffragare la praticabilità e la plausibilità di modelli di *business* in cui l'idea di opportunità e sostenibilità sociale sia parte integrante della formula imprenditoriale (Coda, 1984). Nei diversi casi appare inoltre evidente come la dimensione economica e l'aderenza alle aspettative degli attori sociali legati alle sorti dell'impresa (in particolare, lavoratori e investitori) possono utilmente alimentarsi a vicenda. Le differenti prospettive iniziali delle iniziative analizzate determinano invece più significative differenze nel posizionamento ricercato rispetto al più ampio contesto sociale di riferimento (Tabella 9.8). Nei casi di WIS, Centro Santagostino e Nuova Città, il valore aggiunto della formula *low cost* si contraddistingue per specifici «vantaggi differenziali» percepibili non solo da coloro che vi aderiscono più direttamente, ma anche dal sistema degli attori istituzionali che ne possono legittimare l'azione e fornire risorse necessarie. Le esperienze indagate sembrano in particolare confermare la criticità di alcuni *driver* dell'innovazione sostenibile identificati dalla letteratura più recente (Nidumolu, Prahalad, Rangaswami e Clinton, 2009). Tra di essi, si impongono all'attenzione almeno tre fattori:

- a) la relativa precocità e l'orientamento di lungo periodo degli impegni e investimenti in strategie di sostenibilità, entrambi senza dubbio favoriti dal ruolo ricoperto dalle istanze sociali emergenti e ricomprese nella visione iniziale dell'attività d'impresa;

- b) la consapevolezza e la condivisione collettiva, a tutti i livelli dell'organizzazione, intorno al significato degli obiettivi generali e delle specifiche modalità operative richieste dalle strategie di sostenibilità;
- c) l'incorporamento degli standard di azione sostenibile e delle soluzioni innovative adottate nelle formule organizzative e nei processi primari e generali di supporto.

Tabella 9.8 I modelli di *business* emergenti nei casi «non odontoiatrici»

Investitori e loro attese	Filosofia di fondo	Prospettive
Centro Medico Santagostino		
L'azionista è un fondo di capitali «pazienti e responsabili» che non richiede un particolare ritorno dell'investimento, ma che mette a disposizione managerialità e relazioni pubbliche per sviluppare l'idea progettuale di «un nuovo modo di fare medicina».	Modello di business con una valenza etica che punta all'equilibrio economico e all'autonomia finanziaria, ricercando «marginalità basse e alti volumi».	Sviluppare l'idea progettuale e crescere aprendo altri centri simili sul territorio nazionale, esportando il modello operativo di funzionamento.
Welfare Italia Servizi		
Tra gli investitori di Welfare Italia ci sono Intesa San Paolo e Banca Popolare. Lo statuto di WIS assegna comunque il controllo della società a CGM indipendentemente dall'entità del contributo finanziario dei singoli soci. Gli utili netti risultanti dal bilancio di WIS sono accantonati in un'apposita riserva che deve essere utilizzata per il finanziamento di nuove iniziative, nonché per il mantenimento e lo sviluppo dei progetti esistenti. Tale meccanismo di reinvestimento degli utili è espressamente sancito dallo statuto WIS. Per statuto WIS reinveste l'80% degli utili netti da bilancio sui territori in cui afferiscono le iniziative sviluppate.	WIS sviluppa un modello di business la cui vocazione è la medesima dell'impresa sociale. Nasce con l'idea di «fare welfare senza fare debito pubblico» facendo utili attraverso un business model rigoroso e reinvestendo per propria scelta tali utili nelle comunità stesse ove si sono prodotti, in forma sia di servizi migliori sia di facilitazioni all'accesso dei clienti ai servizi.	Svilupparsi sull'intero territorio nazionale e costruire e cogliere due grandi opportunità: 1) essere capace di intercettare le esperienze di domanda aggregata; 2) riuscire a promuovere un marchio di qualità che possa essere spendibile per altre tipologie di servizi, che integrano il progetto più complessivo di rispondere ad altre aree di bisogno sociale emergente.
Nuova Città		
È una Cooperativa Sociale di tipo A (Onlus) che considera il profitto non come scopo ma come strumento per fornire ulteriori risposte ai bisogni della Comunità.	Come operatore del Terzo Settore intercetta sul territorio i bisogni emergenti, sviluppa un'offerta di servizi qualificati, adotta forme di gestione democratica e cerca di conquistare una propria autonomia economica sottoponendosi alle logiche proprie del mercato, ma mantenendo intatti i propri valori di cooperazione sociale.	Potenziare ed espandere l'attività senza ricorrere a investitori che ricercano il profitto.
Medical Division		
È un'iniziativa di una famiglia di imprenditori che ha richiesto un basso investimento iniziale.	L'impresa configura un'iniziativa commerciale che propone la saturazione della capacità produttiva degli studi medici privati e cresce con un sistema di marketing basato su un programma di remunerazione multilevel.	Crescere fino a coprire il 25% della domanda nazionale e aprire anche all'estero. Diventare una spa per dare maggiore sicurezza agli utenti e vincere la diffidenza.

Questi tensori – particolarmente evidenti nei modelli di *business* adottati da Centro Santagostino, WIS e Nuova Città, ma anche da Amico dentista e Progetto Dentale Apollonia che aderiscono al codice etico di Assolowcost – sono anche il principale motore dell’innovazione e ne contraddistinguono l’azione. I principi di sostenibilità e opportunità sociale divengono i cardini della competitività e dei processi di posizionamento nel mercato e configurano un peculiare posizionamento nel più ampio sistema istituzionale di riferimento.

9.5 Verso una definizione di low cost per la sanità

Il *low cost* in sanità, con le sue diverse accezioni e denominazioni (Tabella 9.9), sembra essere, nelle esperienze analizzate, prevalentemente inteso come una iniziativa di valore sociale che pone attenzione agli aspetti di qualità funzionale e relazionale del servizio, oltre che di offerta a prezzi contenuti. Solo nel caso di MD il consumo di servizi sanitari, reso possibile dalla formula commerciale e interpretato come forma di prevenzione, è messo in primo piano. In tutti gli altri casi, il prezzo è soprattutto espressione di impegno sociale ed esiste una diffusa consapevolezza di alcune necessarie attenzioni. Tra quelle sottolineate dagli intervistati, si segnalano:

Tabella 9.9 L’idea di low cost per la sanità

Centro Santagostino	WIS	Nuova Città	MD
Definizione			
<i>Low cost high value di Assolowcost</i>	<i>Fare welfare senza fare debito pubblico</i>	<i>L’accento è sulla valenza sociale dell’iniziativa ...</i>	<i>Low cost ? Meglio no cost</i>
Orientamento			
Value for money	Idea di «costellazione di valore» di Normann	«dare prestazioni di valore alla comunità e creare posti lavoro»	La sanità è un mercato ...
Posizionamento			
Competitività nel circuito privato-privato, complementarietà ma indipendenza dal sistema pubblico.	Collaborazione e complementarietà rispetto al servizio pubblico e privato.	Collaborazione con il servizio pubblico e complementarietà con il servizio privato.	Competitività nel circuito pubblico e privato.
Approcci e strumenti peculiari			
Lean thinking	Business model rigoroso e commitment comunitario	Controllo sociale e imprenditorialità diffusa	Sistemi di remunerazione multilevel
←		→	
<i>Prezzo basso come espressione di impegno sociale</i>		<i>Prezzo basso come strategia commerciale</i>	

- ▶ la promozione di un'idea di educazione sanitaria, prevenzione e qualità dell'intervento che consenta di ridurre il numero di prestazioni sanitarie necessarie;
- ▶ la necessità di evitare forme di induzione al consumo;
- ▶ l'importanza mettere in primo piano la cura del paziente e non avere pressioni di tipo economico.

9.5.1 Ottimizzazioni e innovazioni

L'adozione di modelli di *business* basati sull'idea di opportunità e sostenibilità sociale costituisce sicuramente uno degli elementi di maggior innovazione e interesse delle esperienze analizzate. Essa connota le scelte strategiche lungo tutta la catena del valore, dall'individuazione dei *partner* e dei fornitori, al posizionamento rispetto al servizio pubblico e privato, fino alla configurazione di prodotto e ai modelli operativi di funzionamento. Tale scelta è sicuramente sovraordinata rispetto alla necessità di trovare «ottimizzazioni» in grado di sorreggere l'impostazione *low cost*, ma impatta anch'essa sulla dinamica dei costi attraverso elementi quali: l'attrazione e *retention* del personale e della clientela legata a valori contestuali ed emergenti; la capacità di stimolare l'innovazione, migliorare il clima aziendale e la performance dei dipendenti; l'incremento di valore per gli *stakeholders*.

Accanto a questa fondamentale linea di innovazione, ve ne sono altre più direttamente riferibili alle soluzioni organizzative adottate e alle ottimizzazioni introdotte a livello corporate e operativo. A livello operativo, si segnalano in particolare alcune aree privilegiate di intervento:

- ▶ **Meccanismi di selezione, valutazione e sviluppo del personale** incentrati su una *vision* chiara e una cultura organizzativa forte, che producono un elevato *commitment* in direzione del miglioramento continuo e di comportamenti organizzativi orientati agli standard di costo, di qualità funzionale e di servizio.
- ▶ **Modelli di remunerazione del personale** che favoriscono la convergenza degli obiettivi individuali verso quelli strategici e di sviluppo delle iniziative. Come sottolinea l'Amministratore Delegato del Centro Medico Santagostino: «...va considerato il fatto che in altri settori il costo del personale non è rilevante per formare la struttura dei costi dell'azienda. Nel nostro caso i costi sono in larga parte i costi delle persone: quindi in realtà quando si parla di *low cost* in sanità bisogna considerare che è il modello di remunerazione di queste persone che ti permette di fare dei prezzi soddisfacenti per gli utenti. Questo però non ci deve portare a selezionare medici non bravi. Non deve essere un modello in cui si scambia il costo con la qualità, ma deve essere un modello in cui si riesca ad avere costi contenuti e qualità elevata. Questo di fatto si ottiene attraverso i volumi. Normalmente, nel SSN laddove ci sono molti volumi si

abbassa la qualità. Noi abbiamo proposto l'opposto. Noi riusciamo ad innalzare la qualità innalzando i volumi, perché innalzando i volumi riusciamo a garantire una sicurezza di remunerazione ai medici».

- ▶ **Sistemi informativi** con software dedicati in grado di garantire al medico e alla struttura il massimo apporto di tipo informativo. Il sistema informativo di WIS, ad esempio, ha come funzione principale quella del *double loop learning*: non solo uno strumento per risolvere i problemi che si presentano, ma soprattutto un sistema in grado di «apprendere da ciò che si fa» con la capacità di rivedere anche gli assunti di base per affrontare in maniera più efficace le nuove sfide.
- ▶ **Portafoglio prodotti** che, seppur con diverse scelte e orientamenti (paragrafo 9.4.2), è precisamente pensato su una gamma di prestazioni sanitarie che consentono sinergie, favoriscono il pieno utilizzo della capacità produttiva e garantiscono la sostenibilità economica dell'iniziativa.
- ▶ **Miglior gestione dei processi produttivi**, attraverso la definizione di protocolli e procedure operative pensati e sviluppati nell'ottica di garantire la qualità e l'efficienza dell'intero percorso del paziente. I processi operativi oggetto di particolare attenzione per i casi analizzati sono i processi primari (o principali) che più direttamente contribuiscono alla creazione dell'output (il servizio offerto al paziente) e determinano il percorso del paziente da quando entra nel centro a quando finisce il processo di cura. Per ognuna delle fasi principali – contatto e prenotazione, accoglienza, visita e post visita – sono definiti i ruoli coinvolti, gli elementi misurabili, gli strumenti di controllo e/o i punti di particolare criticità e attenzione da presidiare. La prenotazione delle visite è sempre gestita in maniera centralizzata e consente alti livelli di programmazione della produzione.
- ▶ **Efficienza della struttura e del layout**, con caratteristiche progettate per ottimizzare la funzionalità dei centri. Il modello operativo di WIS, ad esempio, prevede alcune caratteristiche strutturali che gli spazi dei centri affiliati devono avere, quale garanzia della efficacia ed efficienza dell'impresa e della conseguente possibilità di raggiungere gli obiettivi economici, organizzativi e di visibilità posti nel *business plan*. I centri del Progetto Dentale Apollonia, analogamente, hanno definito una struttura per massimizzare l'utilizzo degli investimenti: 10 poltrone/studi che operano sei giorni alla settimana per oltre dieci ore al giorno. Nel disegno del *layout* dei centri analizzati sono inoltre ampiamente considerate le necessità operative che caratterizzano i percorsi di accesso e fruizione delle diverse specialità.
- ▶ **Legami con i clienti e i fornitori** basati su un'idea di collaborazione e attivazione di percorsi virtuosi di miglioramento. In tutti i casi analizzati viene effettuato un costante monitoraggio della soddisfazione dei clienti tramite questionari e, nel particolare caso del Centro Santagostino, sono anche valutati i livelli di soddisfazione dei medici per i vari aspetti della loro attività professionale presso il centro. I fornitori sono scelti sulla base di affidabilità e quali-

tà e, soprattutto per i casi odontoiatrici, costituiscono una delle principali leve di ottimizzazione, consentendo di ridurre gli «scarti» e quindi il carico orario medico per gli interventi complessi.

- ▶ **Forme di marketing e comunicazione** che utilizzano un *media mix* coerente con l'esigenza di massimizzare i risultati cercando di non impegnare parti rilevanti del budget in attività *non core*. Il canale di comunicazione privilegiato è il web che, come segnalano molti intervistati, meglio di altri consente il monitoraggio dell'investimento in comunicazione.

Le tipiche potenzialità legate alle economie di scala, di raggio d'azione, di apprendimento e delle tecnologie di produzione si manifestano con maggior evidenza a livello *corporate* (Stabell e Fjeldstad, 1998) nelle diverse soluzioni di network riferibili ai casi WIS, Progetto Dentale Apollonia, Amico Dentista e MD. Nel caso di WIS, in particolare, la cui scelta imprenditoriale è ricaduta sul modello del *franchising* di servizi, l'impresa madre agisce come affiliante (il *franchisor*), mettendo a disposizione della rete di imprenditori più piccoli (i *franchisee*), in cambio del pagamento di *royalty* periodiche, conoscenze, competenze e servizi utili ad avviare un'impresa autonoma, ma coordinata con quella del *franchisor*. In questo modo gli affiliati, a fronte di una parziale riduzione della propria autonomia imprenditoriale, possono avviare un'attività economica con costi molto inferiori a quelli di uno *start up* autonomo beneficiando, inoltre, dell'immediata ricaduta positiva che, in termini di clientela raggiungibile, comporta l'appartenere a un *network* già ampio e affermato con un marchio noto al pubblico. Simili sinergie di gruppo sono osservabili anche nei *network* odontoiatrici con vantaggi derivanti sia dalla centralizzazione di alcuni servizi sia dallo sviluppo di *know how* messo in comune per l'ottimizzazione dei modelli operativi di funzionamento. Amico Dentista, ad esempio, garantisce un numero elevato di prestazioni, soprattutto per quanto riguarda l'implantologia, grazie a procedure consolidate su cui grava periodicamente il controllo di qualità. Per l'area di intervento odontoiatrica, l'azione dei *network* si concretizza, inoltre, nelle politiche di acquisto e nell'efficiente gestione della catena della fornitura, a cui si accompagna la possibilità di stipulare accordi a condizioni preferenziali e con centri altamente qualificati.

9.5.2 Fattori critici di successo e convergenze

Nel caso dei servizi sanitari *low cost* sono osservabili alcuni segnali di avvicinamento alle formule di *low cost* affermatasi in altri settori. Di seguito si evidenziano i principali punti di attenzione e le tendenze emergenti.

- ▶ **Scelta di posizionamento** che intercetta una domanda latente, risponde a istanze sociali emergenti e qualifica alcune iniziative come *first mover*.
- ▶ **Prezzo**, a cui si accompagnano i requisiti di convenienza, chiarezza e traspa-

renza delle condizioni di fruizione dei servizi, con informazioni dettagliate e comprensibili per un pubblico non specializzato.

- ▶ **Customer orientation**, che si sostanzia nel riconoscimento e nella promozione dell'autonomia decisionale dei soggetti di domanda: l'utente è attore e protagonista della valutazione del servizio e il «passaparola» è considerato il principale veicolo di comunicazione. Ciò presuppone la volontà del cliente di condividere esperienze positive con altri e quindi un messaggio corretto e veritiero. Alla domanda su che ruolo abbia la pubblicità, il Presidente di Assolowcost ammette che è importante farsi conoscere, ma sostiene che le strutture *low cost* hanno soprattutto bisogno del passaparola: «un paziente soddisfatto porterà altri pazienti. Se siamo di fronte a un nuovo modo di intendere la produzione o a una moda, solo il tempo saprà dirlo. Certamente molto influirà il modo in cui le aziende che si definiscono *low cost* si comporteranno nei confronti dei clienti, gli unici che potranno decretare il successo o la fine di questo modello di *business*».
- ▶ **Configurazione di prodotto**, che si caratterizza per l'elevata componente relazionale del servizio, per la valorizzazione del rapporto medico-paziente e, inoltre, per i requisiti di facilità di accesso, accoglienza e capacità di presa in carico.
- ▶ **Shopping experience**, con allestimenti (*concept*) pensati per creare spazi riconoscibili e caratterizzati, dove la qualità si esprime anche attraverso l'equilibrio tra gli aspetti architettonici, funzionali e tecnologici. Il principio guida dell'allestimento dei Centri WIS, ad esempio, è, secondo il Direttore Operativo, quello «di rendere i servizi a misura d'uomo, di porre prioritariamente la persona nella sua interezza al centro di tutte le attività e di soddisfare a pieno le esigenze in un rapporto amichevole con lo spazio e le sue funzioni».
- ▶ **Localizzazione**, non sono pochi gli intervistati che segnalano le opportunità e i vantaggi derivanti dalla scelta di un'area metropolitana come quella milanese – il bacino di riferimento è ampio e molto variegato anche sotto il profilo socioeconomico –, nonché di ubicazione dei centri in luoghi di facile accessibilità e collocate in zone a elevata concentrazione della popolazione target.
- ▶ **Utilizzo del canale dell'e-business**, insieme al «passaparola», l'*e-business* rappresenta uno dei canali utilizzati per farsi conoscere, prevede un ampio utilizzo di *social network* e, analogamente a quanto accade in altri settori, caratterizza l'erogazione dei servizi *low cost*.

9.6 Conclusioni

Lo scopo principale della ricerca era quello di mettere a fuoco i contorni di un fenomeno emergente e, per certi versi, sorprendente come il *low cost* in sanità. I motivi per cui la sanità apparentemente non avrebbe potuto rappresentare un terreno fertile per questo tipo di approcci sono molti e vanno dalla natura dei

processi produttivi, spesso semplicisticamente ricondotti alla sola messa a disposizione del tempo del professionista, alla consolidata e diffusa percezione di una scarsa elasticità della domanda al prezzo, ai meccanismi di giudizio sulla qualità del servizio, spesso affidati proprio al prezzo. Eppure, nell'odontoiatria prima e poi nelle altre aree di offerta, il modello non solo ha mosso i primi passi, ma sembra avere ormai assunto una sua consistenza.

Un primo elemento che emerge dai casi analizzati è proprio il superamento di una fase pionieristica in cui il problema principale era capire se il modello fosse compatibile con le caratteristiche del settore — domanda la cui risposta, come detto, non era affatto scontata — per entrare nella fase in cui gli attori coinvolti sono impegnati nella messa a punto di una propria specifica formula, i cui elementi di fondo hanno, però, già dimostrato una loro validità. In altri termini, che il *low cost* possa avere uno spazio in sanità sembra ormai assodato, rimane da vedere come i diversi modelli saranno capaci di configurare tale spazio in termini di ampiezza e di contenuti di servizio.

Non è sorprendente che in questo processo l'odontoiatria abbia giocato e continui a giocare un ruolo fondamentale. La possibilità di conseguire rilevanti economie di scala in un mercato fino ad allora frammentato e di retrocedere parte dei risparmi a pazienti costretti a essere clienti rappresentava un terreno ideale per l'applicazione delle logiche *low cost*. La spinta creata dalle opportunità economiche ha consentito, così, di superare molte delle resistenze culturali che ostacolavano la diffusione delle logiche in questione nella sanità. Dal punto di vista dell'offerta, l'odontoiatria ha dimostrato che anche in sanità è possibile governare e standardizzare i processi produttivi, assicurare qualità, innovare il concetto di servizio e competere o attrarre sul prezzo, aprendo quindi la strada ad altri servizi in ambito sanitario. Dal punto di vista della domanda, in quello che per le difficoltà e i limiti del sistema pubblico era già un mercato, il passo compiuto è stato quello di legittimare e stimolare processi di scelta e consumo basati sul prezzo, creando quindi un consumatore che prima non c'era.

Lo stesso consumatore, così trasformato in termini di attenzione al prezzo e abitudine a uno standard di servizio, ha rappresentato il punto di riferimento per l'allargamento del portafoglio di servizi offerti. C'è da notare come l'allargamento sia avvenuto, come era naturale attendersi, in una logica di complementarità rispetto al servizio pubblico o, comunque, di non diretta competizione. In questa prospettiva non deve essere sottovalutato il ruolo giocato dall'assetto istituzionale. La natura *no profit* o *low profit* delle esperienze più significative, la loro visibile collocazione in un intorno di valori che non mira a mettere in discussione il ruolo dell'operatore pubblico, ma che intende rispondere a bisogni e domande a cui lo stesso operatore pubblico non è in grado o non vuole rispondere, ha sicuramente favorito la legittimazione di processi di consumo «ordinario» in aree nelle quali il consumo o era bandito (la sanità come diritto) o era spesso considerato un lusso.

L'introduzione del *low cost* risponde però anche ad alcuni mutamenti più profondi che stanno attraversando il mondo della sanità e, nel trasformare una domanda latente in una domanda effettiva, ne amplifica l'intensità. In termini eroicamente semplificati si possono considerare due fenomeni distinti, ma in parte correlati. Il primo è la trasformazione del paziente in cliente, intendendo con tale espressione il progressivo indebolimento di ogni forma di sovraordinazione del sistema o dei professionisti sugli individui e le loro scelte. Il secondo è connesso ai confini sempre più incerti tra il concetto di sanità e quello di benessere, per cui un problema comune come il mal di schiena ricade in ambiti diversi a seconda che sia trattato da un medico, da un osteopata o attraverso l'esercizio fisico. I due fenomeni convergono producendo attese, comportamenti e processi di consumo che assoggettano parti non irrilevanti della sanità (la «sanità leggera» già citata) a dinamiche analoghe a quelle di molti altri servizi e comunque scarsamente compatibili con il sistema delle scelte collettive (evidenze di efficacia, procedure di accesso, razionamento implicito o esplicito). Se la sanità privata in generale risponde alle esigenze del consumatore, quella *low cost* espande la platea dei potenziali clienti a fasce di mercato precedentemente escluse. Con ciò non si intende assolutamente sposare la tesi di chi ascrive alla sanità privata politiche intenzionali di induzione al consumo. I casi analizzati mostrano una indubbia attenzione al problema e la presenza di adeguati meccanismi di bilanciamento tra spinte diverse (massimizzazione dei fatturati e tutela di un consumatore oggettivamente debole). Il punto è che il fenomeno del *low cost*, nel rispondere a una attesa presente nella società e indubbiamente crescente, accelera e rinforza una tendenza alla trasformazione della sanità in un mercato più simile a tanti altri e non tutti sono inclini a considerare ciò come una evoluzione sempre positiva.

La tensione tra cliente e paziente, tra scelte individuali e scelte collettive chiama inevitabilmente in causa l'operatore pubblico per almeno due motivi. Il primo, più evidente, è che, anche nelle ipotesi più minimaliste di intervento pubblico, lo Stato mantiene una responsabilità rispetto ai risultati finali dei processi di cura e tutela della salute e a come essi vengono organizzati. La seconda, meno ovvia, è che ciò che avviene nel circuito privato-privato non è privo di conseguenze per il funzionamento di quella parte maggioritaria di funzionamento della sanità affidata al sistema pubblico e sulla sua capacità di realizzare la propria missione. Contrariamente a quanto si possa immaginare, non sempre a una prestazione in più alimentata da risorse private corrisponde una prestazione in meno nel sistema pubblico. Talvolta, e sempre più spesso, accade che prestazioni sul versante privato alimentino processi di consumo sull'altro versante, come accade, ad esempio, quando a una visita specialistica privata, magari inappropriata dal punto di vista clinico, segue una richiesta di prestazioni diagnostiche altrettanto inappropriate poste a carico del sistema pubblico.

La possibile espansione del modello *low cost* e quindi dell'area di funzionamento del settore sanitario governata dalle scelte individuali impone quindi al-

cune riflessioni al sistema pubblico, riflessioni necessarie anche per assicurare un quadro sufficientemente stabile entro il quale gli operatori privati del settore possano immaginare i propri percorsi di sviluppo. Due temi appaiono tra gli altri di assoluto rilievo: la regolazione e la «postura» che le aziende sanitarie pubbliche e i SSR intendono adottare.

In tutti i contesti economici e sociali, la sanità è oggetto di intense forme di regolazione che rispondono alle peculiarità del settore. Di fronte a fenomeni quali il *low cost*, il tessuto di fondo alla base di tale regolazione sembra diventare sempre meno adeguato rispetto ai fini che si prefigge. Se diventa sempre più difficile tracciare i confini precisi della sanità o se le interdipendenze tra aree diverse del settore assumono connotazioni diverse dal passato, anche i principi che ispirano la regolazione e la loro conseguente traduzione in norme dovrebbero essere riconsiderati. In termini molto concreti, è difficile pensare che esistano norme che regolano il «sottocosto» nella distribuzione e ciò non avvenga anche nella sanità o che le cosiddette «campagne di prevenzione» finanziate da operatori privati — e che, inevitabilmente, generano una successiva domanda sul sistema pubblico — non abbiano meccanismi di coordinamento con lo stesso sistema pubblico.

In tutti i SSR, le aziende sanitarie pubbliche sono di gran lunga i produttori più importanti di prestazioni sanitarie e le loro reazioni rispetto a una possibile espansione del fenomeno *low cost* sono, certamente, una variabile non trascurabile nello scenario. Le «posture» immaginabili sono essenzialmente tre:

- a) neutralità, anche se la crescita delle prestazioni acquistate sul mercato non è indifferente rispetto al perseguimento della propria missione, le aziende pubbliche potrebbero decidere di ignorare il tema, anche perché riconoscere le dimensioni effettive del contributo privato potrebbe essere politicamente insostenibile in un contesto di servizio sanitario nazionale;
- b) competizione, da un punto di vista strettamente operativo, le aziende sanitarie pubbliche potrebbero essere in grado di competere efficacemente con il settore *low cost* — è sufficiente pensare alla capacità produttiva generalmente sotto-utilizzata —, anche se teoricamente immaginabile tale opzione è di certo la meno praticabile considerate, da una parte, la natura e il livello delle competenze manageriali e tecniche che le soluzioni *low cost* impongono e, dall'altra, le difficoltà, in parte già sperimentate, di convivenza tra attività istituzionali e attività cedute sul mercato;
- c) cooperazione, in questa prospettiva, il sistema pubblico e le sue aziende potrebbero riconoscere il contributo complementare e integrativo che dal *low cost* può venire al soddisfacimento dei bisogni e della domanda dei cittadini, si tratterebbe di operare per una valorizzazione di quelle esperienze che, al di là della missione ufficialmente dichiarata, condividono con il SSN una finalità generale di soddisfacimento di bisogni considerati meritevoli di tutela da parte della collettività.

Nelle attuali condizioni del dibattito pubblico sui temi della sanità, schiacciato su una dimensione economico-finanziaria di breve periodo, non sembrano, comunque, esistere le condizioni per processi decisionali espliciti su entrambi i temi. Non è detto che ciò rappresenti necessariamente un ostacolo insormontabile rispetto a processi evolutivi coerenti con i bisogni e le attese della società. Un ruolo di primo piano nel guidare la dinamica dei sistemi sanitari può essere assunto, come in molti casi è già stato dimostrato, dalle aziende sanitarie pubbliche. Indipendentemente da interventi regolatori sovraordinati o da politiche regionali, esse hanno a disposizione un insieme di leve potenzialmente efficaci nell'influenzare il comportamento di tutti gli attori coinvolti, a partire dalle scelte sul versante della produzione e delle politiche di acquisto dei servizi fino alle politiche del personale (libera professione). Condizione preliminare rimane, in ogni caso, il riconoscimento, difficile e impegnativo, di uno spazio di azione strategico che attende di essere occupato.

Da ultimo è opportuno segnalare come le esperienze presentate non siano prive di rilievo anche per il settore privato, in larga parte poco abituato a confrontarsi con dinamiche concorrenziali basate sul prezzo e la cui efficienza è stata spesso data per scontata. Sebbene l'offerta *low cost* si rivolga a segmenti di mercato diversi da quelli tradizionali della sanità privata, differenze di prezzo così ampie per servizi comparabili, almeno sul piano della qualità relazionale, non riescono a passare inosservate per lungo tempo. Se tale differenze non riusciranno a trovare una giustificazione in termini di valore percepito dai clienti, una riflessione sui livelli di efficienza operativa o sui margini di profitto sarà inevitabile.

Come si è avuto modo di osservare il *low cost*, trapiantato in sanità da contesti molto differenti, sembra aver superato la fase critica di impianto ed essere avviato ad assumere un suo specifico ruolo nell'insieme delle risposte a una domanda pressante di servizi sanitari da parte della popolazione. È difficile predire l'ampiezza di tale ruolo, ma il tipo di innovazione di cui è portatore e lo stimolo che già da oggi, per chi lo osserva con sufficiente attenzione, può venire al resto del sistema è sufficiente a giustificarne l'esistenza.

Bibliografia

- Alamdari F. e Fagan S. (2005), «Impact of the adherence to the original low cost model on the profitability of low cost Airlines», *Transport Reviews*, 25(3), pp 377-392.
- Armeni P. (2010), «La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione», in Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2010*, Milano, Egea.
- Barney B. (2006), *Risorse, competenze e vantaggi competitivi*, Roma, Carocci.
- Boesch F. (2005), *The Ryan Air Model – Success and Impact on the European Aviation Market*, Nordersted, GRIN Verlag.

- Cassia L. Fattore M. e Paleari S. (2006) *Entrepreneurial strategy emerging business in declining sector*, Cheltenham, Edward Elgar.
- Cislaghi C. e Giuliani F. (2008), «Out of pocket sanitario nelle regioni italiane», *I Quaderni di Monitor*, n. 3/2008, pp. 161-177.
- Clinton B. (2009), «Creating value in an economic crisis», *Harvard Business Review*, September, pp. 70-71.
- Coda V. (1984), «La valutazione della formula imprenditoriale», *Sviluppo e Organizzazione*, n. 82, pp 40-54.
- Cua, K. O., McKone K. E., e Schroeder R. G (2001), «Relationships between implementation of TQM, JIT, and TPM and manufacturing performance», *Journal of Operations Management*, 19(6), pp. 675-694
- Longo F., Del Vecchio M. e Lega F., (2010), *La sanità Futura. Come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie*, Milano, Università Bocconi Editore.
- Deming, W. E. (1989) *Out of the Crisis*, Cambridge (MA), MIT Press.
- Doganis R. (2005), *The Airline Business*, London, Routledge.
- Fischer L. (2000), *Excellence in Practice, Volume IV: Innovation and Excellence in Workflow and Knowledge Management*, Lighthouse Point (FL) Future Strategies Inc.
- Fischer L. (2003), *Excellence in Practice, Volume V: Innovation and Excellence in Workflow and Business Process Management*, Lighthouse Point (FL) Future Strategies Inc.
- Franke M. (2004), «Competition between network carriers and low cost carriers», *Journal of Air Transport Management*, 10(1), pp. 15-21.
- Gugiatti A. e Longo F. (2009), «L'assistenza odontoiatrica in Italia: analisi di settore e possibili traiettorie di evoluzione», *Mecosan*, 18(69), pp. 113-127.
- Hamilton A. (1999), *Managing for value: achieving high quality at low cost* Dublin, Oak Tree Press.
- Jones D.T. e Womack J.P. (2003), *Lean Thinking*, New York, Free Press.
- Malighetti P., Paleari S. e Redondi R., (2007), «Pricing strategies of low-cost airlines: the Ryanair case», conference paper, presentato alla ATRS (Aviation Transport Research Society), Berkeley, California.
- Mariani C. (2009), *Marketing low cost*, Milano, FrancoAngeli.
- Nidumolu R., Prahalad C. K. e Rangaswami M. R. (2009), «Why sustainability is now the key driver of innovation», *Harvard business Review*, 87(9), pp. 57-64.
- Normann R. e Ramirez R. (1995), *Le strategie interattive dell'impresa: dalla catena alla costellazione del valore*, Milano, Etas Libri.
- OECD (2010), *OECD Health Data 2010*, OECD, versione on-line.
- Pedler M., Burgoyne J., Boydell T. (1997), *The Learning company: a strategy for sustainable development*, London, Mc Graw Hill.
- Plowman B. (1994), *High value low cost: how to create profitable customer delight*, London, Pitman.

- Porter M. E. (1982), *La strategia competitiva. Analisi per le decisioni*, Bologna, Tipografica Compositori.
- Porter M. E. (1987), *Il vantaggio competitivo*, Torino, Edizioni di Comunità.
- Riley D. (1987), *Competitive Cost Based Investment Strategies for Industrial Companies, Manufacturing Issues*, New York (NY), Booz Allen And Hamilton.
- Shank J.K. e Govindarajan V. (1993), *Strategic Cost Management*, New York (NY), The Free Press
- Stabell C. B. e Fjeldstad Ø. D. (1998), «Configuring Value for Competitive Advantage: On Chain, Shop and Networks», *Strategic Management Journal*, 19(5), pp. 413-437.
- Zhao W. e Zheng Y. (2000), «Optimal dynamic pricing for perishable assets with non homogeneous demand», *Management Science*, 46(3), pp. 375-388.