



COLLANA DEL CENTRO DI RICERCA
E ALTA INFORMAZIONE
IN HEALTH ADMINISTRATION



I CONSUMI SANITARI PRIVATI IN ITALIA

Presente e prospettive



A cura di Cristian Ferraris e Federico Lega



Milano University Press

I CONSUMI SANITARI PRIVATI IN ITALIA

Presente e prospettive

A cura di Cristian Ferraris e Federico Lega



Milano University Press

I consumi sanitari privati in Italia: presente e prospettive / A cura di Cristian Ferraris e Federico Lega. Milano: Milano University Press, 2024. (AHEAD; 2).

ISBN 979-12-5510-084-3 (print)

ISBN 979-12-5510-085-0 (PDF)


ISBN 979-12-5510-086-7 (EPUB)

DOI 10.54103/ahead.152

Questo volume e, in genere, quando non diversamente indicato, le pubblicazioni della collana AHEAD vengono valutate e approvate dal Comitato editoriale e devono essere conformi alla politica di revisione tra pari, al codice etico e alle misure antiplagio.

Le edizioni digitali dell'opera sono rilasciate con licenza Creative Commons Attribution 4.0 – CC-BY-SA, il cui testo integrale è disponibile all'URL:
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>



 Le edizioni digitali online sono pubblicate in Open Access su:
<https://libri.unimi.it/index.php/milanoup>.

© The Author(s), 2024

© Milano University Press per la presente edizione

Pubblicato da:

Milano University Press

Via Festa del Perdono 7 – 20122 Milano

Sito web: <https://milanoup.unimi.it>

e-mail: redazione.milanoup@unimi.it

L'edizione cartacea del volume può essere ordinata in tutte le librerie fisiche e online ed è distribuita da Ledizioni (www.ledizioni.it)



AHEAD è la collana editoriale del centro di ricerche in Health Administration dell'Università degli Studi di Milano.

Pubblica monografie, articoli, ricerche e working paper e tutto quanto può fare la differenza per chi scrive e chi legge.

Angoli e prospettive diverse, riletture della retorica quotidiana, proposte intellettualmente sfidanti e concretamente incisive.

Questa l'ambizione e la missione. E la nostra responsabilità.

Per chi studia, per chi lavora, e per tutti quelli che faticosamente cercano di fare entrambe le cose per tutta la vita. I nostri campioni. Quelli che sanno di non sapere e sono ostinatamente curiosi.

A voi il giudizio. E fateci sapere se abbiamo centrato l'obiettivo e come possiamo migliorare. Scriveteci a **crhead@unimi.it**

Buona lettura, grazie di averci scelto

Federico Lega
Direttore Collana AHEAD

Indice

Acronimi	9
Introduzione	13
<i>A cura di Cristian Ferraris</i>	

PARTE I – IL FENOMENO DEI CONSUMI SANITARI PRIVATI

A cura di Cristian Ferraris

Capitolo 1. Definizioni, classificazione e determinanti dei consumi privati sanitari in Italia	17
Capitolo 2. Trend e prospettive generali	35
Capitolo 3. Situazione ed evoluzione dei segmenti di mercato specifici	43

PARTE II – LE DINAMICHE “GAME CHANGER”

*A cura di Federico Lega***

Capitolo 4. I posizionamenti competitivi “polari”	73
Capitolo 5. L’innovazione tecnologica	89
Capitolo 6. Il turismo sanitario ***	95

PARTE III – COMPETENZE PROFESSIONALI

*A cura di Federico Lega***

Capitolo 7. Definire il modello di business	109
Capitolo 8. La gestione dei professionisti	123

Capitolo 9.	
I requisiti per lavorare	133
<i>A cura di Antonella Sorgente</i>	
Bibliografia	141

* Il sotto-capitolo “3.4 – Le Case di Comunità come offerta privata: una proposta” è da attribuire al dott. Dario Seghezzi.

** Assieme a Federico Lega, gli autori delle parti due e tre sono Albertini Alice, Alessio Ludovica, Aloe Jacopo, Bellotto Pietro, Bissacco Valentina, Bittolo Bon Giorgio, Cassi Arianna Carolina Maria, Castagna Chiara, Colombo Alessandro, Cusmai Michele Giovanni, Cutraro Andrea Antonio, De Cillis Lea, De Palma Lorenzo, Del Prete Clara, Dell’Oca Giovanni, Francescetti Davide, Gallo Alessandro, Papparella Lorenzo, Pepi Alessandro, Perra Carlo, Pisarra Martina, Riccio Matteo, Severini Lorenzo, Spadaro Giovanna, Tortella Daisy, Valenti Francesco, Valenti Riccardo Stefano, Villari Eleonora Roberta. I loro contributi, originariamente prodotti durante la frequenza della prima edizione del corso “Consumi privati e business modelling” (A.A. 2021/2022), sono stati di ispirazione ed in parte sono stati ricombinati nei capitoli da 4 a 8.

*** Questo capitolo è in larga parte una riproposizione del testo “Turismo della salute: definizione, driver e opportunità di business per l’Italia”, pubblicato da Federico Lega e Alexander Maximilian Hiedemann sul rapporto OASI 2014. Anche ad Alexander Maximilian Hiedemann va quindi riconosciuto il ruolo di autore (principale) di questo capitolo.

Acronimi

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AI	Artificial Intelligence
AIOP	Associazione Italiana Ospedalità Privata
AISM	Associazione Italiana Sclerosi Multipla
ANCOD	Associazione Nazionale Centri Odontoiatria
ARIS	Associazione Religiosa Istituti Sociosanitari
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ATS	Agenzia Tutela Salute
B2B	Business to Business
B2C	Business to Consumers
CCNL	Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro
CDC	Casa di Comunità
CDI	Centro Diagnostico Italiano
CED	Council of European Dentist
CMS	Centro Medico Sant'Agostino
COCOCO	Contratto Collaborazione Coordinata e Continuativa
COVIP	Commissione Vigilanza sui Fondi Pensione
CPS	Consumi Privati in Sanità
CREG	Chronic Related Group
CRM	Customer Relationship Management
DE&I	Diversity, Equity & Inclusion
DEF	Documento Economia e Finanza
DM	Decreto Ministeriale
DPR	Decreto Presidente Repubblica
EBITDA	Earning Before Interest Tax Depreciation Amortization
EBIT	Earnings Before Interests and Taxes
ECM	Educazione Continua in Medicina
ESG	Environmental Social Governance
FDS	Formula di Servizio
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
FSN	Fondo Sanitario Nazionale
HHC	Houston Health Concierge
ICT	Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione

INAIL	Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISO	International Organization for Standardization
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
IVASS	Istituto Vigilanza delle Assicurazioni
JCI	Joint Commission International
LEA	Livelli Essenziali Assistenza
MD	Medical Division
MEF	Ministero Economia e Finanza
MLD	Miliardi
MMG	Medici di Medicina Generale
NRE	Numero Ricetta Elettronica
OASI	Osservatorio Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano
OCPS	Osservatorio Consumi Privati in Sanità
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONU	Organizzazione Nazioni Unite
OOP	Out Of Pocket
PIL	Prodotto Interno Lordo
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale Ripresa e Resilienza
PPO	Preferred Providers Organizations
PPP	Partenariato Pubblico-Privato
PRESST	Presidi Socio Sanitari Territoriali
PS	Pronto Soccorso
RC	Retail Clinic
ROI	Return On Investment
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SCIA	Segnalazione Certificata Inizio Attività
SDA	Scuola di Direzione Aziendale
SHI	Statutory Health Insurance
SINPIA	Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
SM	Sclerosi Multipla
SPDC	Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
SSR	Sistema Sanitario Regionale

SWOT	Strengths Weaknesses Opportunities Threats
TIC	Transitional Infant Care
TIR	Tasso Interno Rendimento
TPA	Third Party Administrator
UE	Unione Europea
VAN	Valore Attuale Netto
VC	Vantaggio Competitivo
VHI	Voluntary Health Insurance
WIS	Welfare Italia Servizi

Introduzione

La salute è un diritto garantito dalla Costituzione. Perché, quindi, parlare di consumi privati in sanità? Ha senso pensare che, in un quasi mercato, possa trovare ulteriore spazio l'iniziativa privata? Se sì, dato il tema del diritto costituzionalmente garantito, quali spazi di operatività ci sono e per quali bisogni?

Iniziamo da un concetto, forse alle volte sottovalutato. La salute è un grande attivatore di PIL. Se pensiamo al perimetro di Regione Lombardia, recenti studi condotti da Assolombarda (in collaborazione con le Associazioni di Categoria della filiera Life Science del Sistema Confindustria) hanno calcolato che il 13% del PIL regionale è prodotto da questa filiera. E, naturalmente, questa filiera – lato erogazione – è fatta dagli ospedali pubblici e privati accreditati a contratto ma, anche, dalle numerosissime iniziative in ambito privato. Si tratta quindi di un trasferimento di risorse dello stato con il Fondo Sanitario Nazionale che è da considerare un investimento che attiva una *value chain* in grado di influenzare molto positivamente il valore aggiunto di un sistema economico. Ma anche un ambito di grande attività economica che produce reddito, posti di lavoro, innovazione, ricerca e, soprattutto, cura.

La prima risposta potrebbe quindi essere legata all'opportunità di fare impresa in un settore che è un fortissimo attivatore di PIL e la cui domanda è, inevitabilmente – fisiologicamente potremmo dire, usando un gioco di parole – in crescita. Valutare attività economiche in questo ambito, nonostante la maggior parte del “fatturato” sia legato al Fondo Sanitario Nazionale, ha molto senso e ci possono essere interessanti spazi di crescita. L'innovazione dei modelli di servizio, la digitalizzazione, la modernizzazione delle procedure di acquisto offrono una grande opportunità per imprese tradizionali e startup innovative. Per questo è fondamentale interrogarsi sui modelli di business e sulle prospettive dei target, non solo quelli tradizionali, ma quelli che stanno emergendo nel corso degli anni.

In tutto questo, non è solo interessante guardare a consumi completamente privati, ma a tutto il mondo della sanità intermediata, collettiva o individuale che, oltre a rappresentare un ulteriore finanziatore del SSN, è esso stesso un attivatore di nuovi business e innovazione in ambito amministrativo e di *customer management*. Chi sceglie – o ha la fortuna di essere compreso in una platea di beneficiari di – un fondo o un'assicurazione, non è solo interessato a soddisfare i suoi bisogni sanitari “con altri mezzi”, ma si aspetta una formula di servizio innovativa e una facilità di rapporto con gli erogatori convenzionati fondi e assicurazioni. È quindi necessario un profondo lavoro di ri-organizzazione delle

modalità di offerta all'interno degli assetti erogativi tradizionali (e finanziati dal FSN), la preparazione dei professionisti e del personale di front-office e la definizione di *customer journey* differenti, spesso con l'uso di strumenti digitali che facilitino la fruizione delle prestazioni stesse.

Passiamo ora al bisogno in quanto tale. Come si potrà vedere nel manuale stesso, è ormai sotto gli occhi di tutti la necessità di dare ai contribuenti la possibilità di soddisfare i propri bisogni di salute, al di là di quanto garantito (in modo inversamente proporzionale alla gravità della patologia) dal SSN/SSR, al fine di migliorare lo stato di salute complessivo dei cittadini (e non solo dei cittadini, ma anche di pazienti che provengono da altri Paesi e che, magari, vogliono beneficiare del nostro sistema sanitario che, in quanto universalistico, ha una capacità di risposta incomparabile rispetto a sistemi solamente privati).

Lo scopo è garantire, con ogni mezzo (ma in modo coordinato) il *continuum of care*. Il regolatore deve essere un *playmaker* che, per garantire il miglior soddisfacimento dei bisogni dei cittadini, fa da “regista” affinché sia tutto connesso indipendentemente dalla fonte di finanziamento, in modo da rendere l'intero SSR maggiormente sostenibile, affinché i cittadini siano soddisfatti del loro servizio sanitario pubblico ma anche di quanto, privatamente, gravita intorno a esso, sia questo costituito dai servizi ancillari che da altre modalità di soddisfacimento dei bisogni.

Con il Prof. Lega abbiamo provato a modellare un corso tenendo conto di queste prospettive. Le testimonianze, che nel manuale trovano spazio come esempi di business, sono una parte fondamentale per concretizzare quanto esposto nella parte maggiormente teorica. Siamo consapevoli che sia fondamentale tutelare al massimo il nostro Sistema Sanitario Nazionale ma, in un contesto di risorse scarse e bisogni emergenti, siamo anche consci che fornire una risposta sia la miglior soluzione per garantire la salute dei cittadini e, in qualche modo, prolungare la sostenibilità del nostro SSN, in modo che le migliori forze pubbliche e private, accomunate dalla volontà di dare una risposta etica e di qualità, collaborino per raggiungere i migliori risultati di salute possibili.

PARTE I
IL FENOMENO DEI CONSUMI
SANITARI PRIVATI

Capitolo 1.

Definizioni, classificazione e determinanti dei consumi privati sanitari in Italia

1.1 Definizioni

Consumi privati in sanità: i consumi privati in sanità (CPS) sono l'insieme dei beni e servizi sanitari finanziati attraverso una spesa posta direttamente a carico delle famiglie (*out of pocket*), delle imprese (per esempio medicina del lavoro) o intermediata da soggetti collettivi non pubblici (assicurazioni, casse aziendali, fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso).

Welfare aziendale: è l'insieme delle provvidenze che un datore di lavoro (con o senza contributo diretto del lavoratore) concede (per contrattazione nazionale o contrattazione di secondo livello o in forma unilaterale) ai propri lavoratori. Si tratta di una modalità di retribuzione, meritevole di un trattamento fiscale e previdenziale agevolato, attraverso il quale il datore di lavoro concede al lavoratore, in forma strutturata, l'accesso a beni o servizi.

Internazionalizzazione della sanità: per internazionalizzazione della sanità intendiamo un processo di creazione, da parte di un *network* di ospedali o di un servizio sanitario regionale o nazionale di una rete di rapporti che, al di là della mera attrazione di pazienti da Paesi stranieri, comporti la definizione di relazioni in ambito manageriale, organizzativo, formativo, ecc. anche a livello di pratica clinica.

Turismo sanitario (o *medical tourism*): si intende il fenomeno per il quale un paziente, a fronte di una determinata serie di ragioni (impossibilità di cura della patologia nel proprio Paese di residenza, eccellenza di una struttura in un determinato Paese, necessità di una "*second opinion*") sceglie di farsi curare in un Paese diverso da quello di residenza, con connesse necessità di trasferimento e *accomodation* nel Paese scelto.

Sanità transfrontaliera: accesso ai servizi sanitari nei Paesi UE, secondo la direttiva 24/2011 UE, come recepita dall'ordinamento italiano. Si tratta di una mobilità sanitaria inserita nell'ambito dei rispettivi servizi sanitari nazionali, indipendente dalla capacità di spesa del paziente e soggetta a regolamentazione di

accesso, con pagamento delle prestazioni ottenute in un Paese straniero da parte dello Stato di residenza del paziente.

TPA (*Third-Party Administrator*): è un soggetto che si pone come collegamento tra un'assicurazione o un Fondo e gli assistiti, per la gestione degli aspetti amministrativi legati alla garanzia assicurativa data dall'assicurazione o dal Fondo ai propri assistiti.

SHI (*Statutory Health Insurance*): è l'assicurazione obbligatoria che, nei Paesi a modello Bismark o simili (vedi Olanda), deve essere stipulata dal cittadino, direttamente o attraverso il datore di lavoro o attraverso un contributo del Governo. A differenza dei sistemi Beveridge, si tratta di un principio di copertura “esplicita” (sono definite ex ante le coperture assicurative garantite) e non “implicita” (il servizio sanitario è finanziato dalla tassazione generale e le coperture vengono garantite ex post – es. LEA).

VHI (*Voluntary Health Insurance*): è la copertura assicurativa volontaria che il cittadino stipula per integrare la SHI e, quindi, coprire ciò che non è compreso nella SHI o da quanto garantito dalle leggi dello Stato.

1.2 Il perimetro dei consumi privati e intermediati e i numeri

Al fine di definire e classificare le determinanti di quelli che chiamiamo “consumi privati sanitari”, dobbiamo analizzare il contesto nazionale e internazionale, riferito non solo al mercato potenziale di soggetti che accedono a forme di assistenza sanitaria integrativa, ma anche all'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale italiano.

Siamo infatti in presenza di soggetti che da pazienti diventano “consumatori” e “clienti” indipendentemente dalla necessità di sopperire a problematiche connesse ai tempi di attesa – considerando peraltro il peso di prestazioni extra LEA come l'odontoiatria, molto presenti nel *basket* di spesa dei Fondi e Assicurazioni – e, più in generale, all'accesso alle prestazioni che ritengono necessarie (vedi Figura 1.1 e Figura 1.2).

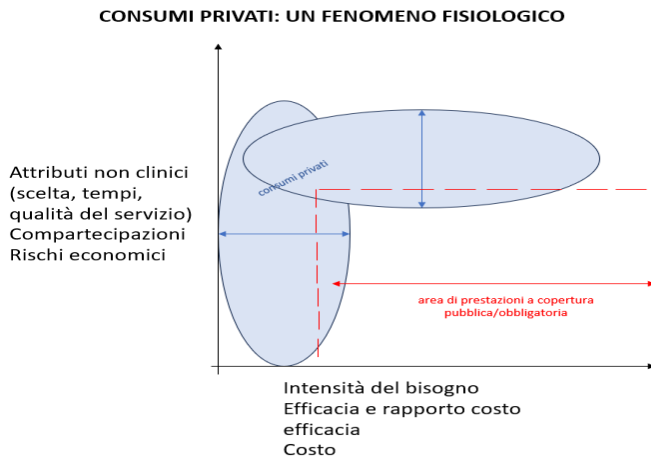


Figura 1.1 – La collocazione dei consumi privati in sanità.
 Fonte: Elaborazione CERGAS Bocconi

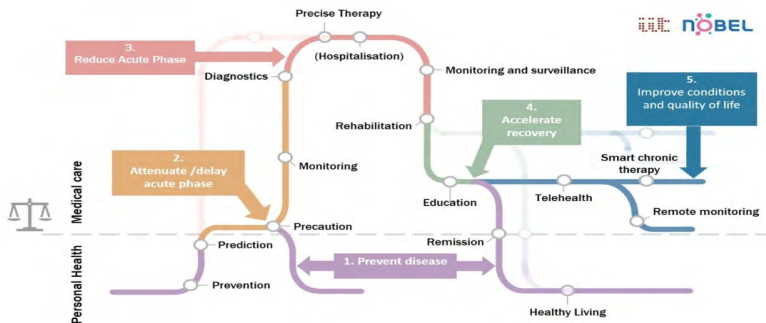


Figura 1.2 – *Patient journey* come mix di consumi pubblici e privati.
 Fonte: Elaborazione NOBEL, Smarter HealthTech in Europe

Le persone, infatti, compiono un percorso complesso rispetto ai loro bisogni di salute e, in questi bisogni, incrociano diversi segmenti di offerta che, anche in un Paese a copertura universalistica come l'Italia, non sempre sono garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale. L'esperienza di "cura" e "benessere" di un paziente, quindi, è molto variabile a seconda, peraltro, della sua Regione di residenza o al quanto egli abbia la disponibilità di ottenere, rispetto ai diversi circuiti o alle coperture assicurative che acquista o che gli vengono offerte. In alcuni casi deve

comunque far riferimento alla c.d. “spesa *out of pocket*” non intermediata. Per meglio spiegare gli “incroci” tra le diverse esperienze di “consumo”, è opportuno far riferimento alla Figura 1.3.

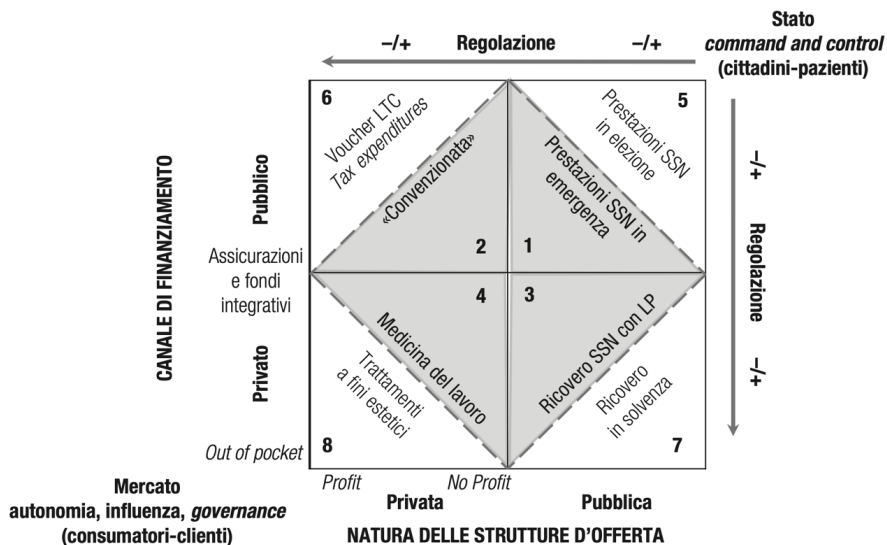


Figura 1.3 – Gli otto circuiti del sistema sanitario.
 Fonte: Elaborazione CER GAS Bocconi – Rapporto OASI 2022

La Figura 1.3 rappresenta il nuovo *framework* di riferimento introdotto a partire dal Rapporto OASI 2019 – CER GAS Bocconi – (Del Vecchio, et al., 2019). Alle tradizionali dimensioni di «produzione» e «finanziamento», che aiutano a definire le aree di interesse dei consumi privati, si aggiunge la dimensione relativa all’effettiva capacità di influenza e decisione dell’utente sul processo di consumo. Ciascuno dei «tradizionali» quattro quadranti viene, di conseguenza, ulteriormente suddiviso: le aree più interne sono caratterizzate da un maggior potere di decisione sulle modalità di fruizione esercitato dal sistema pubblico, mentre le corrispondenti sezioni più esterne esprimono un crescendo di logiche di mercato e riflettono una maggior libertà e discrezionalità del singolo utente. Non è perciò detto che la condizione di finanziamento privato e produzione privata sia di per sé sufficiente a garantire tutte le condizioni normalmente associate a un «consumo privato».

I prodotti e servizi per la salute possono, infatti, essere inseriti in circuiti economici che si caratterizzano non solo per il soggetto che ne sopporta l’onere, ma anche per la pluralità di attori e meccanismi di offerta che li compongono. Così, da una parte, l’onere può ricadere sulle famiglie, sui fondi e le assicurazioni

o sulle imprese e, dall'altra, i destinatari possono essere la stessa pubblica amministrazione, le imprese fornitrici di beni o servizi, o i professionisti.

Riduzione del perimetro Le stime variano se vengono sottratti alle stime ufficiali (nell'ordine): le forme di compartecipazione obbligatoria (ticket), le <i>tax expenditures</i> e la spesa per assistenza in RSA			Area delle stime ufficiali Le stime variano in funzione dei soggetti considerati: le famiglie (residenti e non), le forme sanitarie integrative (assicurazioni e fondi) e gli altri regimi di finanziamento volontari (imprese e no profit)			Allargamento del perimetro Le stime variano se sono aggiunte alla stima ufficiale (nell'ordine): la componente di spesa intermediata non ancora stimata da ISTAT (fondi), le spese per integratori e prodotti omeopatici, la spesa per assistenza ai disabili e anziani		
23,9	27,5	31,7	34,0	35,7	38,2	39,4	43,6	45,8
Configurazioni e componenti di spesa considerate								
Spesa sanitaria OOP (spesa diretta delle famiglie)			Spesa diretta delle famiglie residenti in Italia e all'estero	Spesa per consumi finali delle famiglie sul territorio economico (include parte dei rimborsi da assicurazioni)	Spesa privata (spesa delle famiglie residenti e degli altri regimi di finanziamento volontari)	Spesa sanitaria privata (include tutti i regimi di finanziamento volontari)		
- 3,6 (spesa per assistenza in RSA)	- 4,2 (deduzioni e deduzioni)	- 2,3 (ticket)				+ 1,2 (spesa dei fondi integrativi ed enti assistenziali)	+ 4,2 (spesa per integratori, omeopatici ed erboristici)	+ 2,2 (assistenza disabili e/o anziani a domicilio e/o casa di cura)
Razionale								
Esclusione di spese non strettamente sanitarie	Esclusione <i>tax expenditures</i> su IRPEF	Esclusione compartecipazione obbligatoria (assimilabile a tassazione)	Sistema dei conti per la sanità e confronti internazionali (ISTAT-SHA e OECD)	Sistema dei conti nazionali (ISTAT-CN)	Sistema dei conti per la sanità e confronti internazionali (ISTAT-SHA e OECD)	Aggiustamento stima della componente di spesa intermediata dai fondi (*)	Inclusione di altre aree di consumo vicine o riconducibili alla sanità	

Tabella 1.1 – I perimetri e range di stima della spesa sanitaria privata.

Fonte: Elaborazione CERGAS Bocconi – Rapporto OASI 2022

Siamo quindi in presenza di un fenomeno che, indipendentemente dalla volontà del dibattito pubblico di marginalizzarlo, esiste a tutti gli effetti e, fortunatamente, sta evolvendo in un “mercato” maggiormente organizzato e non solo legato a un mero consumo privato di prestazioni sanitarie (integrativo o sostitutivo rispetto a quello garantito – o che dovrebbe essere garantito – dal SSN). Per meglio comprendere quali prestazioni siano coinvolte nel perimetro della sanità privata, possiamo far riferimento a una elaborazione del CERGAS Bocconi (su diverse fonti ufficiali, che cambiano il perimetro da 23,9 MLD di euro a 45,8 MLD di euro). Convenzionalmente si fa riferimento all'area delle “stime ufficiali”, con conseguente definizione di un perimetro ben stabilito (35,7 MLD di euro è il valore che normalmente si attribuisce alla spesa privata in sanità in Italia). Nella Tabella 1.1 si può vedere come, a seconda delle fonti prese in considerazione, il perimetro della spesa privata possa variare.

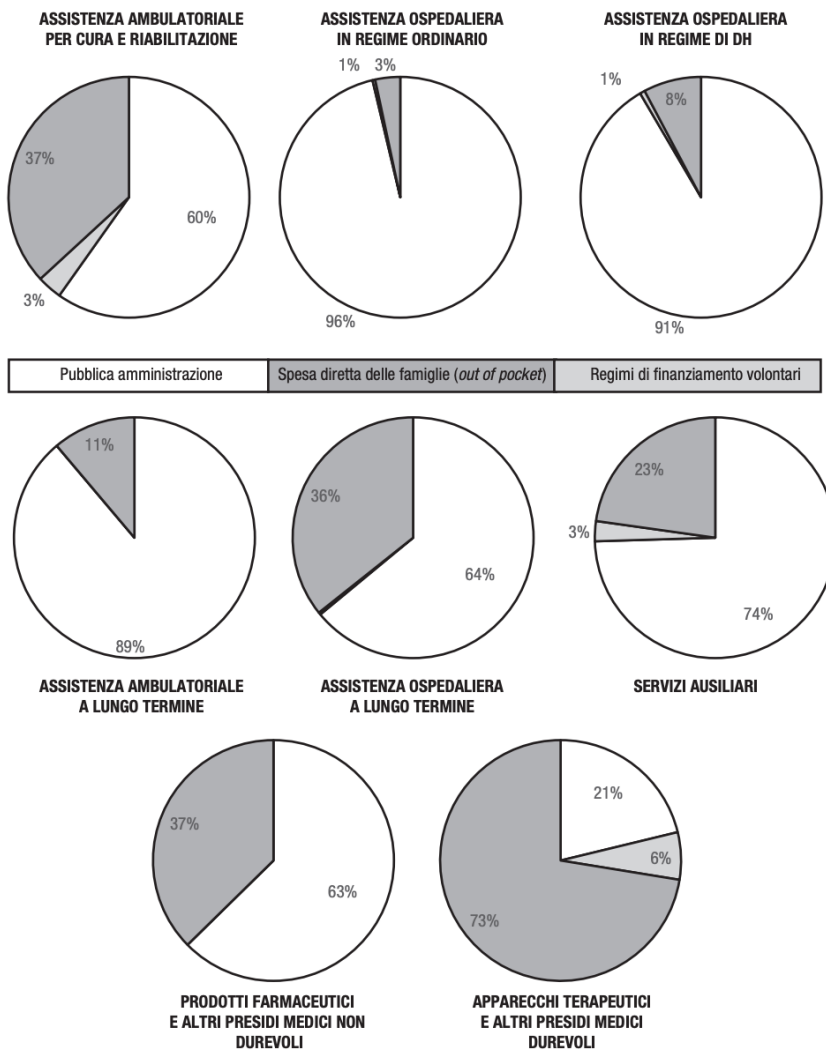


Figura 1.4 – Le tipologie di prestazioni e la “fonte” di erogazione delle stesse.
 Fonte: Elaborazione CERGAS Bocconi – Rapporto OASI 2021

Al di là, però, delle stime sul valore della spesa privata, è veramente molto interessante esaminare per cosa, effettivamente, queste risorse vengono spese. Anche in questo caso faremo riferimento ad alcune elaborazioni del CERGAS Bocconi e dell’Osservatorio Consumi Privati in Sanità di SDA Bocconi.

Le figure successive (da 1.2 a 1.8), invece, ci aiuteranno a meglio comprendere i consumi privati come voce finale di spesa, la diffusione della sanità

intermediata in Italia e nelle diverse aree del Paese (con un focus anche per le singole Regioni).

Macro-categorie di spesa	Micro-voci di spesa	2019	2020	2021	
Servizi ospedalieri	Ricoveri ospedalieri	2,1	1,7	2,0	5,8
	Ricoveri in strutture di assistenza sanitaria a lungo termine	3,7	3,6	3,8	
Servizi ambulatoriali	Servizi medici (visite mediche e specialistiche, incluso ticket)	5,3	5,0	5,3	20,1
	Servizi dentistici	8,5	7,8	8,7	
	Servizi diagnostici	3,4	2,8	3,1	
	Servizi paramedici (infermieri, psicologi, fisioterapisti, ecc.)	3,1	2,8	3,0	
Beni sanitari	Farmaci in senso stretto (Fascia A, C, OTC, SOP, con ticket e differenza di prezzo)	8,8	8,7	9,2	15,1
	Altri prodotti medicali non durevoli (bende, garze, siringhe, ecc.) e Attrezzature terapeutiche (occhiali, lenti, protesi auditive, riparazione e noleggio attrezzature, ecc.)	6,0	5,7	5,9	
Totale		40,8	38,2	41,0	

Tabella 1.2 – La spesa sanitaria privata per consumi finali per voci di spesa.
Fonte: Elaborazione CERGAS Bocconi – Rapporto OASI 2022

		Servizi		Beni		Totale	
		2019	2020	2019	2020	2019	2020
PUBBLICO	Ticket	1,3	0,8	0,5	0,4	3,9	3,1
	Intramoenia o differenza prezzo di riferimento	1,0	0,8	1,1	1,1		
PRIVATO		23,7	22,2	13,2	12,9	36,9	35,1
TOTALE		26,0	23,8	14,8	14,4	40,8	38,2

Tabella 1.3 – La spesa sanitaria privata (in miliardi di euro) per circuito di offerta.
Fonte: Elaborazione OCPS Bocconi su dati ISTAT, AIFA e Corte dei Conti

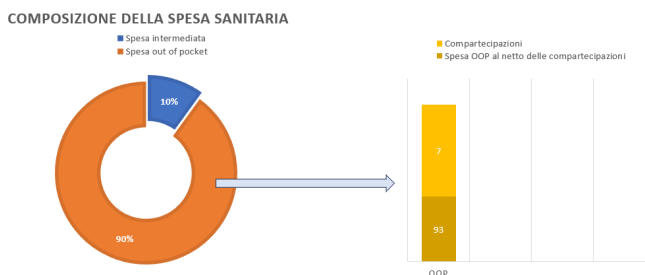


Figura 1.5 – La composizione della spesa sanitaria (percentuale), 2018.
Fonte: TEH Ambrosetti su dati OCSE e Corte dei Conti, 2019

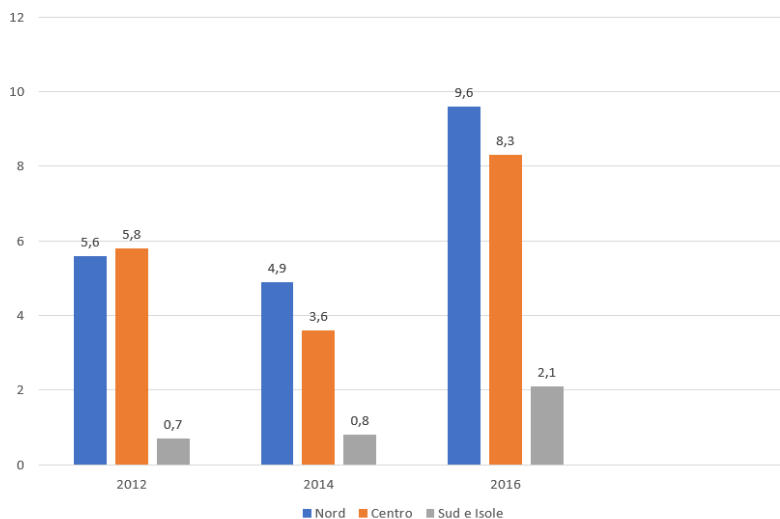


Figura 1.6 – Diffusione di copertura di assicurazioni sanitarie per area geografica del Paese (percentuale), 2016.

Fonte: TEH Ambrosetti su dati Banca d'Italia, 2019

Le figure 1.5 e 1.6 meritano un ulteriore commento. Da un lato, il Governo del nostro Paese dovrebbe vedere con favore il fatto che non sia così diffusa una copertura assicurativa sanitaria (individuale o collettiva che sia). Questo, in un mondo ideale, potrebbe essere la testimonianza di un servizio sanitario nazionale che, secondo il suo principio ispiratore (il Sistema Beveridge inglese) copre il cittadino “dalla culla alla tomba”. Se già vediamo però un dettaglio della diffusione dei sistemi assicurativi nelle diverse Regioni, possiamo renderci conto che la granularità favorisce una lettura più raffinata del fenomeno. Nella Figura 1.6, infatti, più che il dato puntuale, sarebbe significativo osservare il trend. Qualcosa sta accadendo e, quindi, come vedremo nel paragrafo successivo, il ricorso a una forma assicurativa si sta incrementando. Più che altro, è interessante indagare un altro fenomeno, quello della rinuncia alle cure. Nella Figura 1.7 notiamo un trend in pesante incremento (peraltro i dati ci dicono che lo spartiacque della pandemia ha aggravato alcune situazioni “organizzative” nell’ambito della risposta ai bisogni di salute). Passiamo da una percentuale di cittadini che hanno rinunciato alle cure del 6,3% fino al 11,1%. La rinuncia alle cure è legata alla impossibilità di ottenere la prestazione richiesta, sia per la non presenza del servizio che per la presenza di un servizio che fornisce la prestazione in un tempo non compatibile con la richiesta del cittadino stesso (spesso accompagnata da una specifica indicazione del prescrittore). Ma allora, perché non si sta diffondendo maggiormente la sanità intermediata (collettiva o individuale)? Anche questo elemento lo tratteremo nel capitolo 2.

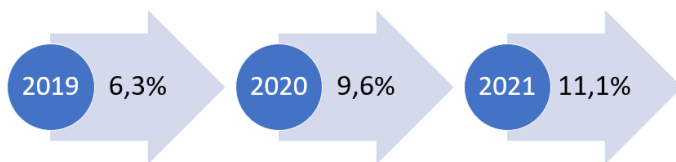


Figura 1.7 – Evoluzione della rinuncia alle cure da parte di cittadini italiani.
 Fonte: ISTAT, Audizione presso la 10ma Commissione (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) del Senato della Repubblica

Ranking 2017-2019		Ranking 2020		
Spesa sanitaria privata pro capite (Italia =100)		Spesa sanitaria privata pro capite (Italia=100)		
142	Valle d'Aosta	Lombardia	120	◆
121	Lombardia	Lazio	117	◆
115	Emilia-Romagna	Emilia-Romagna	116	=
114	Veneto	P.A. Bolzano	112	◆
111	Liguria	Veneto	111	◆
110	Friuli-Venezia Giulia	Friuli-Venezia Giulia	107	=
108	P.A. Bolzano	Italia	100	=
108	Lazio	Abruzzo	99	◆
107	Piemonte	Valle d'Aosta	99	◆
102	P.A. Trento	Liguria	96	◆
102	Toscana	Piemonte	92	◆
100	Italia	P.A. Trento	92	◆
89	Calabria	Calabria	89	=
86	Basilicata	Sicilia	87	◆
83	Sicilia	Toscana	85	◆
80	Umbria	Umbria	85	=
77	Molise	Marche	84	◆
77	Abruzzo	Puglia	82	◆
76	Sardegna	Basilicata	82	◆
75	Marche	Molise	82	◆
74	Puglia	Campania	81	◆
68	Campania	Sardegna	65	◆

Tabella 1.4 – Ranking delle Regioni per la spesa sanitaria delle famiglie (Italia=100).
 Fonte: Elaborazione OCPS Bocconi su dati ISTAT

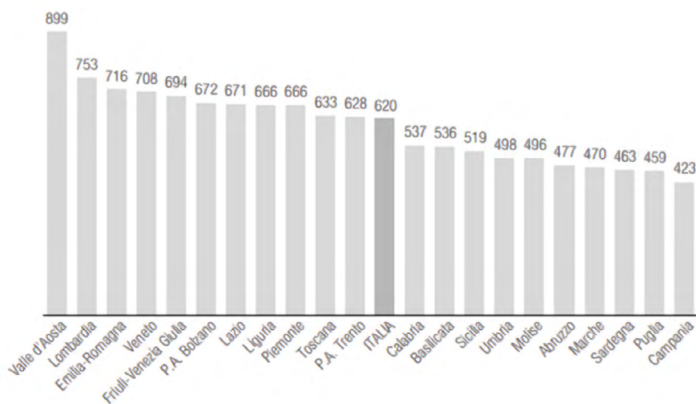


Figura 1.8 – Spesa privata nelle Regioni italiane.
 Fonte: Elaborazione OCPS Bocconi su dati ISTAT

1.3 La sanità intermediata in Italia. Alcuni numeri

È opportuno, a questo punto, esaminare con l'aiuto di alcuni grafici, la consistenza in Italia di quella che chiamiamo “sanità integrativa” o “sanità intermediata”. Nei paragrafi successivi entreremo più nel dettaglio della relazione tra questa forma di copertura sanitaria e il nostro SSN.

Nella Figura 1.9, possiamo osservare una stima delle persone con una copertura sanitaria privata di natura individuale o collettiva per area territoriale ogni 100 abitanti. Per avere questi dati dobbiamo fare riferimento a una specifica ricerca commissionata da RBM Salute/Intesa San Paolo (una stima su 13,9 milioni di persone).

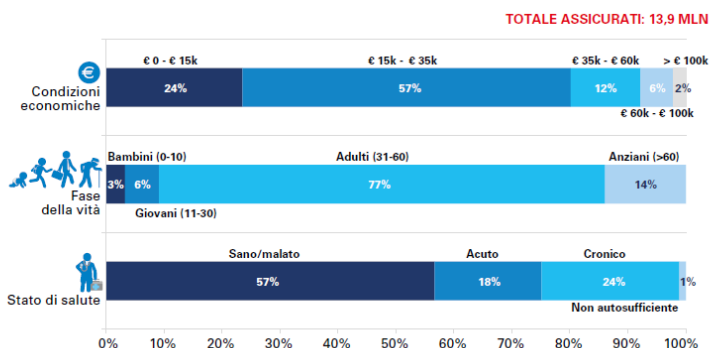


Figura 1.9 – La copertura della sanità integrativa in Italia per area geografica (stima).
 Fonte: RBM Salute/Intesa San Paolo

Nella Figura 1.10, invece, abbiamo una indicazione dei livelli di copertura per livello di reddito, stato di salute e fascia di età.

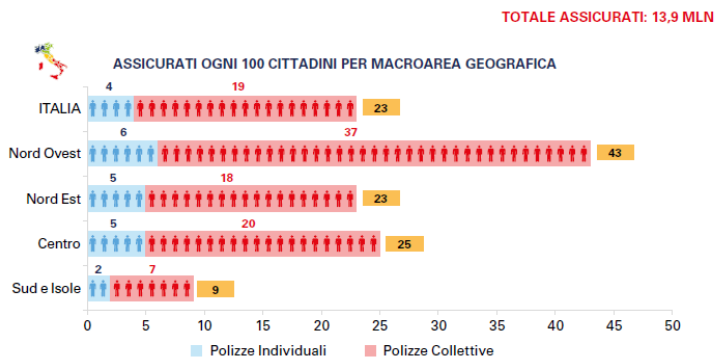


Figura 1.10 – La copertura della sanità integrativa in Italia per livello di reddito, stato di salute e fascia di età. Fonte: RBM Salute/Intesa San Paolo

Come si potrà notare dalle due immagini precedenti, vi è una copertura molto importante nel nord-ovest e per i soggetti con una fascia di reddito da 15 mila euro a 35 mila euro. La copertura, poi, è riferita in particolar modo ai soggetti in età lavorativa (considerando però che molte coperture collettive sono riferite all'intero nucleo del lavoratore). Queste rappresentazioni grafiche ci restituiscono, quindi, una correlazione quasi univoca tra presenza di un lavoro e di un reddito e la presenza di una copertura assicurativa individuale o collettiva. Per quanto riguarda le coperture collettive, come vedremo dopo, sono connesse a un rapporto di lavoro (anche libero professionale, per esempio nel caso degli artigiani) e, quindi, è normale avere una tale correlazione. Emerge, peraltro, anche una correlazione geografica legata alla disponibilità di PIL pro-capite. Laddove esiste maggiore ricchezza individuale, indipendentemente dal “bisogno”, è più facile che i soggetti scelgano una copertura integrativa (o che gli venga offerta in presenza di un rapporto di lavoro).

Nella Figura 1.11 che segue, vediamo invece una correlazione tra spesa privata e spesa intermediata. Si tratta di una rappresentazione grafica estremamente utile per verificare quale sia la propensione di trasferimento del rischio (approfondiremo in seguito il concetto) a fronte della tipologia di bisogno sanitario.

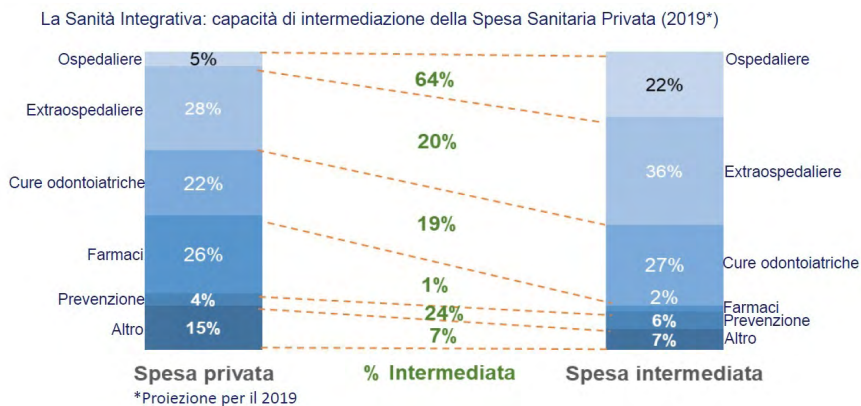


Figura 1.11 – La capacità di intermediazione della spesa sanitaria in Italia.
 Fonte: RBM Salute/Intesa San Paolo

Il grafico alla Figura 1.11 mostra come vi sia comunque un buon livello di trasferimento del rischio (individuale o collettivo) per alcune specifiche categorie di spesa, in particolar modo per spese ospedaliere (è possibile che si tratti di differenza alberghiera, in quanto la copertura SSN delle spese ospedaliere importanti non favorisce la ricerca di una copertura alternativa, anche se le coperture per grandi interventi e interventi eccezionali, sia nelle polizze individuali che in quelle collettive, trattandosi di sinistri di “valore” e non di “frequenza” hanno costi inferiori), per le extraospedaliere (*outpatient*) e, soprattutto, per le spese odontoiatriche.

Per concludere questo capitolo sui numeri della sanità integrativa/intermediata, la Figura 1.12 ben rappresenta gli attori e le relazioni tra gli stessi (grazie a una elaborazione dell’OCPS del CER GAS Bocconi). Nella parte a sinistra, vediamo quali sono i soggetti che “contraggono” una polizza (individuale e collettiva) e quali sono i danti causa dei Fondi e Società di Mutuo Soccorso. Nella parte centrale osserviamo quali sono i “gestori” delle istanze dei singoli individui/lavoratori/pazienti, sia individuali che collettivi. Alla destra, invece, sono rappresentati i soggetti responsabili dell’erogazione dei trattamenti sanitari pagati attraverso le polizze individuali o i fondi, in forza di accordi (discuteremo meglio in seguito dei modelli di relazione tra i soggetti) che le compagnie di assicurazione, i fondi stessi o le società di mutuo soccorso possono stipulare con una rete di erogatori.

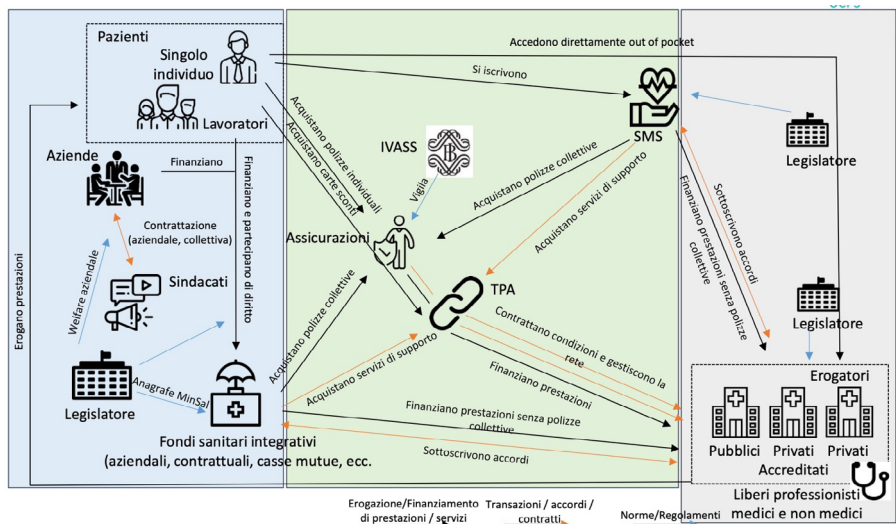


Figura 1.12 – Gli attori della sanità integrativa in Italia.

Fonte: Elaborazione OCPS Bocconi

Si tratta di relazioni estremamente complesse, alcune delle quali soggette a uno specifico controllo di “conformità” (per le polizze individuali, infatti, vi è una vigilanza da parte dell’IVASS – Istituto per la Vigilanza delle Assicurazioni), più o meno stringente. È particolarmente interessante rilevare che, mentre esiste una specifica autorità di vigilanza per i fondi di previdenza integrativa (COVIP), non esiste analogo organismo per la sanità integrativa. L’IVASS, infatti, non vigila le assicurazioni malattia *tout court*, ma semplicemente le assicurazioni che vendono polizze salute individuali, nell’ambito della normale vigilanza connessa alla stipula di un contratto assicurativo. I Fondi o le Società di Mutuo Soccorso sono iscritti a una specifica anagrafica presso il Ministero della Salute, ma che ha un valore solo ricognitivo, non sufficientemente “profondo” da permettere al Ministero di entrare nella reale attività dei Fondi. In relazione alla possibilità di de-fiscalizzare i contributi versati dalle aziende per i propri dipendenti, viene semplicemente valutato il fatto che il fondo copra, per un 25% delle prestazioni, prestazioni odontoiatriche o di *long-term care*. Non vi è alcun ulteriore controllo di conformità né viene controllata la modalità con la quale i Fondi e le Società di Mutuo Soccorso “soddisfano” i bisogni dei propri assistiti.

Peraltro, in Italia, si sta mutuando un modello statunitense di rapporto tra assicurato/paziente ed erogatore. I Fondi, infatti, possono scegliere di auto-ritenere il rischio (ossia pagando le prestazioni con i contributi pagati dagli assistiti o per gli assistiti dai propri datori di lavoro) oppure di assicurare il rischio, “appaltando” tutta la gestione a una compagnia di assicurazione. In questo

specifico caso, esistono cinque soggetti in gioco: l'assistito/lavoratore, il datore di lavoro, il Fondo (costituito, perlopiù, nell'ambito di un Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro), una compagnia di assicurazione che si avvale di un ulteriore soggetto, il TPA (*third-party administrator*), per la gestione del convenzionamento della rete, della prenotazione delle prestazioni e della liquidazione dei sinistri. In sostanza, per chi è familiare con il sistema assicurativo USA, si tratta di un modello PPO (*preferred providers organization*). La compagnia assicurativa, attraverso un TPA (che è del medesimo gruppo assicurativo), crea una rete di convenzionamento con le strutture sanitarie (con le quali negozia le tariffe) e indirizza gli assistiti verso le strutture sanitarie convenzionate, attraverso una pre-autorizzazione. Successivamente, lo stesso TPA si occupa di rimborsare gli assistiti (in caso di copertura in forma indiretta) o le strutture sanitarie che hanno erogato le prestazioni. Questo modello, come è evidente, tende a non privilegiare l'interesse dell'assistito, ma quello della compagnia di assicurazioni che, a fronte di una gara per la gestione indetta dal Fondo, deve garantirsi un margine di guadagno e un rapporto sinistri/premi che sia inferiore a 100. Il tutto senza che vi sia, da parte del Ministero della Salute, alcun controllo sulle modalità di soddisfacimento di un "patto" tra assistito e datore di lavoro che ha portato a una negoziazione nell'ambito di un Contratto Collettivo di Lavoro. A fronte di tale situazione, qualsiasi conseguenza avversa rispetto alle aspettative di soddisfacimento dei bisogni da parte degli assistiti troverà una "camera di compensazione" solamente a livello sindacale, nel rapporto tra organizzazioni sindacali dei lavoratori e parti datoriali.

1.4 Alcune determinanti dello sviluppo della sanità privata

Dopo aver cercato di inquadrare il fenomeno con i dati di cui sopra, possiamo ritenere che la sanità integrativa (sia essa intesa come integrazione al SSN italiano o integrazione a un servizio sanitario nazionale di un altro Paese) può anche costituire, per l'erogatore pubblico o privato, una fonte alternativa e importante di finanziamento che, affiancandosi all'attività istituzionale, permette di reperire risorse economiche importanti utili anche al progresso degli investimenti in innovazione, oltre a costituire un elemento di rilievo anche per l'attività dei clinici e delle equipe ed evitare un fenomeno di progressiva "erosione" del SSN (Figura 1.13).

Come la Figura 1.13 ben dimostra, ci troviamo ormai da tempo in uno scenario non più lineare rispetto alle disponibilità di finanziamento del nostro SSN e, quindi, dei bisogni di salute dei cittadini. Quale è quindi la strada che vogliamo prendere? Nello schema, infatti, vengono disegnati diversi percorsi (inutile dire che, ormai, abbiamo già superato un "punto di non ritorno e, quindi, sappiamo

già quali scelte sono state compiute, consapevolmente o inconsapevolmente, semplicemente lasciando che i bisogni stessi fossero “guida” delle soluzioni).

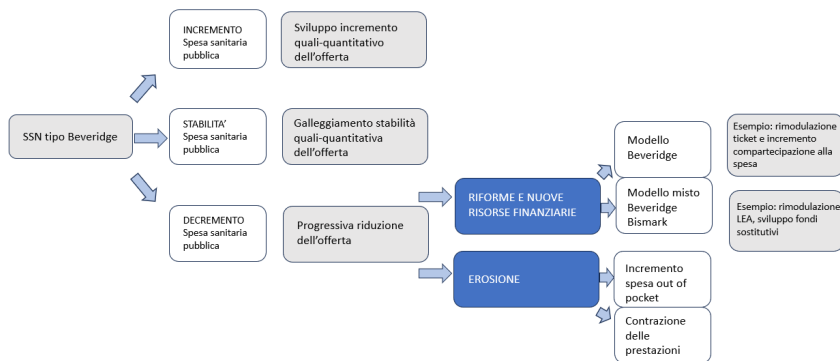


Figura 1.13 – Le strategie connesse alle scelte relative al finanziamento del SSN.

Fonte: G. Pelissero, F. Angeli, “Costruire la sanità del Futuro”, Milano, 2018

Non che sia l'unico fenomeno che possa spiegare la maggior diffusione della sanità privata, ma la Figura 1.14 (che è arricchita da alcuni “tag” che evidenziano quali Governi hanno provveduto agli aggiustamenti del finanziamento) testimonia un progressivo de-finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale, pur a fronte – ed è sotto gli occhi di tutti noi, soprattutto dopo il fenomeno pandemico – di un aumento delle necessità di salute, considerando che il regime di austerità inaugurato con la stagione dei piani di rientro ha ormai raggiunto i suoi risultati. Potrebbe essere utile (e, nei fatti, sta avvenendo) definire una nuova modalità di reperire risorse per sostenere un sistema sanitario nazionale universalistico equo e la libertà di scelta dei pazienti. Sono infatti da considerare anche le ulteriori necessità di costo generate dall'attenzione molto rilevante verso gli outcome e la sicurezza dei pazienti (vedi Legge Gelli-Bianco) che, sicuramente hanno ricadute positive sulla qualità dell'offerta delle strutture sanitarie in grado di seguire organizzativamente le sfide poste dalla *evidence based medicine*, dalla *clinical governance* e dall'implementazione dei nuovi modelli organizzativi previsti dal DM 70/2015 e DM 77/2022 ma che, inevitabilmente, impongono ulteriori costi.

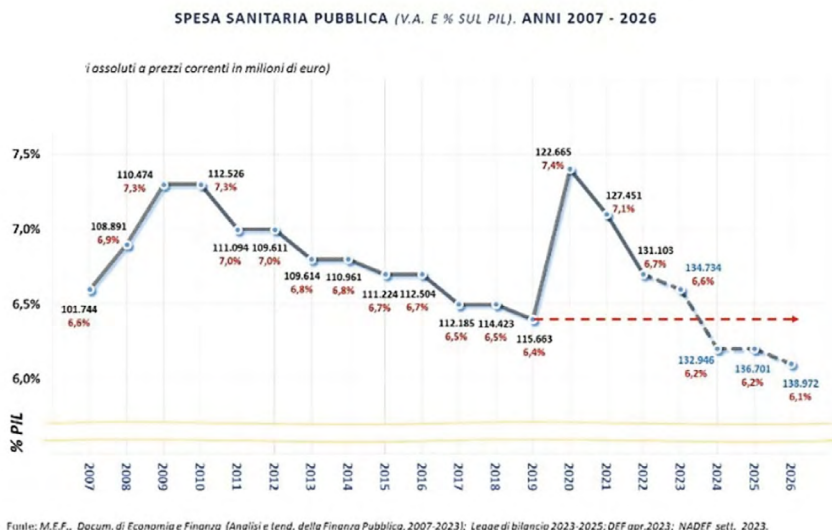


Figura 1.14 – L’evoluzione del finanziamento del SSN.

Fonte: MEF – Documenti di Economia e Finanza (analisi e tendenze della finanza pubblica, 2007-2026); Legge di Bilancio 2023-2025; DEF Aprile 2023, NADEF Settembre 2023

Attraverso un esame dei dati di cui sopra e della letteratura disponibile, pur considerando una generale difficoltà nel reperire un’unica fonte di dati relativamente alla spesa privata in Italia e, più nello specifico, alla spesa intermediata emerge come la situazione complessiva giustifica senz’altro lo sforzo organizzativo per affrontare questo genere di mercato. Esiste uno spazio di sviluppo della sanità intermediata in Italia nonostante una non ampia (ma in crescita) diffusione degli strumenti assicurativi inerenti alla salute in Italia.

Gli stessi dati ci permettono di dare uno sguardo più approfondito a quali servizi/prodotti il paziente/assistito acceda attraverso lo strumento dell’*out of pocket*, considerando per ciascuno (sebbene in una misura non completamente lineare rispetto alla percentuale generale che abbiamo esaminato sopra) il peso dell’intermediata. In tal senso ci viene in aiuto lo schema di cui alla Figura 1.14 che ci fa capire come ci siano aree ad alta intensità di cura che sono poco appetibili per il mercato dell’*out of pocket*: questo è riconducibile all’elevato costo ad esse connesso e alla capacità del nostro SSN di rispondere ancora in modo adeguato a tali bisogni, nonostante l’inevitabile – e, a nostro avviso, positivo – fenomeno della mobilità inter-regionale. Tuttavia, qualora tali aree fossero presenti nel “pacchetto” intermediato, potrebbero comunque essere oggetto di proposta, soprattutto in una *value proposition* molto elevata a fronte del fatto che, soprattutto gli erogatori privati accreditati, potrebbero sfruttare l’esperienza connessa alla casistica gestita con il SSN per proporsi come centri di

competenza su alcune specifiche prestazioni, considerando che l'accreditamento stesso (sia a livello di sanità intermediata nazionale ma, soprattutto, a livello di sanità intermediata internazionale), costituisce di per sé una certificazione di qualità e di possesso di requisiti idonei ad operare per il SSN.

Capitolo 2.

Trend e prospettive generali

2.1 Trend e prospettive generali

Dopo aver esaminato i dati relativi all'attuale situazione del finanziamento del SSN e del peso dei consumi privati in sanità, al fine di meglio delineare il contesto – estremamente complesso, come vedremo nei capitoli dedicati alla revisione organizzativa – ci proponiamo di esporre brevemente una teoria, elaborata analizzando le fonti di letteratura e seguendo il dibattito accademico, tecnico e politico. Anche a livello Europeo, infatti, sempre di più si assiste a una ibridazione dei sistemi sanitari che, rispetto alla loro origine (es. Beveridge o Bismark), a fronte delle emergenti esigenze di copertura dei mutati bisogni dei cittadini, modificano la loro natura incorporando ciascuno elementi tipici di altri sistemi.

Così, nel Sistema Sanitario Tedesco abbiamo assistito alla creazione di un “fondo di perequazione” (finanziato dalla fiscalità generale), al fine di annullare lo svantaggio competitivo delle assicurazioni scelte da persone più anziane o croniche. Nel dibattito rispetto alla revisione del sistema sanitario USA, già dalla Presidenza Bush jr., si stanno esaminando le positività di un sistema di *Health Savings Account* (in vigore, per esempio, a Singapore). Il Sistema Olandese ha mutato profondamente la sua natura introducendo un sistema di assicurazioni obbligatorie e volontarie (rendendosi disponibile a farsi carico dei premi assicurativi per coloro i quali non possono permetterseli), trasferendo sui soggetti assicurativi la scelta delle coperture da garantire.

Anche il sistema sanitario nazionale italiano non è immune da contaminazioni, indotte, appunto, da contingenze o necessità che, rispetto al 1978, si sono presentate, con l'aggravante che, trattandosi di un sistema a “copertura implicita” (nel senso che, salvo quanto definito nell'ambito dei LEA che, però, non sono considerabili come uno strumento di agile comunicazione sui livelli di copertura garantiti effettivamente dal SSN, trascurando i temi dell'esigibilità reale legati al sistema dell'offerta e ai tempi di attesa), non è specificamente definito (salvo il caso dell'odontoiatria, ormai entrato nelle abitudini dei cittadini) quali siano le prestazioni cui si ha effettivamente diritto, considerando che la salute viene considerata tutelata in toto. Peraltro, nel tempo, si sono stratificate diverse modalità di accesso alle prestazioni, anche dal punto di vista del pagamento delle stesse e, quindi, possiamo dire che, allo stato attuale delle cose, esistono sette pilastri di finanziamento delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali (Figura 2.1).

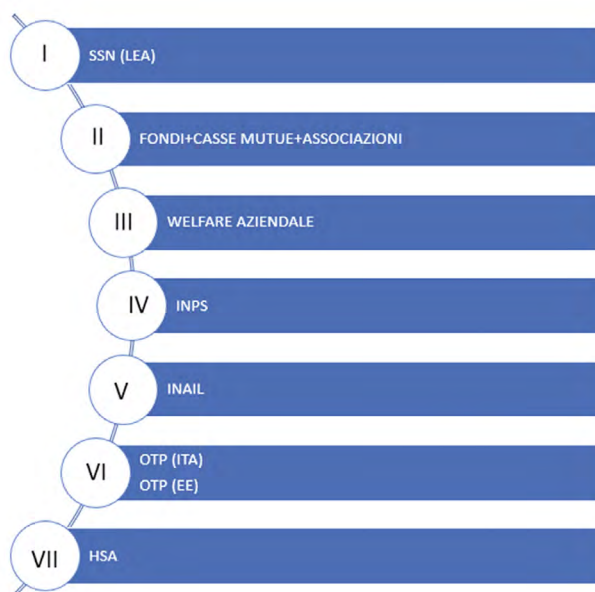


Figura 2.1 – I sette pilastri di finanziamento dei bisogni di salute in Italia.

Fonte: Elaborazione Cristian Ferraris

Il secondo pilastro, che sarà il tema principale del *project work*, può essere a sua volta suddiviso in tre sottogruppi. Per “Fondi” si intendono i fondi di assistenza sanitaria integrativa principalmente garantiti attraverso la contrattazione nazionale. Spesso si rivolgono al nucleo familiare e in alcuni casi coprono anche il personale in quiescenza. Sono improntati a principi di solidarietà (anche intergenerazionale) e di anti-selettività e prevedono una contribuzione da parte degli iscritti e dei datori di lavoro. Sono rivolti a categorie omogenee di soggetti. Le casse mutue (esperienze che nascono, in alcuni casi, alla fine del 1800) hanno lo stesso livello di solidarietà dei Fondi ma sono accessibili a una pluralità di soggetti, accomunati dalla volontà di contribuire solidaristicamente. Le assicurazioni riguardano soggetti singoli che stipulano una copertura assicurativa (per sé o per il nucleo). Sono contratti che, di norma, non coprono le condizioni preesistenti la stipula e si rivolgono a individui. Caratteristica comune al secondo pilastro (la vera e propria sanità intermediata) è la presenza di un terzo soggetto che paga le prestazioni a favore dell’assistito e che, di norma (direttamente o indirettamente, attraverso un terzo, *Third Payer Administrator*) si avvale di una rete convenzionata di erogatori, con una formula simile al PPO’s Plan degli Stati Uniti (*Preferred Provider Organization Plan*). Purtroppo, come abbiamo visto nel paragrafo precedente, in Italia la quota di sanità intermediata sul totale della

spesa privata è basso, situazione che rispecchia la scarsa propensione alla copertura assicurativa propria degli italiani. Stiamo assistendo a un aumento di questa quota (che è la parte più interessante dei pilastri “non pubblici” del Sistema Sanitario Nazionale) grazie alla lungimiranza delle Organizzazioni Sindacali e Datoriali che cercano di dare una risposta efficace ai bisogni che rilevano presso i lavoratori.

Il terzo pilastro, il welfare aziendale, è un fenomeno che si è molto sviluppato recentemente, pur essendo presente nel nostro Sistema da molti anni, dato che spesso i datori di lavoro garantivano benefici “in natura” ai propri dipendenti. Tali benefici, soggetti a tassazione come reddito da lavoro dipendente, hanno recentemente beneficiato di un regime fiscale maggiormente favorevole che ne ha permesso l’ampia diffusione (anche a fronte di specifiche provvidenze garantite dalla contrattazione nazionale o dalla contrattazione di secondo livello). Alcuni di questi piani aziendali prevedono la possibilità di usare il credito welfare per prestazioni sanitarie, presso una rete convenzionata (che, per alcuni operatori, coincide con quella cui fanno riferimento i Fondi di Assistenza che abbiamo visto sopra) attraverso il sistema del “voucher”. Costituiscono, quindi, un’ulteriore modalità per soddisfare un bisogno sanitario.

Il quarto e quinto pilastro si riferiscono alle prestazioni (erogate in forma diretta o garantite attraverso un’indennità – es. indennità di accompagnamento che viene utilizzata per pagare, in tutto o in parte, una retta di una RSA -) che i due Istituti garantiscono a determinate categorie di soggetti. Per l’INAIL, per esempio, parliamo anche della protesica maggiore, erogata attraverso soggetti convenzionati o direttamente dall’Istituto.

Il sesto pilastro è maggiormente interessante non tanto per la modalità di pagamento (il puro *out of pocket* è il pagamento delle prestazioni utilizzando la propria disponibilità economica spesso, come l’ISTAT ha rilevato recentemente, rinunciando ad altre spese o spingendo alla limitazione stessa delle spese sanitarie, seppur necessarie) ma perché, soprattutto nell’*out of pocket* di pazienti esteri, può costituire una fonte di finanziamento, sebbene erratica (a differenza del secondo pilastro, ove abbiamo un “terzo pagatore” e, quindi, l’assistito/assicurato ha una maggiore propensione alla spesa, spesso peraltro dovendo “rientrare” di un premio assicurativo o di un contributo), ha il pregio di non dover essere negoziata con nessun intermediario.

Il settimo pilastro costituisce una novità, soprattutto nel panorama italiano (anche se, nell’Italia pre-SSN, era possibile che tale modalità di affrontare il bisogno di salute potesse essere praticata, non essendoci una copertura universalistica ed essendo, le mutue, limitate nella diffusione), ma è un elemento cui guardano Sistemi Sanitari evoluti (es. Stati Uniti). Si tratta della predisposizione di una riserva di denaro (che, a differenza degli *Health Saving Account* classici non ha caratteristiche di tipo “istituzionale” o obbligatorio né di un trattamento fiscale favorevole) per far fronte ai bisogni di salute. Si tratta, in sostanza, di

quella quota di cittadini, rilevata dall'ISTAT, che decide di risparmiare denaro per future necessità sanitarie, incerta sulla copertura pubblica e non coperta da Fondi o Assicurazioni.

In questo panorama molto variegato, considerando la qualità della spesa intermedia, che non ha il limite di essere legata alle reali disponibilità finanziarie al momento della necessità della prestazione e che, in effetti, potrebbe garantire una maggiore propensione alla spesa a fronte della presenza di un terzo pagatore al quale, comunque, l'assistito versa regolarmente un premio o un contributo, può costituire la miglior soluzione per mantenere la sostenibilità del nostro Sistema Sanitario. In tal senso, peraltro, gli erogatori pubblici e privati dovrebbero identificare tale segmento come un'area di espansione (nel rispetto, ovviamente, del contratto con il SSN e della regolamentazione, per gli ospedali pubblici, della libera professione intra-muraria) e elaborare modelli di business basati su tale segmento.

Inoltre (vedi Figura 2.2), nell'esaminare il fenomeno della sanità privata e i trend di sviluppo, vivendo noi in un contesto che, nel 1978 – nascita del SSN – ha deciso di cambiare completamente il sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, mutuando progressivamente il sistema di regolazione e di offerta (con una variabilità di organizzazione dei Sistemi Sanitari Regionali, con gradienti molto diversi di sistemi di erogazione e di regolazione dei rapporti contrattuali tra regolatore/pagatore/erogatore), risulta doverose fare alcune considerazioni rispetto all'equità dell'utilizzo di strumenti diversi dal finanziamento "statale" per garantire una sostenibilità complessiva del nostro sistema di garanzia di salute.

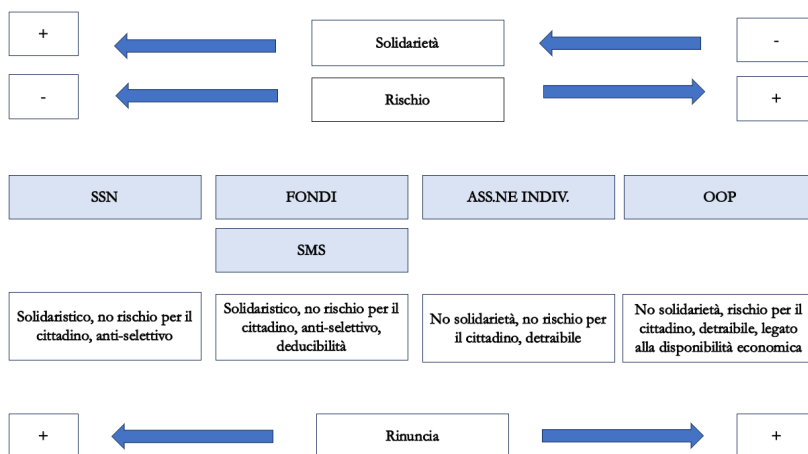


Figura 2.2 – Sanità pubblica e sanità privata.

Gradienti di solidarietà, rischio e rinuncia.

Fonte: Elaborazione Cristian Ferraris

Nello schema di cui alla Figura 2.2, infatti, abbiamo cercato di evidenziare alcune caratteristiche dei principali sistemi di finanziamento dei bisogni di salute (rifacendoci allo schema dei 7 pilastri, qui esaminiamo il primo, il secondo e il sesto). È infatti importante, a nostro avviso, evidenziare alcuni elementi comuni tra il sistema dei “Fondi” e “Casse di Mutuo Soccorso” (che, peraltro, come abbiamo detto, sono il pilastro fondante di altri Sistemi Sanitari Europei di natura universalistica) e il SSN, finanziato attraverso la tassazione generale. Nel collocare i diversi sistemi, li abbiamo classificati a seconda del carattere “solidaristico” degli stessi, del trasferimento del rischio di spesa su un terzo pagatore e della rinuncia alle cure per indisponibilità di mezzi utili al pagamento di una prestazione a fronte di una eventuale non risposta del pilastro principale (es. tempi di attesa).

Le determinanti della spesa privata, in realtà, possono (anzi, dovrebbero) nascere dall’esigenza di avere una *customer experience* differente, non per una risposta “sussidiaria” a una carenza del pilastro principale. In effetti, come abbiamo visto dalle figure precedenti (mancano, purtroppo, dati più recenti e il 2023, per esempio, è un anno nel quale stiamo sperimentando un profondo stress di capacità produttiva non solamente per le prestazioni ambulatoriali e diagnostiche), di norma il servizio sanitario nazionale risponde molto bene per prestazioni di alta/media complessità e salva-vita. Purtroppo, questo non vale per tutte le Regioni italiane e, quindi, si assiste al fenomeno della “mobilità sanitaria” che interessa molto il nostro Paese (e che può, peraltro, essere una proxy interessante del mercato dell’attrazione di pazienti dall’estero), come si può vedere dalla Figura 2.3, che riguarda peraltro una mobilità verso Regioni non confinanti e, quindi, con determinanti legate non alla prossimità dell’ospedale ma alla ricerca delle migliori prestazioni possibili.

Se infatti osserviamo la Figura 2.4, vediamo come la fuga sia riferita a prestazioni di alta complessità. Peraltro, le elaborazioni di AGENAS dei dati del Programma Nazionale Esiti, ci danno una correlazione univoca tra Regioni di attrazione e qualità rilevata attraverso il programma stesso, avendo quindi la conferma di un fenomeno di “*fly to quality*”, che sarebbe da potenziare (con specifici accordi interregionali) e non da limitare.

Assistiamo quindi a un fenomeno fisiologico di ricerca delle migliori cure disponibili da parte dei cittadini italiani che, peraltro, hanno tutto il diritto di muoversi nel territorio nazionale in quanto, pur avendo una organizzazione del nostro Sistema Sanitario basata sui confini regionali, vivono pur sempre in un Sistema Sanitario “nazionale” che, quindi, deve concentrare le eccellenze e metterle a disposizione di tutti i suoi cittadini, cercando però di dare risposte locali a necessità che devono essere risolte sul territorio. In questo fenomeno di “ricerca” di risposte ai bisogni di salute, i cittadini si stanno attrezzando con strumenti che vanno al di là del SSN sempre che, per carenza di informazioni, mezzi o altro non siano costretti a rinunciare alle cure (fenomeno che, abbiamo visto, è

in crescita). Nella ricerca di una risposta, quindi, la sanità intermediata collettiva è quella che maggiormente conserva il carattere universalistico e solidaristico, tipici di un Sistema Sanitario Nazionale e, quindi, ha tutto il diritto di essere considerata come un “complemento” rispetto a una potenziale crisi di capacità produttiva del SSN. In questo ambito, peraltro, stanno emergendo molti spazi di lavoro, che non devono essere appannaggio degli operatori sanitari di diritto privato e che possono rappresentare un’occasione di evoluzione e ulteriore miglioramento di un’offerta di salute complessiva che, in nessun Paese del mondo, è ormai limitata a una risposta pubblica a un bisogno di salute in crescita.

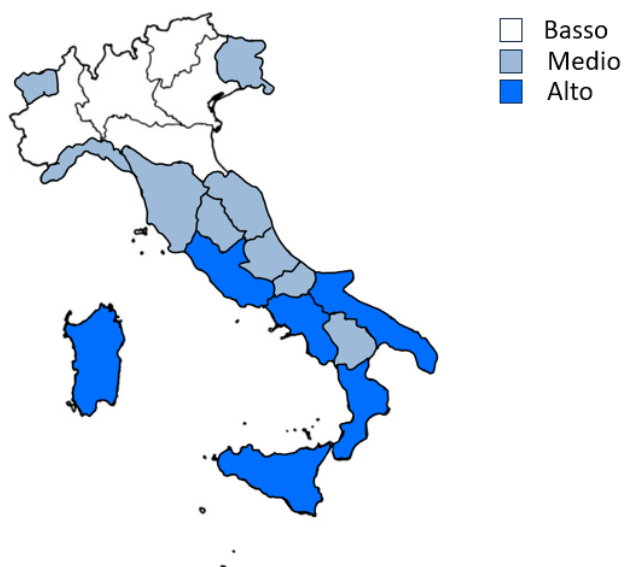


Figura 2.3 – Mobilità sanitaria interregionale passiva (fuga), ricoveri, fughe in Regioni non confinanti, 2019.

Fonte: Elaborazione AGENAS su dati SSN

Capitolo 3.

Situazione ed evoluzione dei segmenti di mercato specifici

3.1 Odontoiatria

L'assistenza odontoiatrica in Italia è principalmente privata, nonostante l'esistenza di un servizio sanitario nazionale. Le cure pubbliche sono residuali, ovvero per i minori di 14 anni e per gli over 65, e il mercato è quindi popolato da dentisti con studi privati. Lo scenario è stato questo fino ai primi anni del 2000. Dopodiché, sono iniziate a comparire le grandi catene organizzate, aiutate anche, nello sviluppo, dalla crisi economica del 2008. Infatti, con la crisi, si è verificata tra i pazienti una rinuncia alle cure e le catene, grazie anche ai prezzi vantaggiosi ottenuti tramite le economie di scala, sono riuscite a penetrare nel nostro Paese.

La professione inoltre sta attraversando un periodo di cambiamento sia per l'aumento della burocrazia che per l'aumento della concorrenza delle catene odontoiatriche (o odontoiatria organizzata). L'odontoiatria organizzata è un fenomeno sempre più in crescita e quello che la caratterizza è la gestione del centro odontoiatrico come una vera e propria impresa dove è necessario avere una vision, una mission e un meccanismo di pianificazione e controllo che consenta il focus sul paziente, il controllo delle performance e lo sfruttamento delle economie di scala. Il tradizionale dentista sta cambiando: infatti, la clinica odontoiatrica è passata da un modello "dentista -assistente" a un team più ampio, diversificato e strategicamente organizzato.

Nell'elencare i fattori che nel tempo hanno contribuito all'affermazione delle catene troviamo:

- la spesa odontoiatrica principalmente a carico delle famiglie, in quanto il SSN la prevede solo per gruppi svantaggiati o per i minori di 14 anni;
- gli elevati margini tradizionalmente caratteristici del settore, che hanno prodotto una consistente frammentazione (ovvero un numero cospicuo di soggetti che offrono lo stesso servizio), con evidenti spazi di ottimizzazione attraverso lo sfruttamento di economie di scala;
- la domanda è già da tempo più sensibile al prezzo: secondo l'ISTAT nel 2013, il 12% delle persone con più di 14 anni ha rinunciato, nei 12 mesi

precedenti, a una visita odontoiatrica o a trattamenti per motivi economici. Sul totale di chi rinuncia alle visite, i motivi economici incidono per l'85,2%;

- non tutta la popolazione italiana ricorre alle cure odontoiatriche nella stessa misura: secondo i dati ISTAT, i più giovani ricorrono alle cure più di frequente rispetto alla popolazione più anziana, soprattutto le fasce 65/75 e più. Infatti, gli uomini tra i 15 e i 24 anni recatisi dal dentista nel 2015 sono il 46,1%, percentuale che per le donne tra i 15 e i 24 sale al 52,8 %, mentre invece per gli anziani di 75 anni e più la percentuale degli uomini scende al 30,3% e quella delle donne al 28%. Questi dati sono sintomo del fatto che più si invecchia, meno si curano i denti, probabilmente anche per una minore disponibilità economica e per uno scarso livello di controllo e assistenza sulla persona.

Analizzando sempre i dati ISTAT dal 2012 al 2017, la forma giuridica delle imprese odontoiatriche ha subito questi cambiamenti:

- le società di persone sono aumentate per la categoria degli imprenditori individuali, liberi professionisti e lavoratori autonomi del 4,9%, mentre per le società in nome collettivo c'è stata una diminuzione del 2,07% dal 2016 al 2017;
- le società in accomandita semplice sono aumentate del 3,5%;
- le società di capitali, le società per azioni e le società in accomandita per azioni sono rimaste stabili in quanto ne risultavano 2 al 2012, sono divenute 4 nel 2013 e poi 3 nel 2017;
- le società a responsabilità limitata sono in continuo aumento, passando da 1.802 del 2012 a 2.934 del 2017, con un aumento quindi del 62,8%. È questo l'aumento più interessante che possiamo spiegare con la nascita di molti centri odontoiatrici in *franchising*.

Sul mercato, le società in campo sanitario-dentale hanno due forme diverse, il centro odontoiatrico o la società di servizi.

- Il centro odontoiatrico ha lo scopo di realizzare una struttura sanitaria complessa per l'esercizio dell'odontoiatria in forma di impresa. I centri hanno un'unica organizzazione strutturale quindi un'impostazione omogenea dettata dal gruppo odontoiatrico di appartenenza e da protocolli clinici e organizzativi ben definiti. Hanno inoltre un'autorizzazione sanitaria (dichiarata nelle varie forme di comunicazione) e di conseguenza un direttore sanitario; si tratta quindi di un'istituzione sanitaria di carattere privato. Per poter costituire un centro dentale è indispensabile essere in possesso di idonea destinazione d'uso dei locali da parte del Comune ed inoltre avere dato idonea e dettagliata documentazione all'ASL competente di zona.

- Al centro compete l'obbligo della nomina del direttore sanitario responsabile che deve esibire il suo titolo abilitante all'esercizio della professione.
- La società di servizi consiste nell'affitto di strutture e servizi organizzati per l'esercizio dell'attività odontoiatrica, svolta però da soggetti terzi, ossia da medici specialisti e odontoiatri. In tal caso viene costituita una società che acquista strutture e servizi organizzati sotto il profilo tecnico operativo:
 - immobili, impianti, attrezzature, macchinari etc. per quanto riguarda le strutture;
 - servizi di amministrazione, segreteria, assistenza per quanto riguarda i servizi. Ciò va a favore di medici e odontoiatri per l'esercizio dell'attività a loro nome. In tal caso la società dovrà avere come oggetto la gestione di strutture immobiliari e mobiliari e servizi strumentali all'attività professionale. In totale, le attività del settore odontoiatrico sono aumentate del 6,69% passando da 46.112 del 2012 a 49.195 del 2017.

Per quanto riguarda il numero di addetti delle imprese attive (valori medi annui), intendendo sia i lavoratori dipendenti sia quelli indipendenti, un dato interessante riguarda le società a responsabilità limitata dove gli addetti sono più che raddoppiati (con un aumento del 109,14%) passando da 5.805,86 a 12.142,51.

Per le altre forme giuridiche: nella categoria dell'imprenditore individuale, libero professionista e lavoratore autonomo gli addetti sono aumentati dell'1,51 %, nelle società in nome collettivo sono aumentati dal 2012 al 2017 del 13,7%, nelle società in accomandita semplice del 17% e infine nelle società per azioni e società in accomandita per azioni il numero di addetti è aumentato dell'11,3%.

In totale, il numero di addetti impiegati in attività delle strutture odontoiatriche è in continuo aumento passando da 103.080,66 del 2012 a 111.405,44 del 2017, con un aumento dell'8,08%.

Il numero delle unità locali delle imprese attive dal 2012 al 2017 ha subito delle modifiche in quanto le unità da 0 a 9 addetti sono aumentate del 6 %, quelle da 10 a 49 addetti del 39 %, quelle da 50 a 249 sono comparse nel 2014 e attualmente sono 3, e in totale sono cresciute del 6,5%.

Il numero di addetti delle unità locali delle imprese attive (valori medi annui) invece è aumentato di quasi il 6% per quanto riguarda la classe da 0 a 9 addetti, di 46% per la classe da 10 a 49 addetti, ed è diminuito del 18,7% per gli addetti da 50 a 249.

Passando ad analizzare i **risultati economici** di queste imprese (in miliardi di euro), possiamo considerare vari indicatori dal 2008 al 2017:

- **Fatturato:** + 14,25%, nel 2017 pari a 7.854.636 migliaia di euro;
- **Fatturato dell'attività principale:** + 14,48%, nel 2017 quasi pari al fatturato totale ovvero 7.851.578 migliaia di euro;
- **Valore della produzione:** + 15,52%, 7.894.445 migliaia di euro nel 2017;

- **Valore aggiunto al costo dei fattori:** + 17,98%;
- **Margine Operativo Lordo:** + 16,04%;
- **Investimenti lordi in beni materiali:** + 203,81%, passando dai 192.646 migliaia di euro investite nel 2008 ai 585.282 nel 2017. Questi possono essere suddivisi in:
 - **investimenti lordi in macchinari e attrezzature:** + 78,50%;
 - **investimenti in costruzioni, fabbricati ed altre opere** (nuovi ed usati): nel 2008 di 5.471 migliaia di euro fino a 251.179 migliaia di euro nel 2017;
- **Costo del personale:** + 22,61%.

Inoltre, una fotografia degli studi odontoiatrici viene data nel volume “Presupposti” di Alessandro e Umberto Terzuolo (raccolta di articoli e contributi sulla gestione economica e fiscale dello studio odontoiatrico pubblicati su Doctor OS), che classifica le attività odontoiatriche secondo il seguente schema:

- Studio mono-professionale “generalista”: un solo odontoiatra senza collaboratori fornisce tutte le prestazioni sanitarie (dall’implantologia alla conservativa) ma con livelli qualitativi medio-bassi;
- Studio mono-professionale specializzato: un solo odontoiatra senza collaboratori fornisce prestazioni sanitarie di un solo settore (ad esempio implantologia), ma con un livello qualitativo alto;
- Studio mono-professionale con più collaboratori esterni, che permette di allargare la gamma dei servizi offerti grazie alla presenza di più odontoiatri, mantenendo un buon livello di qualità. Punto critico di tale struttura è la gestione extra clinica di cui si deve occupare il professionista di riferimento, spesso privo di tempo o delle competenze necessarie;
- Studio con più professionisti associati, che segue più attività e può avere un livello qualitativo medio-alto. Tale tipologia di struttura permette di avere più professionisti (i soci) che possono dedicarsi alla parte extra clinica in quanto direttamente interessati;
- Centri dentali: strutture in cui lavorano professionisti che si occupano unicamente della parte clinica, gestite però da soggetti (odontoiatri e non) con elevate qualità manageriali che dedicano la maggior parte del loro tempo alla parte extra clinica dello studio;
- Strutture ibride, come ad esempio gli studi in *franchising*, in cui la parte clinica ed alcune attività ad essa connesse (rapporti con assistenti e collaboratori, rapporti con i clienti eccetera) sono gestite dai clinici, mentre gli altri compiti gestionali sono seguiti a livello centralizzato da strutture esterne (controllo redditività e contenimento costi, pubblicità e comunicazione, investimenti, organizzazione, formazione eccetera). Per quanto riguarda le varie tipologie di studio odontoiatrico presenti in Italia, confrontando i dati di un sondaggio condotto da Edra-Lswr nell’estate 2014 con i dati relativi agli studi di settore dell’Agenzia delle Entrate del 2012 (riferiti al

2010), si evince che lo studio odontoiatrico mono-professionale è ancora la tipologia più diffusa, anche se la loro quota è passata dall'84,4% al 76,5%.

Al contrario è aumentato il numero di studi odontoiatrici gestiti da società di persone o di capitali, che sono passati dal 3,8% all'11,3%. Pur trattandosi di due fonti non omogenee, il confronto conferma la diffusione degli studi odontoiatrici in *franchising* e la migrazione verso essi di un certo numero di odontoiatri. La formula dello studio associato resta invece sostanzialmente invariata (12% circa).

Un'indagine Key-Stone per Ancod (Associazione Nazionale Centri Odontoiatrici) ha intervistato 1.607 persone scelte in modo casuale in Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e nella città di Roma, tramite interviste telefoniche (70%) e tramite web (30%). Da questa ricerca è emerso che: il 23% degli intervistati è utilizzatore dei servizi dei centri odontoiatrici e in questa percentuale il 15% è stato curato in uno di questi centri, mentre l'8% vi si è recato solo per una visita o per un preventivo.

Secondo queste ricerche, gli individui che si recano nei centri odontoiatrici andando meno frequentemente dal dentista privato sono famiglie con basso reddito e adulti in età avanzata. Inoltre, il ricorso all'odontoiatria organizzata si ha maggiormente per i trattamenti con un investimento unitario maggiore, come la protesi, l'implantologia e l'ortodonzia: il 25% delle cliniche contro il 17% dell'odontoiatria privata. Una situazione pressoché identica si ha nelle visite dovute a carie o dolori ai denti: 25% nelle cliniche e 19% nell'odontoiatria privata. Un caso opposto si riscontra invece nelle visite di controllo dove il 23% si reca in uno studio privato mentre il 14% nei centri odontoiatrici; per concludere l'igiene presenta una distribuzione più omogenea.

A supporto di questo, un'indagine di Altroconsumo svolta a settembre 2018 su un campione di individui tra i 18 e i 74 anni ha sottolineato che il 20% ha dichiarato di non andare nemmeno una volta all'anno dal dentista per un controllo a causa dei costi eccessivi, mentre il 14% ha rimandato un trattamento sempre a causa dei costi. Inoltre, tra settembre 2017 e settembre 2018, il 7% degli intervistati ha rivelato di non aver potuto sostenere un trattamento necessario e il 2% ha dovuto interromperlo. La causa è stata, in entrambi i casi, ancora una volta, il costo troppo elevato dei trattamenti.

Per quanto riguarda il dentista privato, oggi emerge come il mercato europeo sia caratterizzato da una maggioranza di piccoli studi dove operano da uno a tre dentisti. Questo modello però sta entrando in crisi a causa dei pensionamenti e delle difficoltà nel *turn-over*. Questo crea una grande opportunità per i fondi di investimento e per gli investitori strategici che riescono a comprare studi individuali e gruppi così da creare le catene odontoiatriche introducendo economie di scala, efficienze e una migliore gestione del rischio. Il consolidamento del fenomeno è più evidente in Finlandia dove le catene rappresentano il 35% del

mercato (in termini di numero di dentisti) e in Spagna e in Inghilterra dove la percentuale è pari al 25%.

L'interesse delle società di investimento verso l'odontoiatria, spiega il CED (Council of European Dentist)¹ ha portato in tutta Europa alla nascita di società che gestiscono gruppi di studi odontoiatrici con logiche manageriali, per cui la gestione è affidata non a odontoiatri ma a manager. Il mercato europeo è quindi molto frammentato, ma il potenziale è alto visto il flusso costante di offerte, molte delle quali proposte da *private equity*.

La ricerca dell'Istituto Key-Stone "Panorama Mercato Odontoiatrico Italia – Target Emergenti", che annualmente analizza l'andamento di offerta, domanda e scenario in odontoiatria, evidenzia la presenza a marzo 2018, di oltre 800 strutture (su circa 40.000 imprese del settore odontoiatrico) legate a uno dei 50 brand dell'odontoiatria organizzata con quattro o più sedi e un progetto di sviluppo, mostrando che i valori si sono quadruplicati dal 2012 a oggi.

In particolare, la trasformazione dell'odontoiatria italiana ha avuto la sua genesi nella nascita e diffusione di strutture organizzate in forma imprenditoriale, aventi una forte capacità di azioni di marketing e comunicazione. Con il loro avvento, tra il 2008 e il 2009, queste realtà (pur con un impatto minimo in termini numerici) hanno influenzato l'opinione pubblica e contribuito a portare il paziente a considerare la prestazione medico-sanitaria dentale anche come una "esperienza di consumo" tipica degli acquisti in altri settori caratterizzata dalla navigazione in rete per ricercare servizi, leggere pareri, comparare offerte e servizi, anche in ambito salute.

Di conseguenza, va progressivamente mutando la relazione medico-paziente; in particolare è aumentata l'attitudine alla negoziazione e all'informazione preventiva, che quasi "autorizza" il paziente a mettere in discussione la proposta di cura e invoglia al confronto comparativo.

Oltre 1,1 miliardi di euro di fatturato di cui 700 milioni prodotti dalle catene, 600 unità operative installate, 1,5 milioni di pazienti trattati, circa 9 mila odontoiatri ed igienisti impegnati a tempo pieno o parziale nelle strutture, 8 mila addetti impiegati tra personale paramedico e amministrativo, 30 milioni di euro di acquisti di materiale e dispositivi medici e 100 milioni di euro di dispositivi protesici acquistati dai laboratori odontotecnici. Sono questi alcuni dati dell'odontoiatria organizzata in forma societaria riferiti al 2016 e raccolti da Key-Stone.

Con il termine "centri dell'odontoiatria organizzata" possiamo identificare quegli studi che erogano prestazioni sotto la stessa insegna o nome commerciale. I centri possono essere di proprietà (studi a gestione diretta) del marchio oppure affiliati tramite sistemi di *franchising*.

Differente, invece, il modello chiamato a "*network*": aggregazioni di studi dentistici che mantengono comunque la loro indipendenza e individualità, ma che

1 Annual Report 2018 - <https://report.cedentists.eu/archive/2018/>

collaborano per finalità comuni, sociali o profit, come acquisti centralizzati o servizi di marketing e comunicazione legati a un posizionamento comune, condivisione di forniture e costi extra-clinici come consulenti, legali, formazione.

Nel 2017 i centri dell'odontoiatria organizzata rappresentavano il 2% delle strutture sul territorio (in numero di studi) e curavano l'8% dei pazienti, per un fatturato di circa 800 milioni di euro, ovvero circa l'8% del valore totale del comparto. Secondo alcune previsioni, questi centri potranno raggiungere una quota pari al 20% del mercato, ma difficilmente la supereranno, sia per un naturale assestamento del canale, sia per l'evoluzione parallela del segmento "tradizionale", destinato a concentrarsi, con un numero maggiore di centri virtuosi e la fisiologica riduzione della quota degli studi piccoli e poco performanti.

A questo proposito, la curva demografica dei dentisti italiani fa prevedere nel 2027 una concentrazione enorme per quiescenza degli odontoiatri iscritti all'Albo (una riduzione complessiva di almeno il 30%).

Tornando ai dati, secondo la ricerca, a marzo 2018, l'odontoiatria organizzata contava 807 centri di brand con quattro o più sedi e le previsioni indicavano che nel 2019 l'odontoiatria organizzata avrebbe superato la soglia delle 1.000 strutture.

Per quanto riguarda la distribuzione geografica, l'area Nord-Ovest registrava la percentuale più alta (41%) dovuta a un'elevata concentrazione di centri nelle province di Milano e Torino. Seguivano il Nord-Est (27%), il Centro (21%) e il Sud Italia (11%). Le strategie adottate dai brand variano anche dal punto di vista della copertura geografica e del numero di unità operative per insegna. Dai "big player" nazionali (e internazionali) con un numero elevato di cliniche, alle insegne che coprono tante Regioni ma con pochi centri in ognuna (bassa capillarità) o viceversa che presidiano il territorio (alta capillarità), passando per i brand con un numero ridotto di sedi in poche Regioni.

Analizzando l'andamento di questo segmento, si nota uno sviluppo più marcato tra il 2012 e il 2013, recuperato nuovamente nel 2015, nonostante diverse chiusure registrate nel 2014 (essenzialmente affiliati in *franchising* che non hanno avuto successo). Particolare attenzione va data al proliferare di piccole *start-up* con poche aperture ciascuna, sovente si tratta di studi pilota. Le previsioni sono al netto di queste piccole realtà, il cui disegno imprenditoriale potrebbe infrangersi o trovare sviluppo nel tempo o vedere un'acquisizione da parte di operatori più grandi e organizzati.

Secondo la ricerca Key-Stone, i dati a marzo 2018 erano i seguenti: DentalPro con 133 cliniche si confermava il primo *player* del mercato italiano per numero di centri poiché nel febbraio 2018 DoctorDentist (10 centri in prevalenza a Milano), entrava nella famiglia DentalPro, con la cessione del 100% delle quote societarie. Già nel 2016 il gruppo DentalPro aveva acquisito le cliniche Giovanni Bona e Dentadent. Seguivano Vitaldent (99 sedi), Dentalcoop (65) e

Caredent (45). Vitaldent, recentemente, ha avuto avverse vicende e molte cliniche sono state acquisite da DentalPro o vendute singolarmente ad altri gruppi.

Inoltre, anche in Italia comincia a maturare l'interesse di *private equity* nella gestione degli studi odontoiatrici con l'ingresso in questo settore di investitori esteri e fondi. Questo trend è già consolidato negli USA dove, negli ultimi dieci anni, più di 25 società di *private equity* hanno investito in modo significativo in questo settore. Tra queste, caso esemplare è l'American Dental Partners, partecipata principalmente dalla Summit Partners, che gestisce 23 brand, per un totale di oltre 300 cliniche, in 21 stati USA.

In Italia il fenomeno è ancora agli inizi; il primo caso è stato nel 2015 con l'ingresso in DentalPro della Summit Partners (per il 58% delle quote) e di Vam Investments (partecipazione minoritaria). A seguire, sono stati oggetto d'interesse di fondi d'investimento anche altri brand: Caredent, Vitaldent, DentalCoop, e Odontosalute in cui ha fatto ingresso una realtà di rilievo mondiale quale il Colosseum Dental Group, società controllata dalla svizzera Jacobs holding AG, detenuta a sua volta dalla Jacobs Foundation, un colosso di respiro internazionale con un giro di affari superiore a 250 milioni di euro e che gestisce più di 150 cliniche in Norvegia, Svezia, Regno Unito, Svizzera, Italia e Danimarca.

Secondo l'American Dental Association, l'organizzazione di un gruppo odontoiatrico dal punto di vista manageriale può essere suddivisa in sei classificazioni: gruppo gestito da dentisti proprietari, gruppo affiliato a un'organizzazione di dental management, gruppo assicuratore-fornitore, gruppo no-profit, gruppo di un ente statale, gruppo ibrido (vedi Tabella 3.1). Per quanto riguarda la situazione italiana, i principali *player* dell'odontoiatria organizzata sono strutturati in proprietà, in *franchising* o con un modello misto adottando sia l'una che l'altra tipologia. DentalPro e Dentix hanno tutti i centri in proprietà, Vitaldent, Caredent e Odontosalute sono tutti in *franchising* mentre Dentalcoop ha un modello misto.

Analizzando le loro caratteristiche principali, i centri Dentalpro sono presenti all'interno dei più importanti centri commerciali italiani per garantire la massima disponibilità oraria e una maggiore comodità ai pazienti. Ogni medico è scelto dopo un'attenta selezione e deve rispettare gli alti standard qualitativi di trattamento richiesti dal comitato medico scientifico, che vigila sull'operato di ciascun centro. Dentix, colosso spagnolo approdato in Italia nel 2014 e che con la crisi Coronavirus ha chiuso molti centri in Italia, ha scelto di aprire tutti centri dentali in proprietà e questa decisione viene commentata da Angel Lorenzo, presidente di Dentix, così: «La dimensione di proprietà sulle cliniche ci consente di risparmiare sugli intermediari, trasferendo questo risparmio a vantaggio dei clienti, avendo, al tempo stesso, maggior controllo sulle singole strutture così da offrire in tutte la stessa qualità». Tutte cliniche di proprietà: nessun *franchising*, ma gestione diretta, con investimenti in innovazione e tecnologie come la tac 3d, il laboratorio integrale cad-cam, la videocamera "intraorale."

Gruppo gestito da dentisti proprietari	È un'aggregazione di dentisti in un singolo gruppo che può essere localizzata in un solo studio o più studi completamente di proprietà e gestiti dai dentisti, di solito organizzati con una partnership o una corporazione professionale.
Gruppo affiliato a un'organizzazione di dental management	Un gruppo contratta con un'organizzazione di dental management per condurre tutte le attività del business che non riguardano la pratica del dentista. Ci sono parecchi tipi di organizzazioni di dental management e ci possono essere significative variazioni nella natura degli accordi tra il dentista e l'organizzazione del dental management. Rientra in questa categoria il franchising odontoiatrico.
Gruppo assicuratore-fornitore	Un gruppo è una parte di un'organizzazione che assicura la cura della salute della popolazione iscritta all'assicurazione e che fornisce i servizi di cura della salute.
Gruppo no-profit	Gruppo creato da una organizzazione quasi-governativa caritatevole, che spesso si focalizza sul fornire trattamenti per la popolazione svantaggiata o per formare i professionisti della cura della salute.
Gruppo di un ente statale	Gruppo che è parte di un ente statale. È organizzato e gestito completamente dall'ente. Tutti i dentisti sono impiegati dello Stato o collaboratori e operano in accordo con le politiche dello stato.
Gruppo ibrido	Gruppo che non rientra chiaramente in una delle categorie precedenti e che può mostrare caratteristiche di una e dell'altra.

Tabella 3.1 – Classificazione dei gruppi operanti dell'odontoiatrica.

Fonte: American Dental Association, "A proposed Classification of Dental Group Practices"

Anche il *franchising* Vitaldent nasce in Spagna, aprendo il suo primo Centro a Madrid. Chi si affilia alla rete aprendo un Centro Vitaldent, entra in un sistema organizzato, che lo supporta in ogni fase della vita della sua impresa, dove tutto è pianificato all'interno di una strategia di respiro internazionale, declinata per avere successo nel proprio ambito locale.

Vitaldent fornisce un supporto costante all'affiliato, in tre aree di competenza differenti: selezione e formazione per il team del centro odontoiatrico, marketing istituzionale e locale e management con la presenza di un area manager.

Anche gli affiliati di Caredent Dental Experts ricevono assistenza e consulenza in merito a tutti gli aspetti necessari per sviluppare il modello Caredent Dental Experts ovvero per la scelta del locale, l'installazione della clinica, la selezione e formazione del personale, l'amministrazione e il controllo informatico attraverso un software dedicato, la gestione della clinica in fase iniziale e negli anni successivi, il marketing e la pubblicità nazionale e locale.

Dentalcoop invece possiede diciotto cliniche a gestione diretta, oltre a una rete di cliniche gestite in *franchising* e le caratteristiche del modello di business sono le stesse degli altri brand.

I vantaggi per i *franchisee* risultano quindi essere: marchio forte con alta riconoscibilità, comprovata esperienza nel settore sanitario, supporto totale nell'apertura del centro, selezione e formazione continua del personale e del quadro medico, investimenti in comunicazione importanti e continui.

Invece i vantaggi dell'odontoiatria organizzata per il paziente sono sicurezza e notorietà della marca, possibilità per il paziente di avere tutte le specializzazioni odontoiatriche nello stesso centro, listino prezzi chiaro ed esposto, ampio orario di apertura, agevolazioni nei pagamenti.

Prerogativa dell'odontoiatra, quindi, non è solo stare al passo con i tempi sul piano delle tecnologie, degli ultimi protocolli terapeutici, ma anche ricostituire quella fiducia smarrita con il paziente, renderlo soggetto attivo della terapia, ricordando però che approccio etico non vuol dire soltanto bilanciare gli aspetti economici con quanto viene proposto, ma anche commisurare le finalità terapeutiche con quanto viene richiesto dal paziente o con quello che riteniamo essere per lui l'intervento migliore.

In questo quadro dove il paziente assume un ruolo centrale, vanno collocate le evoluzioni che riguardano l'offerta odontoiatrica in cui la necessità di una gestione di tipo imprenditoriale è, già oggi, un dato di fatto, soprattutto perché, alla luce di come sta evolvendo la domanda di cure odontoiatriche, serve sempre più raggiungere una massa critica. Oggi l'odontoiatra deve saper fare il suo lavoro, la professione per la quale ha studiato senza dimenticare che si tratta pur sempre di impresa. Infatti, per fare in modo che il dentista sia al passo con il paziente, è necessario investire e sviluppare digitalizzazione e informatizzazione dello studio. Strumenti come il CRM (*Customer Relationship Management*) consentono di raccogliere e analizzare dati sui pazienti e sul funzionamento dello studio, danno indicazioni su come strutturare al meglio la giornata lavorativa e permettono di rimodulare l'offerta verso una maggiore ottimizzazione e una migliore risposta al paziente.

Questi aspetti dello studio odontoiatrico in chiave "moderna" vengono gestiti adeguatamente dai centri dell'odontoiatria organizzata, dove il dentista si occupa più della parte clinica in quanto i servizi manageriali sono delegati ad altri soggetti.

L'odontoiatria in generale e, ancora di più, l'odontoiatria organizzata, ha la necessità di gestire la spesa privata, soprattutto quella intermediata. Avere una rete di studi odontoiatrici in convenzione è sempre stato, per Assicurazioni o Fondi, un vantaggio nei confronti dei propri assistiti e, soprattutto, l'introduzione del rimborso in forma diretta ha aiutato moltissimo a ridurre i fenomeni di inappropriata o di distorsione nell'uso delle coperture assicurative, approfittando del trasferimento del rischio verso un terzo pagatore. La gestione del rapporto di convenzionamento con uno o più assicuratori o Fondi è diventato un elemento molto importante per gli studi odontoiatrici e, anche in questo, un'organizzazione aziendale e la trasformazione in "catene" è servito per razionalizzare la gestione e ottimizzare i costi amministrativi a essa connessi. Come si vede infatti nella Figura 3.1, le cure odontoiatriche sono quell'ambito di attività per la quale si intravede uno dei maggiori livelli di trasferimento da spesa privata *out of pocket* a spesa privata intermediata, questo sia per una maggior

diffusione generale degli strumenti di assistenza sanitaria integrativa connessi alla contrattazione nazionale (che contengono sempre spese odontoiatriche – anche a fronte della necessità, per la classificazione quali fondi “doc” e per la defiscalizzazione di una percentuale di coperture in questo ambito), che per una volontà di trasferimento del rischio da parte dei singoli sottoscrittori di polizze individuali malattia.

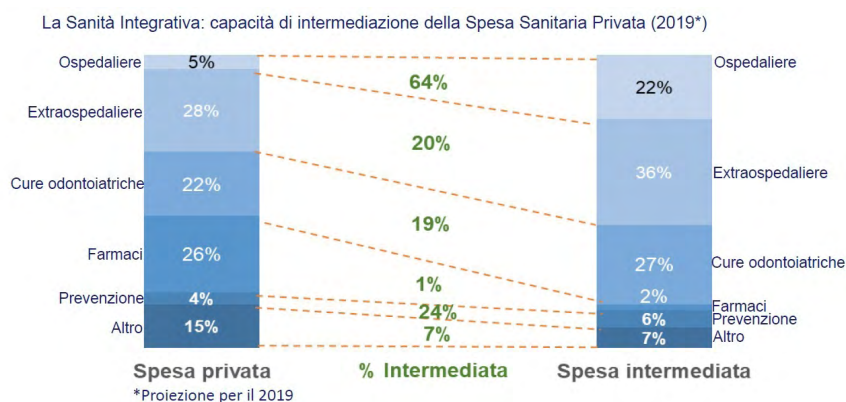


Figura 3.1 – La capacità di intermediazione della spesa sanitaria in Italia.

Fonte: RBM Salute/Intesa San Paolo

L’ambito odontoiatrico, quindi, in forza del suo essere, per scelta del legislatore nazionale, totalmente al di fuori dei LEA e della copertura universalistica del nostro Sistema Sanitario Nazionale, rappresenta un ambito di business particolarmente interessante, soprattutto da quando sono incrementate le logiche “industriali” di gestione, che hanno visto di certo un incremento della qualità a favore dei pazienti/clienti, e non solo per logiche di riduzione del costo delle prestazioni. In ogni caso, in questo specifico ambito, un trasferimento delle economie di scala verso una riduzione complessiva del prezzo, ha contribuito a rendere più accessibili le cure odontoiatriche, con un miglioramento complessivo delle condizioni di salute dei cittadini e, quindi, integrando l’offerta sanitaria del SSN verso un perimetro totalmente scoperto. Il fenomeno, poi, della progressiva “intermediazione” nella gestione del rimborso delle prestazioni odontoiatriche ha sicuramente contribuito a favorire un’ulteriore “solidarizzazione” dei consumi, aiutando nel complesso molti cittadini ad accedere a questo ambito di cure.

3.2 Salute mentale

Il mercato dei servizi socio-sanitari, in questo momento, presenta un evidente squilibrio tra domanda e offerta in ambito psichiatrico e diverse barriere all'ingresso, non solo di tipo normativo.

Dal lato degli operatori, il mercato è caratterizzato da un'offerta di servizi principalmente focalizzata sull'assistenza agli anziani o su alcune attività specialistiche e dalla presenza di pochi operatori privati e una pluralità di *player* di estrazione no-profit o cooperativistico.

La complessità della normativa di riferimento e la segmentazione a livello regionale ha accresciuto in modo significativo il vuoto di offerta. Dal lato della domanda, anche in conseguenza dell'accresciuto disagio sociale post-pandemia, sono numerosissime le aree scoperte e i casi di pazienti che, non riuscendo a essere presi in carico dal SSN né a trovare un'offerta di natura privata, vanno incontro all'acuirsi di patologie e cronicizzazioni, con gravissime ricadute sanitarie e sociali. Non dimentichiamo che, soprattutto nel caso di patologie che coinvolgono minori e adolescenti, una cronicizzazione nel corso dell'età evolutiva potrebbe tradursi in un disagio per tutto il percorso di vita, con impossibilità di entrare all'interno del contesto sociale in modo pieno e attivo.

L'aumento del disagio psichico è uno dei trend di evoluzione demografica tra i più significativi in Italia. Sta aumentando il disagio psichico per tutte le fasce di età e il benessere psichico collettivo, secondo dati OMS, si è ridotto negli ultimi cinque anni di 1,6 punti per tutta la popolazione, con una riduzione di 2,7 punti per la popolazione giovane e di 5,4 punti per la popolazione femminile. A questo possiamo collegare una crescente sensazione di “esclusione” da parte della popolazione che, in Italia, ha raggiunto la percentuale del 21%, contro un 9% della media europea.

Il disagio psichico degli adolescenti sta diventando una vera e propria emergenza (vedi Figura 3.2).

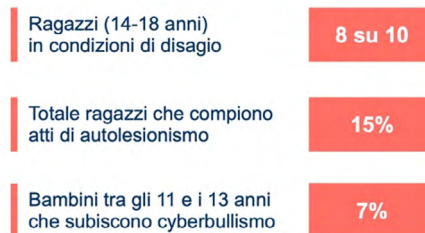


Figura 3.2 – La situazione del disagio psichico degli adolescenti in Italia.

Fonte: Società Italiana Pediatria.

Esaminando i numeri, infatti, 8 adolescenti su 10 soffrono di depressione, irritabilità, apatia e si sentono isolati. Queste sono le principali ragioni per cui

si sviluppano patologie psichiatriche. Il 15% di questi adolescenti arriva a compiere atti di autolesionismo, tra cui il suicidio. Negli ultimi dieci anni, nei dipartimenti psichiatrici ospedalieri è stato rilevato un aumento delle problematiche di salute mentale. Le visite connesse a tali problemi sono il 32% delle visite complessive e il 54% di tali visite porta a un successivo ricovero.

Andando a esaminare più nel dettaglio la situazione italiana, già prima dell'evento pandemico gli adolescenti con disagio psichico e relazionale in Italia erano 500.000, con diversa ripartizione nelle varie Regioni italiane (vedi Figura 3.3).



Figura 3.3 – I ragazzi con disagio psichico in Italia nel 2020.

Fonte: Analisi Recovery for Life su dati ISTAT, Società Italiana di Pediatria, SINPIA

In Italia si assiste a un'offerta non sufficiente di servizi sanitari dedicati ad affrontare il disagio psichiatrico dei giovani. Il nostro Paese evidenzia, infatti, una carenza strutturale di disponibilità di posti letto di ricovero ordinario e di riabilitazione e una mancanza di organizzazione di risposte di rete alle situazioni di disagio psichiatrico grave in età evolutiva. Solo un terzo dei ricoveri ordinari riesce ad avvenire in reparti dedicati agli adolescenti. Gli altri due terzi avvengono in reparti non adatti (reparti psichiatrici per adulti, pediatrie, ecc.) con il rischio di percorsi di cura inefficaci e insufficienti e di cronicizzazione del disturbo. La situazione è ulteriormente aggravata da fattori sociali a contorno, quali ad esempio l'allentamento della rete sociale e l'aumento della povertà.

La Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) ha realizzato una mappatura della situazione dell'organizzazione dei servizi in risposta ai contesti di urgenza-emergenza psichiatrica in età evolutiva in Italia. Gli ambiti indagati sono quelli della programmazione regionale dei servizi, la presenza di servizi ospedalieri per le urgenze, il numero delle strutture (residenziali e semi-residenziali) e di riabilitazione e l'organizzazione territoriale. L'indagine evidenzia come pochissime Regioni siano organizzate per l'acuzie ospedaliera e il supporto territoriale e che vi siano scarse risorse per la gestione appropriata della riabilitazione e del re-inserimento sociale dei ragazzi.

Nello specifico, solo dieci Regioni hanno recepito i documenti di indirizzo della Conferenza Stato-Regioni (138/2014) e solo sette hanno pubblicato proprie linee guida. Soltanto nove Regioni hanno posti letto dedicati agli adolescenti per la gestione delle urgenze psichiatriche e, comunque, molti ricoveri sono effettuati nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) o in pediatria (con un assetto erogativo non appropriato per la gestione di questi disturbi e, soprattutto, per il trattamento utile a evitare la cronicizzazione). Solamente in sette Regioni esistono protocolli di neuropsichiatria adeguati all'età evolutiva con una forma di organizzazione territoriale. Infine, poche Regioni hanno strutture di post-acuzie e riabilitazione che prendano in carico i ragazzi dopo l'episodio acuto, con la conseguenza di una permanenza del ragazzo in acuzie in un momento nel quale sarebbe necessario cambiare l'assetto erogativo.

Venendo a un'analisi del "mercato" in Italia, non vi è una forte presenza di strutture, pubbliche o private, che si occupano di riabilitazione degli adolescenti e quelle esistenti, nella maggior parte dei casi, sono focalizzate su singole patologie senza un approccio multidisciplinare. L'offerta pubblica dei livelli assistenziali residenziali e semi-residenziali è poco presente e frammentata. Anche gli erogatori privati si indirizzano principalmente agli adulti. Esiste, quindi, uno spazio di mercato interessante al fine di soddisfare un fabbisogno molto rilevante dal punto di vista delle famiglie, della società e del benessere psico-fisico del paziente adolescente.

Se consideriamo la dimensione dell'offerta in Italia pre-pandemia, meno dell'1% dei ragazzi con disagio psichico erano presi in carico dai servizi pubblici o privati con percorsi di riabilitazione residenziali o semi-residenziali e con programmi di re-inserimento (vedi Figura 3.4).

Totale ragazzi in Italia con patologie psichiatriche gravi	500.000	Totale ragazzi presi in carico in Italia in riabilitazione di NPI	4.764 0,95%
Di cui in Nord Italia	220.000	Di cui in Nord Italia	2.265 1,02%
Di cui in Centro Italia	93.000	Di cui in Centro Italia	735 0,79%
Di cui in Sud Italia e nelle Isole	187.000	Di cui in Sud Italia e nelle Isole	1.764 0,94%

Figura 3.4 – Presa in carico dei ragazzi con disagio psichico in Italia.

Fonte: ISTAT 2021 e Ministero della Salute 2021

Riprendendo i modelli di business che potrebbero rispondere ai bisogni insoddisfatti sopra evidenziati, è evidente come sia necessario procedere con un approccio innovativo con una presa in carico, che metta in campo una vera e

propria “filiera” dei servizi, che veda la compresenza, oltre a un’equipe multidisciplinare, dei diversi assetti erogativi. Nello specifico:

- Ambulatorio: prevede una presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale in cui i diversi specialisti integrano e modulano le proprie competenze per rispondere a ogni specifica domanda di cura.
- Centro diurno: consente di frequentare un contesto riabilitativo multidisciplinare dove usufruire di attività individuali e di gruppo. La frequenza e le attività sono modulate sulle specifiche esigenze della persona presa in carico.
- Residenza: offre un percorso riabilitativo laddove sia necessario un intervento più incisivo e un distacco temporaneo dalla casa, per recuperare anche l’equilibrio delle relazioni familiari. Il progetto prevede interventi anche sulla famiglia.
- Domiciliare: è un programma di interventi personalizzati svolti al domicilio, a potenziamento dei risultati ottenuti con i percorsi precedenti e utile a un re-inserimento progressivo nel nucleo familiare.
- On-line: oltre a permettere interventi di diagnosi e trattamento in remoto, prevede anche percorsi terapeutici.

Accanto ai percorsi clinici, è importante affiancare una costante attività di ricerca e *education*. La creazione di reti di collaborazione nazionali e internazionali è la chiave per migliorare la qualità del personale delle unità di offerta definendo percorsi formativi idonei a trasmettere un modello di assistenza integrato, oltre a permettere un contatto costante con l’evoluzione dei percorsi di cura in questo ambito che vedono, in altri Paesi, approcci terapeutici precoci con miglioramento dell’efficacia terapeutica e riduzione delle cronicizzazioni.

Da ultimo, nonostante sia possibile prevedere un accreditamento e una contrattualizzazione delle unità di offerta private, la quantità del fabbisogno è tale che è necessario affiancare un’offerta privata a quella garantita con il SSN. In tal senso si stanno sviluppando prodotti assicurativi ad hoc, in grado di supportare le famiglie nell’affrontare i percorsi di cura ed è necessario che gli stessi fondi di assistenza sanitaria integrativa guardino con particolare interesse a questo segmento di bisogno, considerando che un loro intervento in questo ambito, proprio in virtù della non copertura da parte del SSN, potrebbe costituire un importantissimo elemento di integrazione al SSN, da affiancarsi all’odontoiatria e alla *long-term care*.

3.3 Wellbeing

Nell’indagare il più ampio fenomeno degli spazi di azione nell’ambito della tutela della salute delle persone, è necessario interrogarsi sull’allargamento per

garantire non solo la “salute” intesa come assenza di malattia, ma un concetto più ampio di “benessere” e “stare bene” che allarga i confini al di là delle attività sanitarie, assistenziali e socio-sanitarie. Ma cosa significa *Wellbeing*? E perché oggi sempre di più è importante star bene e vivere bene?

Il concetto dello “star bene” oggi è qualcosa che va oltre la definizione di Salute. Benessere non è (solo) assenza di malattia, ma uno stato di equilibrio tra diverse componenti, che contemplan quella fisica, emozionale, finanziaria, sociale (e all’interno delle aziende anche professionale), strettamente interconnesse tra di loro.

Il *Wellbeing*, dunque, è una strategia olistica che supporta le persone nello stare bene, avere una vita equilibrata con un miglioramento della performance sul posto di lavoro e una crescita per l’organizzazione, sia in termini economici, che di *redemption* e *attraction*, oltre che generando un impatto positivo sulla comunità (*ESG/Sustainability*) (vedi Figura 3.5).



Figura 3.5 – I pilastri del *Wellbeing*.

Fonte: Elaborazione Aon

In particolare, il benessere fisico si basa sulla consapevolezza dell’importanza e messa in atto di stili di vita salutari, oggi, per vivere in salute anche domani. In questo contesto, informazione e formazione sono fondamentali, ma lo sono anche strumenti e soluzioni che consentano di accedere a percorsi di prevenzione, consulenze mediche, *coaching*, *digital health*, applicazioni di *lifestyle management*, e numerosi altri servizi che possono oggi essere messi a disposizione per migliorare il proprio stato di benessere fisico.

La pandemia ha colto la maggior parte di noi di sorpresa, cambiando il modo in cui viviamo, lavoriamo e ci connettiamo gli uni con gli altri. I leader aziendali – e in particolare quelli del mondo della Sanità – sono stati costretti a confrontarsi con sfide precedentemente inconcepibili. Ha inoltre reso dolorosamente chiaro che il benessere della forza lavoro e della comunità è in pericolo. E ha agito come uno stimolo decisivo ad accelerare, con assoluta necessità, nuovi approcci per consentire in generale a tutte le aziende di sopravvivere o prosperare, e alla Sanità in particolare ha dato un ulteriore impulso per ragionare su come cogliere le opportunità di questo contesto, sia verso l’interno (verso le proprie Persone, la loro risorsa più grande), sia come opportunità di business.

Inoltre, sempre più l'implementazione di programmi di prevenzione e di miglioramento degli stili di vita diventa un elemento per garantire la sostenibilità del nostro sistema sanitario nazionale e, più in generale, dei sistemi sanitari a copertura universalistica. È ormai evidente che gli stili di vita abbiano un impatto diretto sullo sviluppo di patologie non trasmissibili e di patologie croniche. Queste patologie, peraltro, sono quelle ad avere il maggior impatto in termini economici, causando un notevole peggioramento delle condizioni di vita a valle della cronicizzazione, soprattutto negli ultimi anni di vita (laddove, già ora, vediamo un progressivo peggioramento delle condizioni di vita in salute). Sposando quindi un concetto di “aggiungere vita agli anni e non anni alla vita”, diventa importantissimo promuovere, nelle più diverse forme possibili (campagne di sensibilizzazione del Ministero della Salute, programmi di welfare aziendale che vadano a premiare i comportamenti virtuosi, ecc.), un impegno del singolo nel miglioramento del suo stile di vita, non solo per gravare meno sul Sistema Sanitario, ma per vivere più a lungo e in salute. Questa particolare linea di azione può rappresentare, peraltro, un'ottima leva di business non solo per le aziende che si occupano di sanità, ma per un più ampio bacino di aziende che abbiano a che vedere con il “*life style*” delle persone.

Tra l'altro, la centralità del tema del *Wellbeing* è emersa come elemento chiave strategico a livello globale, tanto che dal World Economic Forum 2021 di Davos si è sollevata la necessità che le aziende si occupino del benessere dei propri dipendenti come un'abilità tangibile, un input aziendale critico e un risultato misurabile.

Il benessere emozionale e la resilienza emotiva sono la capacità di un individuo di adattarsi e gestire situazioni inaspettate e stressanti. Dati di uno studio Aon (Global Wellbeing Survey Report, 2023) dimostrano che la pandemia ha aumentato l'importanza che le aziende attribuiscono alla salute mentale dei dipendenti e alle preoccupazioni sull'equilibrio tra lavoro e vita privata. Nello studio i leader aziendali ora citano l'aspetto emozionale tra le loro principali preoccupazioni sul benessere, dal terzo posto che assumeva nella ricerca pre-pandemica.

Il benessere finanziario è la tranquillità che deriva dal sapere di avere sufficienti disponibilità per adempiere agli impegni finanziari presenti e futuri, essendo in grado di gestire gli eventuali imprevisti che possono accadere nel percorso. Dalle recenti Survey Aon emerge come il 45% delle persone a livello globale siano in ansia per la propria situazione finanziaria, il 79% delle persone ritiene che non sarà mai in grado di andare in pensione, l'88% delle Aziende ritengono che il *Financial Wellbeing* sia una componente importante del *Wellbeing*.

Il benessere sociale deriva da senso di appartenenza ad una rete sociale, che permette all'individuo di avere uno scopo e di sentirsi parte attiva di una community. Riguarda le relazioni della persona e di come queste siano influenzate

dal contesto. Include gli aspetti di DE&I (*Diversity, Equity & Inclusion*) sempre più centrali nelle Organizzazioni, in particolare per le nuove generazioni, e nella Comunità.

Il benessere professionale abbraccia lo sviluppo professionale della persona all'interno dell'azienda a partire dal momento del suo inserimento, passando attraverso lo sviluppo di piani di carriera e delle competenze, la gestione delle prestazioni collegate al raggiungimento degli obiettivi e a sistemi premianti. Ma il benessere professionale significa anche mantenere un termometro sul clima aziendale che guidi le priorità e le decisioni del Management in merito alle risorse umane, gestione delle diverse generazioni aziendali, attraverso la comprensione dei relativi bisogni, e programmi di impiegabilità delle risorse i cui ruoli non esisteranno più a causa dell'avvento della tecnologia e della digitalizzazione. Iniziative a tutto tondo su tali aspetti consentono infatti alle persone di prendere coscienza del proprio talento e relativo valore aggiunto apportato all'azienda, migliorando l'ambiente lavorativo.

Queste cinque dimensioni riflettono la missione dell'Organizzazione non solo come Brand, ma anche e soprattutto come impegno nella *Sustainability* (ESG, Sustainable Development Goals ONU 2030), nella *Corporate Social Responsibility* e nello sviluppo della *Workforce Resilience*. Stiamo parlando pertanto di una visione olistica del benessere, che mette al centro la Persona e i suoi bisogni personali e professionali. In tal senso il *Wellbeing* oggi non è più un “*nice to have*”, bensì un “*must have*”. La Survey Aon 2020-2021, *The Rising Resilient*, riporta che: «*Smart, strategic investment in the health and Wellbeing of people is more than good housekeeping; it is what makes businesses thrive*»².

Perché è importante per le Organizzazioni Sanitarie lavorare sui temi del *Wellbeing*? Al già difficile contesto connesso alla pandemia e alla già nota scarsità di risorse nel Settore, anche il fenomeno delle Grandi Dimissioni ha operato come elemento aggravante, ponendo l'accento sulla necessità di implementare strategie strutturate e personalizzate per attrarre e trattenere le Persone lavorando per la loro salute e benessere.

Il *Wellbeing* non deve essere considerato solo come un *nice-to-have*, ma deve diventare parte rilevante della Employee Value Proposition delle aziende. Una cultura del *Wellbeing* non è solo una “iniziativa”, ma un cambiamento permanente del modo in cui si svolge il lavoro.

Ma per poter garantire uno stato di benessere diffuso e duraturo, le Aziende Sanitarie devono implementare programmi strutturati di *Wellbeing*, comprendendo appieno i bisogni mutevoli e molteplici delle proprie Persone e rispondere a questi bisogni in modo personalizzato e ben comunicato. Implementando

2 AON. (2020). THE RISING RESILIENT - How workforce resilience will enable businesses to thrive. <https://www.aon.com/getmedia/b7aa30bd-6e94-47da-99e2-23fb4d36b739/aon-rising-resilient-report.aspx>

metriche sul benessere psico-fisico delle proprie Persone e indici *Wellbeing* che consentano di fotografare la situazione esistente e monitorarne le evoluzioni nel tempo sia rispetto ai bisogni che nei confronti dei trend di Settore e Mercato.

In tale contesto il Welfare (es. Flexible Benefit) può rappresentare un primo più tradizionale strumento per l'implementazione di Piani di *Wellbeing*, consentendo anche di beneficiare dei vantaggi fiscali previsti dalla normativa vigente. Tuttavia, le soluzioni che oggi il mercato offre per il benessere a 360° delle Persone sono numerosissime e quello che è importante è selezionare – attraverso l'ascolto – quelle che meglio rispondono ai bisogni di ciascuno.

I benefici di questo approccio sono numerosi: è dimostrato che, se una persona sta bene, di riflesso si generano numerosi vantaggi. Dalla Survey Aon emerge che le aziende che costruiscono una forza di lavoro resiliente hanno persone più in salute (+20%), un minor turnover (-42%), miglior *brand value* (+53%) e più alta produttività (+42%). Ma anche riduzione di assenteismo e presentismo, miglioramento dell'*employer branding* e del *customer rating*. E nel mondo della Sanità, anche una riduzione degli eventi avversi e complicanze connessi a stress e burnout degli operatori.

Quali sono le opportunità di business del mondo della Sanità connesso alla necessità di sviluppare il *Wellbeing* nelle Aziende (di qualsiasi settore) e in senso più ampio nella Comunità? Lavorare sui temi del *Wellbeing*, soprattutto in ottica di prevenzione, rappresenta un'opportunità di business unica per le Aziende del Settore Sanitario, storicamente focalizzate su un approccio di cura ospedale-centrico, andando a cogliere quella “fetta di mercato” al momento poco intercettata.

Le opportunità nascono da diversi fattori: la difficoltà di accesso al Sistema Sanitario Pubblico (lunghi tempi di attesa), la volontà da parte delle Aziende di migliorare il *work-life balance* delle proprie persone (fornendo soluzioni e benefit a supporto della salute e benessere che facilitino la vita dei propri Dipendenti), il benessere finanziario (sostegno per consentire l'accesso alle cure con prezzi calmierati per tutte la famiglia), l'invecchiamento della popolazione che comporta un bisogno maggiore di assistenza diffusa/domiciliare e il supporto a chi è *Caregiver*, la prevenzione in senso ampio e capillare sul territorio, la *mental health*, associati alla potenziale opportunità del PNRR.

Tali occasioni devono inoltre stimolare le Aziende della Sanità a ragionare su nuovi filoni di intervento a supporto del *Wellbeing* delle popolazioni Aziendali nei vari Settori (B2B e B2B2C) o sul mercato B2C: la telemedicina, l'ingresso in reti sanitarie convenzionate, i servizi a supporto del *Caregiver*, l'assistenza domiciliare, il supporto psicologico online, i pacchetti di check up per le Aziende, l'implementazione di modelli di “clinica distribuita” lavorando sulla prevenzione diffusa del sano che ingaggino in modo semplice le Persone (sia in ambito *Corporate* che *Retail*) generando poi una call to action che porta la Persona (o

l'Azienda) a richiedere e acquistare servizi di secondo livello quali video visite, visite in loco, esami diagnostici, attivando pertanto un circolo virtuoso.

Da ultimo, è importante notare come il *Wellbeing* applicato al mondo della Sanità porti in evidenza una sorta di “paradosso” dell’incremento del “ROI”: ossia la struttura sanitaria che fa parte di una rete sanitaria convenzionata offerta anche alle proprie persone e alle loro famiglie, da un lato opera in ottica di fidelizzazione dei propri Dipendenti, dall'altra – estendendo l’accesso anche al nucleo familiare – ne ottiene un duplice beneficio: *retention* e incremento delle *revenues* (per vendita di servizi anche se a prezzi scontati).

3.4 Le Case di Comunità come offerta privata: una proposta

Ospedale e territorio. Questa “dualità” accompagna il nostro Sistema Sanitario Nazionale dalla sua fondazione nel 1978 e, probabilmente, anche da prima. A fronte di una debolezza di risposta da parte delle “reti” capillari che già esistono (molto spesso affidate a privati accreditati a contratto) e che dovrebbero garantire una risposta di presa in carico più efficace e, soprattutto, più estesa, i cittadini scelgono di affidarsi al pronto soccorso, con la conseguenza di snaturare questi presidi di urgenza e emergenza verso prestazioni potenzialmente inappropriate. È opportuno dire “potenzialmente” perché, a fronte di un bisogno che sorge repentinamente, non si è nelle condizioni di capire se, effettivamente, si tratti di un disturbo minore (questo succede, in particolar modo, con i minorenni) o di una patologia potenzialmente grave che può esitare nella necessità di un intervento urgente.

Molti sono stati i tentativi di rafforzare il c.d. “territorio” (che ha, come fulcro, i distretti e le cure primarie), creando unità di offerta specifiche, idonee a dare una risposta, anche diagnostica, in grado di orientare il paziente e, eventualmente, prevedere approfondimenti diagnostici e interventi terapeutici, possibilmente con una connessione anche di tipo organizzativo con le strutture ospedaliere, i centri di riabilitazione e le RSA. In ordine di tempo, la riforma della sanità lombarda del 2015 ha previsto la creazione di Presidi Socio-Sanitari Territoriali (PRESSI) e, in altre Regioni (es. Emilia-Romagna) sono attive esperienze di unità di offerta che vedono la presenza dei medici di medicina generale, specialisti, diagnostica e servizi amministrativi, normalmente offerti dalle ASL. Da ultimo, nel disegno dell’utilizzo dei fondi del PNRR, è stata data particolare enfasi alla medicina territoriale, con diverse linee progettuali orientate a migliorare la risposta di prossimità per i cittadini.

La missione 6 del PNRR, infatti, prevede la costruzione o abilitazione di centri di medicina di prossimità, chiamati “Case di Comunità” e “Ospedali di Comunità”. Purtroppo, tale progetto tende a innestare su un sistema di unità di

offerta molto ampio, ulteriori presidi, creando così uno stress dal punto di vista dell'impiego delle risorse. Infatti, le risorse PNRR prevedono di coprire solo gli investimenti e non la parte corrente, riducendo quindi l'efficacia potenziale dell'intervento stesso. Tra l'altro, non è stata neanche prevista la possibilità di affidare a privati la costruzione o infrastrutturazione di queste unità di offerta, in formule di PPP (Partenariato Pubblico-Privato).

Il progetto Case di Comunità eredita dunque modelli consolidati del passato, ponendosi l'obiettivo, per così dire, di reinventarli alla luce di nuove esigenze emergenti, o semplicemente "più" emergenti a seguito della crisi pandemica, come quelle di garantire una medicina di prossimità sempre più capillare e strutturata; modelli che, tuttavia, hanno trovato fortuna, quantomeno nella loro realizzazione principalmente in quelle Regioni che hanno da sempre esercitato una forte centralizzazione del modello di sviluppo del SSR con scarsa integrazione tra pubblico e privato.

La Casa di Comunità si presenta tuttavia come l'ennesimo tentativo di costruire un articolato e luccicante contenitore con poca, troppo poca, attenzione al contenuto. Il rischio è proprio quello di riproporre modelli già visti, con tutti i limiti evidenziati nel tempo, portando di fatto all'esigenza di trovare qualcosa di nuovo per superarne le criticità.

Se è vero che il progetto Casa di Comunità nasce e si definisce principalmente per raccogliere l'imperdibile opportunità di raccogliere i fondi PNRR, è tuttavia anche vero che se non si guarda con grande attenzione al contenuto e in particolare al sistema di funzionamento di questi presidi territoriali (così come per gli Ospedali di Comunità), agli elementi gestionali innovativi, alle forme di integrazione verticale e orizzontale, all'omogeneizzazione dei dati disponibili, la mera disponibilità delle risorse finanziarie per realizzare le infrastrutture non solo non sarà sufficiente, ma con buona probabilità dimostrerà che non sarebbe stata nemmeno necessaria.

Sarà inoltre indispensabile intercettare quelle dinamiche strategiche, organizzative e gestionali, in grado di rispondere peculiarmente e tempestivamente alle evoluzioni dei bisogni epidemiologici di un determinato territorio, delineando così un insieme di indicatori in grado di dimostrare il progressivo efficientamento del sistema, misurando gli impatti di outcome legati a medicina di prossimità e di iniziativa, così da evidenziare quel risparmio economico da cui trarre le risorse per poter finanziare in maniera strutturale le Case di Comunità e per renderle attrattive per specialisti, MMG, PLS e operatori sanitari; perché sarà verosimilmente questa la sfida principale in un contesto che vede sempre di più languire gli operatori sanitari disponibili, aumentare l'attrattività di altri paesi per esercitare la propria professione non solo per gli aspetti economici ma anche di valorizzazione professionale.

Se non adeguatamente strutturata la Casa di Comunità si appresta a divenire un ennesimo intercalare all'interno del sistema sanitario che rischia di creare più

un ulteriore elemento di ridondanza di risposte sanitarie, peraltro sempre rivolte alla stessa tipologia di utenza e sempre con le stesse modalità di presa in carico, piuttosto che non una effettiva e valida alternativa costruita sulla base dei criteri e delle aspettative più attuali, attraverso un sistema di gestione integrato, attuale, dinamico, veloce e premiante.

Il rischio è che la Casa di Comunità si proponga alla fine di sintetizzare, in modo frammentato, un po' frettoloso e forse non sufficientemente ragionato, tutte le esperienze che nel corso del tempo si sono susseguite, dalle Case della Salute ai CREG, dall'infermiere di territorio sul modello del sistema inglese alla presa in carico delle cronicità della passata riforma, dalla gestione della de-ospedalizzazione attraverso dimissioni protette alla prevenzione degli accessi inappropriati di pronto soccorso, dalla gestione dei follow-up a quella degli screening. Un progetto estremamente ambizioso che, per essere reso operativo, richiederebbe ben più risorse per il suo funzionamento che per la sua realizzazione e che sembrerebbe tralasciare (forse volutamente) alcuni aspetti centrali per il suo funzionamento che si rischia sempre di considerare ex post piuttosto che con una accurata riflessione ex ante.

Come detto, il primo aspetto riguarda il personale medico, infermieristico e amministrativo per queste strutture; di quale personale si tratta? Da dove verrà reclutato o cooptato? Quale percorso formativo e professionale dovrà possedere per poter essere inserito in un contesto così particolare e innovativo rispetto ai precedenti sistemi di offerta? Che percorso formativo dovrà seguire per imparare a calarsi nelle dinamiche di questo nuovo modello? Dove sarà possibile trovare le fonti di copertura per garantire il funzionamento nel tempo di queste strutture? Quali saranno i meccanismi operativi che faranno sì che il funzionamento di queste strutture sia preferito dal cittadino all'accesso di pronto soccorso piuttosto che ad altre forme di risposta ai propri bisogni? Quali strumenti utilizzerà per integrarsi nella comunità di riferimento, per comunicare e per rendersi protagonista del territorio in alternativa ai modelli già conosciuti dai cittadini?

Queste alcune, certamente non le uniche, domande che emergono cercando di approfondire i contenuti del progetto (e dei progetti "attuativi") delle Case di Comunità. Domande che restano per lo più senza risposta davanti a ciò che non è sufficientemente dettagliato, descritto e disciplinato.

Un ulteriore elemento di apparentemente inspiegabile frammentazione, o forse semplicemente un'ulteriore occasione sprecata, è quello di non riconoscere all'interno del progetto che dovrebbe declinare il presidio capillare della territorialità, il ruolo ricoperto dalle farmacie, da sempre protagoniste della vita sanitaria delle comunità anche più isolate, un ruolo che non trova riscontri nelle Case di Comunità, mentre parallelamente continua a tenere banco il tema della farmacia dei servizi, che cresce nelle attribuzioni e nelle possibilità dei servizi

alla cittadinanza, configurando così l'ennesima e rischiosa ridondanza del sistema di offerta, generando spesso confusione nel cittadino.

La farmacia dei servizi, in una logica di omogeneizzazione, andrebbe senza dubbio integrata all'interno del sistema Case di Comunità piuttosto che incentivata a diventare l'ennesimo erogatore territoriale. La moltiplicazione dei punti di erogazione sicuramente non favorisce l'efficientamento delle risorse, non risponde al fabbisogno di razionalizzazione del personale coinvolto e non consente nemmeno, solo per citarne alcuni limiti, di omogeneizzare i dati disponibili in grado di rendere realmente integrato il sistema di offerta e di presa in carico.

In quest'ottica va anche intesa l'attuale proliferazione delle aziende che operano nell'ambito dell'ADI, iniziando a costituire un nucleo importante del sistema di offerta di cure territoriali, assorbendo una quantità rilevante di risorse che, così, non potranno certo essere centralizzate a beneficio dell'efficientamento del loro impiego.

Manca poi un sistema di misurazione delle performance di questo sistema, un'indicazione di unificazione e omogeneizzazione dei dati raccolti, un pannello di indicatori su cui trovare una convergenza preliminare per intercettare da subito le necessità, le criticità o i limiti dell'iniziativa e intervenire per tempo.

E infine, per brevità perché ancora molto ci sarebbe da dire, la mancata integrazione dell'offerta odontoiatrica (sociale o meno) da sempre e ancora una volta la grande esclusa dal sistema di presa in carico dei bisogni di salute, un po' per pregiudizio, un po' per timore, senza averne valutato fino in fondo le potenzialità olistiche e le gravi ricadute del suo mancato presidio in ambito sociale, sanitario, psicologico.

Con l'effetto principale che le Case di Comunità rischiano di essere una grossa operazione immobiliare, di recupero di aree dismesse o di realizzazione di nuove strutture, un volano certamente importante per l'economia, ma che nulla ha a che vedere con lo scopo che ci si è prefissati e che forse meriterebbe un approfondimento, una disciplina e una regolazione decisamente più accurata.

Ma il tema non è solo in riferimento alla loro sostenibilità nel tempo, che è già in più occasioni emerso, ma soprattutto agli strumenti di gestione impiegati e alla *Mission* e *Vision* che sottende all'iniziativa: qual è l'obiettivo che si prefigge di ottenere la Casa di Comunità? Quali i meccanismi operativi e le strategie che si intendono adottare per poter raggiungere quegli obiettivi? Quali i sistemi di misurazione multidimensionale?

Se gli obiettivi sono tra gli altri: un maggior presidio del territorio, una maggiore prossimità della medicina, un sistema di accesso più equo alle prestazioni sanitarie, una miglior razionalizzazione del sistema d'offerta così da evitare accessi inappropriati e prestazioni inappropriate nell'ambito ospedaliero, una presa in carico più globale dei bisogni del paziente sia dal punto di vista medico che infermieristico ma anche più generale del *case manager* cioè di quelle figure deputate a tracciare un percorso non solo diagnostico, terapeutico, assistenziale

ma anche “temporale”, in grado di evolversi seguendo l’evoluzione del paziente (malato o sano), di segnare il punto di riferimento costante per i pazienti di un dato territorio per tutte le prestazioni “de-ospedalizzabili”, questi obiettivi richiedono strumenti e risorse adeguate per essere raggiunti.

Da queste riflessioni prende forma l’idea di una Casa di Comunità privata, che si propone innanzitutto di partire dagli obiettivi, dai contenuti, di tentare un approccio multidimensionale per cercare di concentrarsi sui limiti emersi dalle iniziative precedenti o, più semplicemente, intrinseci nel sistema stesso di offerta. Un’idea che si propone come alleata all’interno del SSN, per rafforzarne la sostenibilità, non come alternativa, non come *competitor* rivolto ai pochi che “possono pagare”, ma bensì come integratore del Sistema, in grado di delineare precisi ambiti di competenza, di velocizzare il processo di adeguamento al rapido mutare degli scenari di riferimento, di superare i limiti attuali del Sistema pubblico, ad esempio con riferimento alla rapidità degli investimenti, all’incentivazione dei professionisti, agli strumenti per il coinvolgimento della medicina territoriale o per l’integrazione di operatori in ambito ADI o delle farmacie di servizi.

Un sistema di offerta misto, in grado di valorizzare al massimo le opportunità delineate dalla sanità intermedia, rappresentandone di fatto le potenzialità anche per il SSN e per le prestazioni ospedaliere nell’ottica di una più ampia sostenibilità globale del Sistema e della disponibilità di maggiori risorse per le fasce più deboli della popolazione e per la ricerca. In grado, inoltre, di adottare sin da subito sistemi di monitoraggio e di gestione estremamente efficaci e collaudati nell’ambito delle iniziative territoriali in cui il privato da tempo sa esprimere la propria eccellenza, essendo focus della propria visione strategica, rispetto a quella di aziende ospedaliere o distretti territoriali di neo-formazione.

Un’esperienza e una dinamicità di strumenti organizzativi e gestionali che consenta di adeguare e modificare rapidamente i modelli, i sistemi di offerta, di aggiustare rapidamente le scelte in un *work in progress* che mal tollererebbe tempistiche più lunghe o strumenti più appesantiti dall’inevitabile stress burocratico. Un progetto pilota a tutti gli effetti, in grado di provare, di sbagliare e riprovare, di inventare e reinventarsi, di concentrare le proprie forze e le risorse, di finanziare senza alcun peso per il SSN, una fase, quella sperimentale, di un nuovo modello e di una nuova iniziativa, che certamente è alto-assorbente quanto parliamo di tempo e stress burocratico. Il tutto per arrivare, nel tempo, e in un processo condiviso di monitoraggio e valutazione, pubblico-privato, ad una soluzione consolidata, che abbia saputo superare limiti e inefficienze, risolvere problemi, adottare soluzioni innovative, adeguarsi ai bisogni reali del territorio, integrare operatori ed erogatori, omogenizzare i dati.

Una proposta in grado di integrare al proprio interno i sistemi di offerta di primo livello clinica diagnostica e terapeutica, gli operatori e gli interlocutori presenti sul territorio, che si propone di dare una risposta tempestiva adeguata e

personalizzata al paziente, a cominciare da un elemento strategico e irrinunciabile, quello di riunire nella stessa struttura medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, elemento imprescindibile per tutelare la medicina territoriale, per dialogare correttamente con la comunità e per valorizzare le risorse e gli strumenti già attualmente impiegati per presidiare il territorio.

Il coinvolgimento dei MMG non può essere accessorio, ma elemento centrale e sostanziale, attraverso leve di ingaggio che vanno dai benefici economici di disporre ad esempio di locali, strumentazione, personale e servizi in modo gratuito, fino al poter collaborare con colleghi e professionisti, nonché di disporre immediatamente dei servizi di farmacia, e, ancor di più, attraverso un differente coinvolgimento e partecipazione al sistema di erogazione. Al MMG sarà restituito costantemente il dato dei percorsi dei propri pazienti all'interno della Casa di Comunità (CDC), saranno organizzati momenti di condivisione comune di queste informazioni, di riflessione e proposta di intervento; saranno messi a disposizione strumenti informativi personalizzabili e innovativi, in grado di crescere con le esigenze stesse della CDC e di coinvolgere tutti gli attori che vi operano all'interno. Saranno coinvolti in programmi scientifici e di aggiornamento annuali costruiti sulla base delle loro esigenze in linea con le necessità epidemiologiche rilevate sul territorio di riferimento e sufficienti a coprire il fabbisogno di ECM annuali. È quindi indispensabile sviluppare un "fascicolo sanitario" condiviso e digitale, in grado di attivare leve gestionali estremamente flessibili e rapide, capaci di adeguarsi ad un contesto in costante evoluzione. In sostanza l'ambizione è quella di sviluppare un sistema di integrazione tra specialistica ambulatoriale e MMG in grado di ampliare l'offerta per i pazienti dei singoli MMG, non solo in termini di specialità, ma anche di fruizione dei servizi, garantendo una copertura H24 del servizio, trovando sempre almeno un medico o uno specialista presenti.

Ulteriore elemento centrale nella costruzione del sistema di offerta della CDC privata dovrà essere l'integrazione diretta dei servizi ADI, di prevenzione e screening e della farmacia dei servizi. Le attività ADI, come detto, sono attualmente in una fase di evoluzione: si sono concentrate molte risorse in quest'ambito e negli ultimi due anni si è assistito al proliferare di molti operatori che operano in questo settore e cercano di ottimizzare il più possibile il budget disponibile. Questo sforzo di concentrazione risponde al fatto che, sia sul valore delle singole prestazioni che più in generale in un ambito così complicato come quello dell'assistenza domiciliare integrata, le marginalità sulla singola prestazione risultano abbastanza ridotte quando non inesistenti. Ciò fa sì che proprio quest'ambito di erogazione si proponga perfettamente per essere integrato all'interno di un sistema più complesso di erogazione come quello della Casa di Comunità privata; infatti, essendo un insieme di prestazioni a completamento del sistema di offerta, non sarebbe necessario che avessero delle marginalità

particolari per poter essere erogate, ma semplicemente dovrebbero garantire la sostenibilità anche solamente parziale della prestazione.

All'interno, dunque, del progetto di Casa della Comunità privata, l'assistenza domiciliare integrata potrebbe rappresentare, al pari della medicina territoriale, un ulteriore elemento di congiunzione tra sistema di erogazione privato e sistema pubblico; infatti, l'ADI potrebbe non essere solamente privata, ma affacciarsi anche al convenzionato assorbendone in parte la scarsa marginalità, attraverso l'integrazione del sistema di offerta e la presenza di servizi ad alto valore aggiunto.

In merito alle attività di prevenzione, screening e più in generale di educazione alla salute, dovranno essere erogate in modo principalmente gratuito. I loro costi potranno essere assorbiti da una parte da iniziative promosse in collaborazione con gli enti assicurativi, con le aziende presente sui territori in cui opererà la Casa di Comunità privata e in parte da una redistribuzione delle risorse raccolte attraverso l'erogazione degli altri servizi a pagamento.

All'interno non mancherà infine l'integrazione di un punto prelievi per l'erogazione di prestazioni di esami di laboratorio principalmente *out of pocket* o attraverso forme intermedie, nonché la presenza della farmacia dei servizi. Quest'ultimo rappresenta senza dubbio un elemento molto importante e innovativo perché riduce la ridondanza degli operatori presenti a livello territoriale e valorizza le esperienze e il ruolo conquistato dalla farmacia all'interno delle comunità locali, ne raccoglie le competenze e gli strumenti, considerando che è certamente un interlocutore indispensabile nel sistema di erogazione, e che ha certamente ricordato con la medicina territoriale tanto da renderne non solo prezioso, ma indispensabile l'inserimento all'interno dello stesso contesto, della stessa infrastruttura che possa garantire al paziente di accedere alle prestazioni, ai servizi e all'erogazione e distribuzione dei farmaci della farmacia nell'arco delle 24 ore. Le risorse, sia dal punto di vista dell'esperienza, ma anche sotto l'aspetto economico, a disposizione delle farmacie, possono rappresentare certamente un ulteriore beneficio nella costruzione del modello, soprattutto per il reciproco interesse ad integrare il sistema di offerta per la circolarità del sistema stesso, che rappresenta un ulteriore punto di forza e di ancoraggio tra interlocutori per il momento tenuti separati ad erogare prestazioni che molto spesso si sovrappongono e che rischiano addirittura in alcune circostanze di entrare in competizione o di contraddirsi, il tutto non certamente a beneficio dell'utente finale.

Sulla falsariga di quanto descritto sino ad ora deve dunque essere articolato e immaginato il progetto di un Casa di Comunità privata, un progetto che si propone di modellizzare e di testare, con tutti gli errori e gli aggiustamenti del caso, un'idea di integrazione verticale e orizzontale del Sistema completamente nuova, in grado di riassumere in un unico disegno tutti gli interlocutori, gli attori e i servizi presenti a livello territoriale, anche attraverso le vie di investimento

economico privato che possono giovare all'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale scontando le inefficienze dei primi anni di sviluppo del modello. Un modello che si propone appunto non in competizione con il Sistema Sanitario Nazionale, ma piuttosto come uno strumento di integrazione del sistema di offerta, nell'ottica di aumentare la sostenibilità generale del sistema e di aumentare le risorse che possono essere destinate ad altri ambiti di complessità, orientandosi verso una collaborazione pubblico privato che deve finalmente abbandonare i pregiudizi e comprendere invece quali siano le enormi potenzialità intrinseche in una collaborazione effettiva e in grado di restituire un maggior riordino del sistema di offerta verticale e non solo orizzontale e di razionalizzare le risorse disponibili, di incentivare gli operatori e di porsi come nuovo paradigma per lo sviluppo di un sistema più integrato, equo e sostenibile, certamente con più risorse che gli permettano "di farsi prossimo".

PARTE II
LE DINAMICHE “GAME CHANGER”

Capitolo 4.

I posizionamenti competitivi “polari”

Il posizionamento competitivo consiste nel definire l’offerta e l’immagine di un’azienda allo scopo di occupare una posizione distinta nel mercato che la renda più attrattiva dei concorrenti nei confronti dei clienti effettivi e potenziali. Negli ultimi anni le modalità con cui le aziende si sono posizionate e hanno reso più o meno attraente la loro offerta hanno subito delle modifiche. L’obiettivo resta sempre la costruzione di un’offerta che risponda ai bisogni dei clienti. Le strategie competitive di base si ottengono incrociando due dimensioni:

- Tipologia di vantaggio competitivo (VC) dominante, che può essere ricondotto alla leadership di costo o di differenziazione, la prima è la capacità di produrre il prodotto o servizio “medio” presente sul mercato, ma a costi inferiori ai concorrenti e quindi con la possibilità di venderlo a prezzi inferiori e più concorrenziali. La seconda è la capacità di produrre od erogare un prodotto o servizio che ha degli attributi diversi da quello medio del mercato, che si differenzia per caratteristiche tecniche o per percezione, e quindi che può essere venduto a prezzi superiori a quelli medi del mercato per garantire “benefici” ricercati dal cliente non conseguibili altrimenti;
- Ambito di riferimento, ampio o stretto, ovvero si compete su tutto il mercato o solo su una nicchia? Ci si riferisce a tutti i clienti o solo ad alcuni segmenti? Si produce una varietà di prodotti e servizi o si è focalizzati su uno o pochi?

Dall’incrocio tra le due dicotomie (e quindi scelte strategiche) risultano quattro differenti tipologie di strategia di base:

- Leadership di costo (ambito ampio e VC di prezzo a parità di qualità);
- Leadership di differenziazione (ambito ampio e VC costruito sulla diversa qualità/attributi del prodotto/servizio);
- Focalizzazione orientata al VC di costo;
- Focalizzazione orientata al VC di differenziazione.

Analizzando le variabili i) benefici da differenziazione e ii) prezzo del prodotto/servizio, si costruisce “il portafoglio dei posizionamenti competitivi” (Figura 4.1).

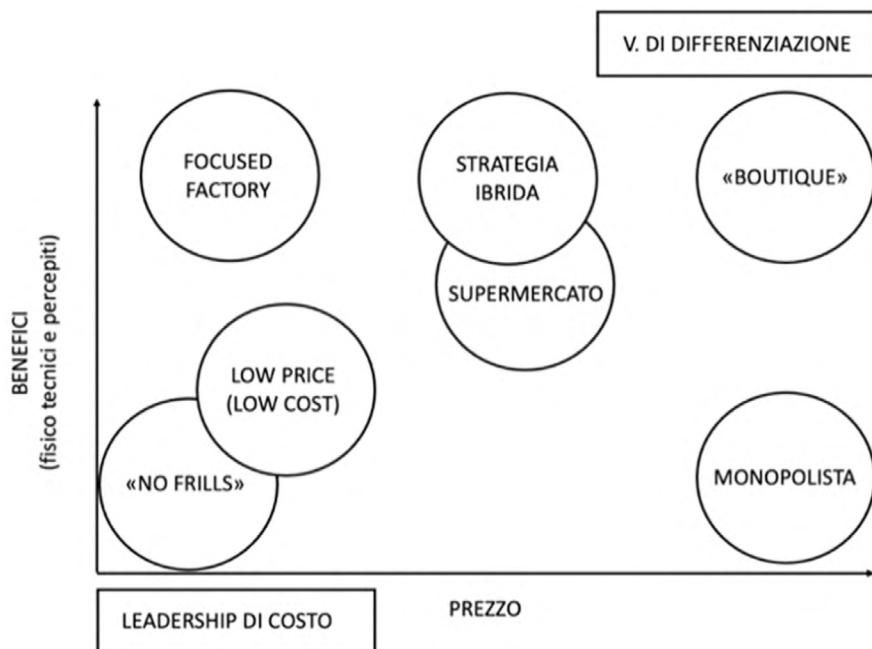


Figura 4.1 – L’orologio dei posizionamenti strategici.

Fonte: Elaborazione Federico Lega – Consumi privati e business modelling, 2021

- *Low (price) cost* (benefici e prezzo contenuti). Intorno all’inizio degli anni ‘90 è arrivata l’idea di una leadership di costo meglio posizionata e meglio comunicata rispetto al passato, il cosiddetto “*low price*” o “*low cost*” (preferibile perché segnala l’efficienza produttiva, a differenza del prezzo che più che in altri settori viene ancora oggi considerato *proxy* di qualità in sanità).
- “*No frills*” – “senza fronzoli” (benefici e prezzi minimi). Ad esempio, l’*hard discount* nel mondo dei supermercati.
- *Focused factory* (benefici alti e prezzi bassi). Avendo dei processi altamente standardizzati si possono sfruttare le economie di scala che permettono di ridurre il prezzo, pur mantenendo alti benefici per il cliente. Questo può avvenire, ad esempio, facendo una sola tipologia di prestazione e selezionando giustamente la domanda in modo tale che si sposi bene con le modalità di erogazione del servizio. Tra i benefici garantiti ci sono la velocità e zero complicanze o problemi (economie di specializzazione).
- *Boutique* (benefici e prezzi molto alti). Unicità del beneficio, una tecnologia o competenza distintiva. È un contesto “su misura”. Nuovo fenomeno della *concierge medicine*. La figura del *concierge* funge da *problem solver* delle necessità di salute del cliente.

- Monopolista (bassi benefici e prezzi molto alti). Competenza unica. La boutique rischia di diventare monopolista se è l'unica ad avere la tecnologia o la competenza distintiva, se il servizio è indispensabile.
- Strategia ibrida (benefici alti e prezzo medio). Si cerca di ibridare le logiche di *focused factory* con le logiche di boutique. Tutti i grandi gruppi privati si stanno evolvendo verso una dimensione competitiva di natura ibrida, hanno il *check point* per prelievi, la *walk-in clinic*, gli specialisti ad alto prezzo negli ambulatori, l'alta specializzazione, la diagnostica, la genetica, medicina personalizzata. Tenere in piedi delle strategie ibride è più complicato, si hanno diversi modelli di business, diversi target e, quindi, una macchina organizzativa con all'interno delle linee gestionali diversificate. Ha anche dei vantaggi, uno tra questi è la diffusione della buona reputazione dell'alta specializzazione anche sul versante *low cost*.
- Il supermercato tradizionale – la vecchia clinica privata generalista (gamma ampia di benefici di livello normale, prezzo medio).

Vediamo ora i due estremi dei possibili posizionamenti competitivi.

4.1 La medicina low price e a sfondo sociale e la medicina concierge

Al fine di intercettare il bisogno sociale di salute della collettività, non completamente soddisfatto dal SSN o dalla sanità privata accreditata e non, nascono – a partire dai primi anni del nuovo secolo – nuovi paradigmi organizzativi, quadri concettuali e nuovi modelli di business attorno ad un continuum di posizionamenti competitivi che vede agli estremi il *low price medicine* e la *concierge medicine*.

Queste catene si distinguono per strategie di leadership di costo (modello *Low price*) o differenziazione (*servizio Premium*).

Il modello *Low price* si rivolge principalmente alla popolazione con fascia di reddito intermedio, a cui viene proposto un tariffario di prestazioni che si avvicina al valore del ticket pagato in regime SSN. Intercetta dunque quella domanda di prestazioni di chi vuole evitare l'attesa delle liste del pubblico ma che non può o non vuole pagare il prezzo della libera professione.

Il prezzo calmierato delle prestazioni non va però a discapito della qualità percepita dal paziente, in quanto la cura degli spazi dei locali, l'utilizzo di tecnologie all'avanguardia e le modalità smart di accesso alle prestazioni, assicurano una *patient experience* di valore.

Il modello di *servizio Premium* va invece ad intercettare una fascia di popolazione più esigente, disposta a spendere una cifra maggiore per un servizio che garantisce un alto beneficio, con tempi di erogazione molto inferiori rispetto al SSN. Questo modello si propone di offrire un'esperienza qualitativamente

eccellente al paziente, partendo da una grande cura del dettaglio per quel che riguarda i locali che ospitano i centri della catena, fino all'utilizzo delle migliori tecnologie sanitarie disponibili sul mercato, alla scelta dei migliori professionisti del settore e ad una particolare attenzione alla qualità clinica della prestazione.

Nascita del modello low cost e la sua applicazione in sanità

Il modello *low cost* nasce negli Stati Uniti nel 1971 grazie alla Southwest Airlines e negli anni Novanta si afferma anche in Europa con Ryanair e, successivamente, EasyJet.

Nel settore sanitario l'affermarsi del modello *low cost* si fonda su due punti:

- la modifica nei comportamenti di consumo e 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);
- 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.

Dal lato della domanda, il modello di business *low cost* ha come fattori di successo e di crescita la selettività e l'attenzione al prezzo degli utenti, il miglioramento continuo del servizio e la velocità di accesso, spesso non soddisfatta dal SSN. Il *low cost* in sanità si diffonde quindi per offrire al cittadino, insoddisfatto dalla bassa qualità dei processi di servizio presenti nella sanità pubblica (ambienti poco curati, liste di attesa troppo lunghe, scarsa individualizzazione dell'offerta, ecc.), un'alternativa accessibile, che limita il fenomeno del turismo sanitario.

Diversamente, dal lato dell'offerta, il rapporto annuale di Assolowcost¹ ritiene che attualmente sia possibile conseguire risparmi sui costi delle singole prestazioni sanitarie fino al 30%.

Inoltre, vi sono alcune caratteristiche principali dei modelli *low cost* applicati in sanità. In primo luogo, sono utilizzate strategie di *franchising* per garantire e facilitare la rapida espansione e per consentire una ragionevole distribuzione di prodotti e servizi. Un altro elemento importante è la *cross-subsidization*² che assicura che i clienti con redditi maggiori paghino i servizi che l'impresa eroga a prezzi più bassi o gratuiti verso i clienti che hanno difficoltà di accesso. Rilevanti

1 Associazione delle imprese che operano sul mercato adottando la strategia low cost ed è stata fondata nel 2007. Ha come primo obiettivo quello di individuare e rendere conto al mercato le differenze tra prodotti e servizi low cost di qualità e il semplice low price. Inoltre, è impegnata nello studio e nella definizione di questo nuovo fenomeno, curandone in particolare l'aspetto etico, attraverso un codice che fa da guida deontologica al comportamento di quanti sono associati. L'Assolowcost ha coniato la formula low cost high value, mostrando evidente la forte esigenza da parte di centri e ambulatori polispecialistici nel ridurre il più possibile il trend del turismo sanitario nazionale ed internazionale degli ultimi anni.

2 La capacità di gestire i ricavi derivanti da diverse categorie di clienti per sostenere aree in perdita con quelle più remunerative.

per il settore sanitario sono anche l'aumento della sensibilizzazione per regolare la numerosità degli utenti serviti, considerando che potrebbero trovare fornitori alternativi per la facilità di accesso e per ricevere assistenza sanitaria ad un prezzo inferiore, e la focalizzazione e specializzazione sui servizi offerti per commercializzare su larga scala con maggiore efficienza. Di conseguenza, i punti di forza per il modello *low cost* in sanità sono l'attenzione al prezzo e la necessità di coniugare la qualità e il miglioramento continuo dei servizi sanitari e la velocità di accesso.

Questi di seguito alcuni importanti fattori di successo del *low cost* nel settore sanitario:

- scelta di posizionamento, che intercetta la domanda latente, risponde a bisogni sociali emergenti e considera come *first mover* alcune iniziative;
- prezzo, insieme a convenienza, chiarezza e trasparenza delle condizioni di utilizzo dei servizi;
- *customer orientation* per il riconoscimento e la promozione dell'autonomia decisionale degli utenti, importanti per la valutazione del servizio e del “passaparola” di esperienze positive;
- configurazione del prodotto, caratterizzata per l'elevata componente relazionale del servizio per la valorizzazione del rapporto medico-paziente e per i requisiti di facilità di accesso, accoglienza e capacità di presa in carico;
- *shopping experience*, in riferimento anche ad aspetti architettonici, funzionali e tecnologici;
- localizzazione, che considera l'accessibilità;
- canale dell'*e-business*, che prevede un ampio utilizzo di *social network* e contraddistingue l'erogazione dei servizi *low cost*.

Esempi di modelli low cost nella sanità italiana

Come discusso nei precedenti paragrafi, i servizi *low cost-high value* rappresentano una risposta al bisogno dell'utente di un'assistenza sanitaria personalizzata. Alcuni esempi nell'attuale panorama italiano sono:

- tre strutture che aderiscono al paradigma *low cost-high value* proposto dall'Assolowcost, quali Centro Medico Santagostino di Milano, Amico dentista e Progetto dentale Apollonia (inserito nel *network* Odonto Salute);
- Welfare Italia Servizi (WIS);
- Nuova Città di Capurso vicino a Bari, primo polo ambulatoriale *low cost* sviluppato nel Sud Italia;
- Medical Division (MD), iniziativa privata commerciale che nasce dall'idea di una famiglia di imprenditori di “rendere accessibile a tutti un privilegio che oggi è per pochi”.

Le esperienze oggetto di analisi non fanno ricorso a forme di accreditamento con il SSN e si configurano come modelli di business con obiettivi di rilevanza sociale e di ricerca di una propria sostenibilità nel mercato. Infatti, esclusi il

Centro Medico Santagostino e il WIS che considerano anche il potersi rivolgere al mercato assicurativo e dei fondi integrativi, il segmento di riferimento è quello dell'*out of pocket*.

Il prezzo esprime quindi l'impegno sociale e l'idea di opportunità, sostenibilità e relazione costituiscono sicuramente gli elementi di maggior innovazione sociale.

Nascita del modello concierge medicine e la sua applicazione in sanità

Il modello di *concierge medicine* ha avuto origine negli Stati Uniti nel 1996 con la nascita della *MD² International*, un'azienda specializzata ad offrire cure mediche a domicilio. L'azienda si occupa della salute e del benessere di ogni famiglia fornendo accesso assoluto e illimitato al loro medico personale, un professionista che conosce interamente la loro storia e il loro stile di vita e che può anticipare i loro bisogni (<https://www.md2.com>). L'obiettivo dei due fondatori, il dottor Howard Maron³ e il dottor Scott Hallera, era quello di fornire servizi di assistenza primaria ad alta specializzazione simile a come vengono offerti agli atleti, attraverso la creazione di un servizio esclusivo ed elitario.

In questa prima esperienza di *concierge medicine* ogni medico prende in carico al massimo 50 famiglie. Tale modello diviene noto molto rapidamente tra i medici della Nazione che nel 2000 iniziarono a sperimentare ulteriori adattamenti del modello *MD²*, anche con versioni meno "elitarie", ad esempio arrivando alla creazione della *MDVIP* in cui i pazienti pagano una tariffa annuale più bassa ed il medico prende in carico fino a 600 pazienti.

Definizione e vantaggi della concierge medicine

“La *concierge medicine* è una relazione tra un paziente e un medico di base in cui il paziente paga una tassa annuale o un acconto” a fronte del quale riceve un pacchetto di servizi molto esteso. L'acconto per la prestazione base può essere integrato con altri servizi e man mano che questi vengono aggiunti all'acconto base aumentano le prestazioni sanitarie che il medico garantisce al paziente. “I medici *concierge* si occupano di meno pazienti che in una pratica convenzionale [...] tutti generalmente affermano di essere accessibili via telefono o e-mail a qualsiasi ora del giorno o della notte o di offrire qualche altro servizio al di là del consueto”. Semplificando, la *concierge medicine* è un modello di business personalizzato, basato sull'abbonamento annuale pagato dal paziente per avere accesso facile, semplice ed esteso temporalmente ai servizi sanitari di cui può aver bisogno.

Il successo della *concierge medicine*, soprattutto negli ultimi anni, è dovuto sia al malcontento generale dei medici, sovraccaricati di lavoro, sottopagati e insoddisfatti della quantità di tempo dedicata al paziente, sia alla frustrazione dei

3 Howard Maron è un ex medico sportivo della squadra di basket NBA dei *Seattle Supersonics*.

pazienti per le lunghe attese o problemi di accesso. Il modello *conciierge* consente ai pazienti di esporre le preoccupazioni, di essere adeguatamente ascoltati e di ottenere un accesso più rapido alle cure mediche.

Dal punto di vista del professionista il vantaggio principale della *conciierge medicine*, e ciò che lo differenzia da un medico di base, è la dimensione ridotta del gruppo di pazienti presi in carico: il medico *conciierge* vede dai 6 agli 8 pazienti al giorno rispetto al medico di base che può arrivare fino a 24. Questo permette al medico *conciierge* di dedicare più tempo al paziente, di offrire una valutazione completa e un piano di trattamento personalizzato allo stile di vita.

La tariffa media che i pazienti pagano per un medico *conciierge* negli USA varia da 1200 a 3000 dollari all'anno e l'acconto mensile standard che il paziente paga per le prestazioni che potrebbe ricevere può variare da un valore base di \$100 fino ad un massimo di circa \$250. Qualsiasi servizio extra, come le cure catastrofiche, non sono incluse nella tassa di mantenimento; ciò significa che qualsiasi costo extra non coperto ricade sul paziente e sarà considerato una spesa *out of pocket*, pertanto, il paziente che vuole abbonarsi a questa pratica dovrebbe essere finanziariamente stabile da coprire qualsiasi spesa extra che potrebbe non essere coperta dai servizi forniti dal medico *conciierge*. Come rete di sicurezza i pazienti per ridurre la quantità di spese *out of pocket* spesso continuano a pagare l'assicurazione sanitaria per aiutare a coprire le spese extra.

Ecco di seguito un esempio di “*menù*” di servizi di *conciierge medicine*. Il paziente annualmente sottoscrive con il medico un contratto che definisce una lista di servizi all'avanguardia che possono includere:

1. Appuntamenti garantiti in giornata per qualsiasi problema medico (dai 20 ai 30 minuti);
2. No sala d'attesa;
3. Risposta telefonica entro 15 minuti 24h/7gg;
4. Visite in Pronto Soccorso supervisionate dal medico che sottoscrive il contratto e che si recherà in Pronto Soccorso entro 30 minuti dalla chiamata d'emergenza;
5. Offerta di pacchetti di esami fisici (non offerti da altri internisti e cardiologi);
6. Offerta di consulenza sulla forma fisica e piani alimentari personalizzati. In alcuni casi, per i pazienti più problematici, il medico mette a disposizione parte dello studio con una palestra completa per la diretta supervisione medica;
7. Il medico si consulterà con i migliori esperti nazionali in casi complessi e accompagnerà il paziente in qualunque parte del mondo da uno specialista;
8. Prelievi del sangue immediati e senza attesa.

Due esempi internazionali di modello concierge: il caso Houston Health Concierge e il caso MediGuide

L'agenzia statunitense Houston Health Concierge (HHC) con oltre 30 anni di esperienza nel sistema sanitario statunitense e 20 anni nella direzione di programmi sanitari internazionali offre ai pazienti e alle loro famiglie un servizio *concierge* unico e di lusso.

Houston Health Concierge si definisce come “un consulente, una guida che grazie agli esperti di livello mondiale, alle tecnologie avanzate di diagnosi, al trattamento, alla riabilitazione e alle ultime innovazioni nel campo del trattamento e della salute fornisce un piano per la cura, il conforto e la fiducia a tutte le esigenze mediche del paziente” ed evidenzia come fattori importanti per la buona riuscita del servizio e l'ottenimento di buoni risultati nella diagnosi risultino essere lo stato emotivo del paziente e la fiducia che esso ripone nella struttura.

L'agenzia statunitense si occupa così della presa in carico di ogni paziente in tutti gli aspetti che lo riguardano, e se si tratta di un “turista medico” straniero che viene negli USA anche attraverso la creazione di un assistente personale definito “Angelo Custode”⁴ che lo accompagna in ogni fase dell'erogazione del servizio; dall'incontro all'aeroporto al collegamento con i medici dopo il ritorno a casa. L'assistente personale è una guida e risponde a qualsiasi domanda che sorge al paziente durante il soggiorno a Houston; da domande specifiche su trattamenti e visite mediche, a escursioni, visite turistiche e shopping. Di conseguenza, il team offre un'assistenza su misura del paziente andando a soddisfare tutte le esigenze e creando soluzioni ad hoc per la comodità e le sue preferenze personali.

Un altro esempio di *concierge medicine* a livello internazionale è MediGuide, un servizio di secondo parere medico a distanza.

La *mission* della società è “Il più vicino alla cura: siamo il partner attento e concentrato sui membri che fornisce soluzioni sanitarie alle persone del mondo, indipendentemente dalle limitazioni economiche e geografiche, attraverso l'accesso alle migliori informazioni mediche disponibili”⁵. Secondo i numeri riportati dall'azienda, del 97% dei casi valutati nel 2018 il 5% ha riscontrato un cambiamento nella diagnosi e l'84% dei casi ha effettuato una modifica nella scelta del trattamento.

Inoltre, i servizi offerti da MediGuide sono:

- La valutazione di un team di medici multidisciplinari esperti che esercitano la professione nei migliori ospedali al mondo;
- Una doppia offerta sanitaria online:

4 Per ridurre lo stress che deriva dalla risoluzione di questioni mediche, Houston Health Concierge fornisce un assistente personale. Questo viene definito “Angelo Custode” viene selezionato in base all'età, al carattere e agli interessi del paziente e renderà il soggiorno negli Stati Uniti il più confortevole possibile.

5 Dal sito MediGuide.

- Programma di salute preventiva
- Telehealth per aiutare a prevenire, trattare e gestire le condizioni di salute di ogni paziente
- Un case manager che guida il paziente attraverso il processo di trattamento lontano da casa e lo accompagna durante il follow up.

Esempi di modelli concierge nella sanità italiana

Uno degli esempi più interessanti e attuali di medicina *concierge* della sanità italiana è il gruppo MD Concierge che ha sede a Milano⁶, e che offre “prevenzione, tecnologie ad assistenza costante, [...] al centro la salute del paziente, connettendo persone e professionisti con servizi dedicati e personalizzati, che possono contare su una rete senza confini di strutture d’eccellenza”⁷.

I quattro valori su cui si fonda la società sono: i) la salute, ii) l’esclusività, ottenuta tramite l’offerta di servizi su misura per il paziente, iii) il tempo, ottimizzato tramite l’accesso facilitato alle strutture e le televisite e iv) la famiglia, attraverso l’offerta di pacchetti per il benessere dei propri cari.

Il percorso offerto dalla MD Concierge ha al centro la persona attraverso:

- La presa in carico 24h/7gg del paziente, *worldwide*⁸, da un medico tutor (uno specialista in medicina interna dedicato) e da un *network* di professionisti qualificati;
- La *conciergerie*, un team che si occupa della gestione delle prenotazioni, dei referti e dei rimborsi assicurativi;
- Il supporto al paziente tramite la centrale operativa attiva tutti i giorni dell’anno, che mette in contatto il paziente con i professionisti di cui ha bisogno;
- La possibilità di consultare il proprio fascicolo sanitario, sempre aggiornato e a disposizione, sulla piattaforma digitale;
- Il servizio a domicilio *Home service* che garantisce visite e le prestazioni tempestive e in totale sicurezza nella propria abitazione;
- L’offerta di pacchetti su misura per il benessere di tutta la famiglia e di programmi specifici per fasce d’età⁹;
- *Check forward* un servizio di assistenza completo e continuativo in cui il medico tutor, dopo una prima accurata anamnesi, definisce il piano di prevenzione individuale;
- *Wearable health*: valutazione a distanza giornaliera del paziente attraverso dispositivi all’avanguardia;

6 La società MD Concierge ha sede a Milano.

7 Dal sito MD Concierge.

8 Presa in carico del paziente sia in Italia che all’estero, per il lavoro e per il tempo libero.

9 Offre programmi su misura per anziani e bambini tramite il supporto di professionisti di pediatria e geriatria.

- L'applicazione *MyMDC* dedicata al paziente per permettergli di essere sempre in contatto con i professionisti e accesso alle informazioni sul suo stato clinico.

Altri esempi di *conciere medicine* in Italia sono Medical Concierge¹⁰, la cui *value proposition* è “garanzia di efficienza e serietà” e Pronto Soccorso Privato: Codice Verde che “offre un’alternativa a chi altrimenti dovrebbe attendere ore nelle sale d’attesa dei PS”.

Ovviamente, vi sono anche strutture sanitarie private che si posizionano nel segmento premium, come il Centro Diagnostico Italiano, che senza arrivare ai benefit della medicina concierge offre tuttavia livelli di assistenza e personalizzazione molto elevati ed esclusivi, come nel caso ad esempio del CDI check up ed in generale nell’offerta rivolta al segmento di paganti OOP o tramite assicurazioni di alto profilo.

4.2 Retailization ed e-commerce sanitario

Nell’ambito dei nuovi ed emergenti posizionamenti competitivi si collocano la *retailization* e le nuove opportunità fornite dall’*e-commerce*.

Le *Retail Clinics* (RC) e l’*e-commerce* sanitario, intesi come la consegna di prodotti e l’offerta di servizi sanitari all’interno di negozi al dettaglio o tramite piattaforme online, rappresentano un cambiamento rispetto alle tradizionali modalità di distribuzione delle cure, con lo scopo di ottimizzare i costi, rendere maggiormente accessibili i prodotti/servizi e aumentarne la qualità. Gli Stati Uniti con lo sviluppo di realtà quali *Walmart Health*, *CVS* e *Amazon Care* hanno tracciato la strada, ed ora anche altre realtà, come quella italiana, si stanno muovendo in tal senso. Prendendo spunto proprio dall’esperienza estera, diversi attori italiani hanno iniziato a sviluppare nei centri commerciali e nei supermercati dei veri e propri negozi con “vetrina su strada” nei quali offrono servizi quali punti prelievo, esami diagnostici, tamponi, vaccinazioni, ecc. Nonostante sia ancora un settore poco radicato nella realtà italiana, i grandi gruppi ospedalieri come Humanitas o il Gruppo San Donato stanno trainando questa tendenza con esperienze positive destinate a crescere e diffondersi. Quindi, in un’ottica futura le RC giocheranno sempre più un ruolo strategico nella *value proposition* delle aziende sanitarie (per quanto riguarda accessibilità, costo della prestazione/servizio, innovazione e benefici generati), strumento che fa della capillarizzazione dei *touch point* sul territorio il proprio punto di forza. Le RC e l’*e-commerce* possono essere etichettate come “*Disruptive Innovation*”, capaci di rivoluzionare lo status quo del metodo con cui l’accessibilità alle cure e la disponibilità di

10 “Servizio esclusivo di SaluberMD pensato per chi cerca un Smart Medical Doctor disponibile, preparato e attento ai bisogni del paziente”, a Milano.

prodotti/servizi sanitari sono stati offerti fino ad oggi, modificando radicalmente il modo di “fare sanità territoriale”.

Gli aspetti definitivi e la nascita

“Come ambito *core*, non abbiamo iniziato come aziende sanitarie. Ma eravamo tutte aziende di consumatori. Stavamo tutti cercando di capire i bisogni fondamentali delle persone e come affrontarli meglio di chiunque altro” queste parole di Marcus Osborne, vicepresidente senior di Walmart Health, appartenente alla famiglia Walmart (la più grande catena di supermercati al mondo).

Sfogliando articoli inerenti al tema della *retailization* in sanità, salta subito all’occhio un termine coniato negli USA relativamente a questi modelli di cliniche, definite come *Retail Clinics* (cliniche al dettaglio). Fondate per la prima volta negli Stati Uniti nel 2000, entro il 2017 si sono espanse fino a comprendere oltre 1960 nuove cliniche. Le *Retail Clinics* (RC) rappresentano un cambiamento rispetto alle tradizionali modalità di consegna delle cure, essendo principalmente situate all’interno di negozi al dettaglio come farmacie, supermercati, centri commerciali, ecc. con lo scopo di rendere maggiormente accessibili i servizi sanitari.

Alcuni dei principali vantaggi del sistema di RC includono l’assistenza *walk-in* e l’assistenza post orario lavorativo o nel fine settimana. Infatti, visti i sempre maggiori impegni lavorativi e il conseguente tempo libero limitato, l’ovvio vantaggio delle RC risiede nei ridotti tempi d’attesa e minori ritardi per i pazienti. I pazienti possono così visitare una RC e approfittarne per acquistare farmaci, beni o alimenti al supermercato senza mai lasciare il negozio.

Il costo inferiore è un altro vantaggio. Infatti, i confronti evidenziano come le RC siano più convenienti di una visita in ambulatorio, per molti problemi di salute. La ricerca sulle prestazioni delle RC ha mostrato generalmente buoni outcome anche per quanto riguarda la qualità delle cure e la soddisfazione dei pazienti, ma se messi a confronto con la sanità convenzionale i risultati non sono allo stesso livello.

La popolarità e l’utilizzo delle RC negli USA sta crescendo rapidamente, soprattutto tra la popolazione assicurata in età lavorativa, ed è probabile che questa crescita continui, data la recente espansione di multinazionali di vendita al dettaglio e compagnie farmaceutiche, portando a nuovi modelli di business.

Per esempio, Apple (con cartelle cliniche elettroniche personali), Amazon/JPMorgan e Chase/Buffett (con la promessa di un’assistenza sanitaria conveniente senza scopo di lucro), CVS/Aetna (combinando l’erogazione di prestazioni in cliniche sanitarie con la vendita al dettaglio), Walgreens (con l’acquisizione di Express Script), e Walmart (in discussione per acquisire Humana), rappresentano importanti sviluppi relativamente recenti.

Continua quindi a svilupparsi la formula della *one-stop-health*, il modello cui si è ispirata CVS Pharmacy per convertire parte delle sue farmacie in centri Health

Hub, veri e propri ibridi tra RC e farmacia dei servizi. Si sta sviluppando, sempre a partire dagli USA, dove tra il 2019 e il 2020 Walmart ha aperto due Walmart Health, una forma di “Casa della Salute” su scala più estesa. Queste strutture concentrano in un unico luogo un’ampia gamma di servizi riconducibili nel perimetro dell’assistenza primaria e odontoiatrica, come radiografie, esami audiometrici, analisi di laboratorio e altro ancora. La farmacia non è “dentro” come negli Health Hub di CVS ma poco ci manca: Walmart, infatti, dispone di *corner “in store”* per la vendita di medicinali (etici compresi) in quasi tutti i suoi 4.700 magazzini, cosa che rende il gruppo uno dei più importanti distributori di farmaci degli Stati Uniti (da cui un fatturato che vale circa il 9% del giro d’affari generato complessivamente dagli store del gruppo).

La logica, in sostanza, è sempre quella dell’ecosistema che chiude il cerchio e propone agli assistiti percorsi dove diagnosi, prestazione e dispensazione del farmaco avvengono nello stesso luogo e senza soluzione di continuità, a prezzi contenuti: «Questa struttura all’avanguardia» recita la comunicazione del gruppo «offre assistenza sanitaria di qualità, economica e accessibile».

Anche Amazon si è inserito nel settore della sanità *one-stop*, sviluppando una propria configurazione, proponendo un ecosistema in cui la RC è virtuale (tramite *e-commerce*), dove prestazioni e servizi viaggiano su app e i farmaci o le visite raggiungono l’assistito direttamente a domicilio. Il nome di questo sistema integrato è *Amazon Care*. L’app collega a distanza il paziente con medici e infermieri per consulenze virtuali, consente di programmare visite domiciliari di follow-up e permette anche di ricevere a casa ricette e farmaci (tramite corriere Amazon).

La Retailization nella sanità privata italiana

Il fenomeno della *Retailization* della sanità, importato da paesi come Stati Uniti e Spagna, si sta progressivamente diffondendo anche nel nostro Paese, portando alla nascita di punti sanitari di contatto (chiamati *retail clinic*) in luoghi come centri commerciali, supermercati, metropolitane e ambulatori con “vetrina su strada”. Esempi in questo ambito li troviamo soprattutto nelle esperienze di grandi gruppi ospedalieri come Humanitas, il gruppo ospedaliero San Donato e il Centro medico Santagostino, i quali hanno aperto dei veri e propri negozi sia all’interno di centri commerciali sia al di fuori di essi, rendendoli luoghi dell’offerta di servizi di prevenzione e cura attraverso ambulatori specialistici di alta qualità con orari flessibili e prolungati, liste di attesa brevi, capaci di offrire dei pacchetti integrati di prestazioni in base al problema di salute del paziente/cliente (è il caso del Gruppo San Donato o del Centro medico Santagostino).

Quello delle *Smart Clinics* e delle strutture ambulatoriali delocalizzate è un *trend* seguito da molti attori che operano nella sanità privata in Italia, in special modo i grandi gruppi privati che stanno assumendo sempre di più una struttura competitiva ibrida a cavallo tra logiche di *Boutique* e logiche di *Focused Factories* con, da un lato, check point lungo la strada per le prestazioni ambulatoriali

facilmente accessibili da tutti e dall’altro prestazioni altamente qualificate e diagnostica ad alta specializzazione e alto costo.

È dunque grazie a questi attori che anche in Italia la sanità è arrivata nei grandi centri commerciali nei quali sono sorti poliambulatori come l’Humanitas Medical care nel centro commerciale di Arese (che ha aperto le porte al pubblico nel 2013) e nel centro commerciale Fiordaliso, o come i poliambulatori *smart clinic* del gruppo San Donato situati nei centri commerciali OrioCenter e Le due Torri, entrambi in provincia di Bergamo. Questi poliambulatori sono pensati per offrire servizi quali visite ed esami, punti prelievo, laboratori analisi, percorsi di prevenzione e check up, garantendo orari flessibili adatti ai ritmi frenetici della vita quotidiana, in un ambiente che, oltre a numerosi altri servizi, offre anche un ampio parcheggio; tutto questo garantendo la presa in carico del paziente da parte dei professionisti e senza rinunciare all’utilizzo di tecnologie all’avanguardia.

L’obiettivo di queste RC è quello di portare negli spazi in cui si svolge la vita quotidiana della popolazione la possibilità di occuparsi della propria salute in modo più accessibile, attraverso prenotazione online e orari più flessibili, riducendo i tempi di attesa, garantendo tempi di risposta quasi immediati e prezzi concorrenziali rispetto al ticket o in convenzione con i fondi assicurativi. Inoltre, negli ultimi anni, sono nati anche dei poliambulatori all’interno di supermercati (basti pensare all’esperienza del Centro medico Santagostino che ha aperto quattro *retail clinic* all’interno di Esselunga nei quali offre visite specialistiche, vaccinazioni, ecografie, esami e servizi di psicoterapia) e nelle stazioni delle metropolitane (sempre il Centro medico Santagostino ha aperto tre punti salute nelle fermate della metropolitana 5 di Milano) al fine di garantire spazi ulteriori nei quali beneficiare delle professionalità mediche in modo più rapido e a prezzi più convenienti, con l’intento di avvicinare la sanità ai cittadini e di rispondere alle loro richieste di una sanità più accessibile e veloce, anche in settori poco coperti dal servizio sanitario nazionale (come la psicoterapia, logopedia o fisioterapia).

Uno dei settori maggiormente radicati nel retail clinico è quello dell’odontoiatria. Gli studi dentistici, soprattutto le catene come DentalPro o Vitaldent (oggi acquisita da DentalPro), sono sorti fin da subito nei grandi centri commerciali (o nelle vie) entrando a tutti gli effetti nei quartieri cittadini. Ma anche l’odontoiatria è entrata nei supermercati: la catena I.denticoop è composta da sette ambulatori collocati nei centri commerciali o vicino ai punti Coop e ha come obbiettivo quello di replicare nell’ambito dell’odontoiatria il modello tipico del supermercato, caratterizzato da qualità, convenienza e facilità di accesso.

Questa spinta verso modelli più commerciali ha portato le strutture sanitarie a investire sempre di più nella propria *brand identity*. Oggi non è più solo la notorietà dello specialista l’elemento prevalente al quale guarda il cliente/paziente,

un ruolo sempre più importante viene attribuito anche al brand. Sia il Gruppo San Donato, sia GVM che Humanitas hanno investito in strategie di branding.

Le esperienze di RC non sono più solo qualcosa che succede all'estero ma diventano sempre più una realtà radicata anche nel nostro Paese. Il 44% degli italiani afferma di acquistare farmaci da banco in esercizi commerciali e il 37% dei consumatori dichiara che non avrebbe problemi ad effettuare un esame del sangue o delle urine in un *retailer*, il 34% si sottoporrebbe addirittura a visita medica. Stiamo parlando di un settore che viene definito *low cost/low price* il quale è ancora a maggioranza *out of pocket*, ma alcune strutture (come Humanitas Medical care) hanno attivato convenzioni con le assicurazioni, casse, società di mutuo soccorso e fondi integrativi, nonché con alcune importanti aziende.

I fattori critici di successo comuni delle retail clinics

Gli elementi di successo sono in linea di massima ascrivibili ai seguenti aspetti:

- Layout funzionale e riconoscibile: le catene poliambulatoriali hanno trovato nel design uno dei punti focali della loro *value proposition*. L'identità del Gruppo è chiaramente riconoscibile da colori, arredamenti e strutture uguali e standardizzati in tutte le sedi della catena. Una sede comunica la qualità del proprio servizio anche attraverso gli spazi e l'arredamento, con sale d'attesa che trasmettono una sensazione di ospitalità e accoglienza. I *layout* sono inoltre organizzati per minimizzare gli spostamenti e per massimizzare l'esperienza del paziente.
- L'importanza del brand e della *reputation*: la *brand identity* rappresenta un elemento fondamentale anche nel settore sanitario, soprattutto perché oggi il paziente è molto più attento e consapevole rispetto al passato. Il brand aziendale stabilisce di fatto la credibilità del servizio, creando un legame quasi emotivo e di fedeltà con il consumatore finale.
- Lavorare come una rete: essere una rete significa che tutte le sedi di una catena presenti sul territorio lavorano in sinergia, condividendo processi operativi manageriali e *modus operandi*. Questa modalità si differenzia molto dal modello di gestione di una holding finanziaria, dove si acquistano diverse società e alla chiusura dell'esercizio si monitora l'EBITDA di ciascuna per comprenderne lo stato di salute¹¹. Una rete forte si basa sostanzialmente sulla presenza di un *hub* solido, che sia in grado dirigere i flussi informatici di tutta la rete, mantenendo costante la comunicazione e l'interconnessione tra i vari *spoke*. La programmazione centralizzata permette di risolvere gran parte dei problemi logistici e degli imprevisti che possono verificarsi, di creare sinergie e di raggiungere economie di scala.

11 Alla stesura di questo punto ha contribuito la testimonianza di Giovanni Aguzzi, Strategic planning and control manager del Centro Diagnostico Italiano.

- Minimizzazione dei tempi di pre-accettazione e post-visita: alcune delle catene citate hanno adottato sistemi *time-saving* che permettono appunto di ridurre le attese che non hanno valore per il paziente. Tra questi, la multicanalità per la prenotazione (per cui CMS e CDI sono *best practice*) permette di poter prenotare le prestazioni tramite diversi canali. Il *front office* “corposo” e veloce permette di ottimizzare i tempi e smaltire le code di pazienti. Infine, dove presenti, anche sistemi di *fast check in* e pagamento anticipato permettono un risparmio considerevole di tempo.
- Cartella clinica informatizzata e fascicolo sanitario: grazie alle tecnologie a disposizione, in tutti questi Centri è possibile consultare in qualunque momento i referti delle proprie visite ed esami passati.
- Sistemi di *remind* delle prestazioni diagnostiche e follow-up successivi: questi sistemi vengono utilizzati per minimizzare il fenomeno dei *no show* (ovvero i pazienti che non si presentano agli appuntamenti) e poter quindi destinare ad altri pazienti gli slot liberati, sfruttando così al massimo la propria capacità produttiva.

Il mercato del “presunto sano” e la linea di prodotto del check up

Una delle grandi opportunità presenti e future per le catene poliambulatoriali (e più in generale per gli erogatori privati) riguarda il mercato del “presunto sano”, che è un mercato ancora “verde” in sanità.

Le catene poliambulatoriali si stanno impegnando sempre di più sul tema della prevenzione, proponendo una serie di check up periodici che possano aiutare ad inquadrare al meglio lo stato di salute del paziente. Ad esempio, il check up al Centro Diagnostico Italiano, nella loro stessa descrizione

rappresenta la sintesi aggiornata di protocolli diagnostici secondo le linee guida internazionali di prevenzione primaria e secondaria. I programmi di prevenzione, coordinati da una équipe di Medici Specialisti di alta professionalità, sono in accordo con le novità tecnologiche che consentono una diagnosi delle patologie sempre più mirata e precoce. Il check up concentra la propria attenzione su alcune patologie di grande rilevanza, nelle quali una diagnosi accurata e tempestiva risulta di fondamentale importanza, tra le quali la sindrome metabolica e le patologie cardiovascolari, neoplastiche polmonari, intestinali, prostatiche, mammarie e ginecologiche.¹²

A fronte di un’offerta sempre più attenta e diversificata il “mercato” del check up è certamente in crescita importante.

¹² Dal sito “CDI – Life from inside”: <https://www.cdi.it/visite-ed-esami/check-up-e-prevenzione/>

Resta tuttavia presente una fascia di popolazione che, per pigrizia o per mancanza di informazione, non fa prevenzione. Il quesito da porsi diventa dunque: come si può spingere queste persone a fare prevenzione?

Di seguito, vengono riportate due esperienze interessanti che rappresentano modelli pilota di avvicinamento della popolazione al check up nei propri consumi privati. Anche questo un “mercato” di certo interesse per la sanità privata imprenditoriale.

La prima esperienza è il Progetto Capsula di Aon, un *HealthPod* (“chiosco”) situato spesso in centri commerciali o luoghi di lavoro, dove è possibile misurare in pochi minuti parametri come stato di forma, pressione, livello di stress e di invecchiamento cellulare. Una volta fatti i test, viene rilasciato un QR Code che permette di poter prenotare le visite specialistiche di cui eventualmente si necessita. La seconda esperienza è il Santagostino Camper, un’unità mobile itinerante pensata sia come strumento di marketing per far conoscere il Centro, sia per erogare prestazioni veloci a chi vive in zone o luoghi dove non vi sono sedi della rete. A bordo del camper si effettuano screening gratuiti, consulti e visite specialistiche a pagamento: elettrocardiogramma, misurazione parametri vitali, valutazione dello stress, nutrizione e dietologia sono alcuni dei servizi sanitari che vengono offerti. Luoghi e date sulla presenza del camper sono segnalati sul sito e costantemente aggiornati.

Capitolo 5.

L'innovazione tecnologica

5.1 La tecnologia sta cambiando la sanità: nuove sfide digitali nell'ambito socio-sanitario

Nell'ambiente sanitario, come in altri settori, è fondamentale stare al passo con i progressi offerti dalla tecnologia, che trasformano le procedure più *out-of-date* in nuove tecniche, più efficaci, più efficienti e più sicure.

La costante crescita tecnologica, che ha coinvolto il settore della sanità, ha portato alla coniazione del termine *e-Health*, o sanità digitale, con la quale si è soliti delineare l'utilizzo di strumenti basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione a vantaggio della salute umana, al fine di garantirne la prevenzione, la diagnosi, la cura e il monitoraggio.

Il termine non è legato solo ad uno sviluppo in senso tecnico, ma è un concetto più ampio che prevede anche un nuovo modo di pensare con l'obiettivo di migliorare l'assistenza sanitaria a livello locale, regionale e mondiale tramite le nuove tecnologie, atte a favorire una migliore informazione e comunicazione.

Questa ampia definizione comprende molte innovazioni in diverse aree tecnologiche: tra queste troviamo novità quali la cartella clinica elettronica, la ricetta elettronica, la telemedicina, nonché le più sofisticate applicazioni nel campo della robotica, dell'intelligenza artificiale, della realtà virtuale e molte altre ancora.

Attraverso piattaforme online, quali il Fascicolo Sanitario, il professionista può accedere istantaneamente ai dati sanitari dell'assistito, visualizzare i suoi referti e compilare ricette mediche, riuscendo a incrementare l'efficienza e rendendo così non indispensabile la presenza fisica del paziente nello studio ambulatoriale.

Alcune piattaforme permettono, inoltre, di instaurare un dialogo con il proprio medico, ottimizzando il processo di presa in carico di pazienti cronici e facilitando tutti coloro che presentano difficoltà nel muoversi dalla propria abitazione per raggiungere lo specialista.

Seppur ancor poco diffusa si ha, poi, un'evoluzione rispetto al passato nella cartella clinica ospedaliera, che da cartacea sta divenendo elettronica. Attraverso la digitalizzazione della stessa e, quindi, la sua dematerializzazione, è più facile e immediato per i professionisti e per tutti gli operatori sanitari accedere ai dati del paziente, dal momento dell'accettazione nella struttura ospedaliera fino alla sua dimissione.

I Wearable Devices

I *Wearable Devices*, “dispositivi indossabili”, rappresentano uno degli svariati elementi chiave della rivoluzione tecnologica nel settore salute. Essi permettono di rilevare, memorizzare e persino trasmettere in tempo reale a medici o operatori sanitari alcuni fondamentali parametri vitali, quali il battito cardiaco, la saturazione dell’ossigeno, la frequenza respiratoria, il glucosio ecc.

Il mercato dei wearable è in continua espansione, guidato dalla crescente domanda dei consumatori “ansiosi” di monitorare la propria salute e i propri parametri vitali, anche per poter perseguire uno stile di vita più *healthy*.

Altri dispositivi, denominati attuatori, permettono persino di eseguire delle azioni autonomamente, sulla base dei parametri rilevati, riuscendo ad esempio a somministrare la giusta dose di farmaco al paziente.

È proprio attraverso l’utilizzo di questi dispositivi indossabili che si è arrivati alla definizione di *smart health*, tradotta letteralmente come “sanità intelligente”, ovvero una sanità basata sull’analisi dei dati raccolti e sulla successiva cura del paziente, che riesce talvolta a prevenire delle situazioni critiche. In parole più semplici, la *smart health*, può essere interpretata come l’*Internet of Things* applicato al mondo della sanità.

L’intelligenza artificiale

Tutto ciò non sarebbe possibile senza l’uso dei più moderni strumenti di *Intelligenza Artificiale (AI)*, algoritmi software in grado di analizzare l’ingente ammontare dei dati disponibili e di svolgere compiti complessi, che richiederebbero la presenza di più team con diverse competenze ed esperienze.

L’applicazione dell’AI in ambito sanitario può contribuire sia alla modernizzazione degli attuali modelli operativi esistenti sia alla creazione di nuovi modelli operativi e di business, attraverso nuove esperienze di cura per i pazienti, sempre più personalizzate (*personalised medicine*).

In particolare, una tecnologia che da sempre ha visto nella sanità uno dei principali ambiti di applicazione e che offre scenari di sviluppo per la medicina personalizzata è la *3d printing*, che permette di stampare con estrema precisione dispositivi medici e chirurgici, sulla base delle caratteristiche anatomiche di un determinato paziente.

L’*Artificial Intelligence* è una tra le tecnologie maggiormente in crescita e, secondo uno studio della Stanford University, il settore sanitario è uno degli otto settori nel quale l’impatto dell’intelligenza artificiale avrà effetti maggiormente rilevanti.

I benefici prodotti dall’AI, unitamente alla robotica, sono molteplici. Non solo l’*early detection* tempestivo delle malattie nei primi stadi di sviluppo, ma anche miglioramenti significativi nella diagnosi e nel trattamento delle stesse. Si ha, poi, la possibilità di sfruttare la realtà virtuale, utilizzata per formare chirurghi

esperti sui più complessi interventi, e per effettuare ricerche su malattie e farmaci.

Uno dei più noti esempi di applicazione dell'intelligenza artificiale al settore della sanità è il Robot Da Vinci, un sistema chirurgico utilizzato per eseguire interventi mininvasivi in diversi ambiti, quali l'urologia, la ginecologia, la chirurgia toracica, nonché la chirurgia generale, riuscendo a minimizzare gli effetti collaterali tipici della chirurgia tradizionale, con benefici sia in termini di output che di outcome.

I big data

Considerando la progressiva diffusione della sanità virtuale, è chiaro come il settore sanitario farà sempre più affidamento sull'intelligenza artificiale e sull'analisi dei *big data* per implementare le prestazioni offerte.

Lo studio di questi dati, possibile solo tramite computer, potrebbe portare all'ottenimento di numerose informazioni e di importanti vantaggi. Tra questi la capacità di individuare preventivamente i pazienti maggiormente a rischio di malattia, la possibilità di fornire una migliore assistenza sanitaria di organizzare una migliore ottimizzazione delle risorse con conseguente riduzione dei costi sanitari.

Il passaggio alle cartelle cliniche elettroniche sta favorendo in parte questo processo, rendendo di fatto proattiva l'assistenza sanitaria offerta dai medici (*data-driven physician*).

Se da un lato i *big data* presentano enormi potenzialità, dall'altro emergono ostacoli relativi alla loro adozione. In particolare, molti Paesi hanno leggi e normative sulla privacy che non permettono la raccolta di dati sensibili. Risulta perciò fondamentale affrontare tale sfida per poter utilizzare i dati dei pazienti come risorse utili a generare conoscenza. Emergono, poi, problematiche riguardo i costi elevati e lo spazio necessario per poter archiviare queste enormi quantità di dati.

Telehealth Business Model

Se la distanza ha da sempre rappresentato un ostacolo nel campo dell'assistenza sanitaria, oggi non lo è più.

Parlando di *business model* innovativi, è doveroso parlare della telemedicina che, prima fra tutte, ha permesso di abbattere le barriere fisiche e geografiche, tipiche della medicina tradizionale, riuscendo così a sopperire alla disomogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio, raggiungendo anche coloro che vivono nelle zone più difficilmente raggiungibili. Ottenere le migliori diagnosi e cure dovrebbe, infatti, essere un diritto di tutte le persone, indipendentemente da dove vivano.

Anche il fattore tempo non è più un problema, in quanto questa modalità di assistenza al paziente può contribuire alla riduzione delle lunghe liste d'attesa, tipiche della sanità italiana.

Chiunque possieda un dispositivo dotato di videocamera e una connessione internet può ricevere una visita medica senza doversi spostare dalla propria abitazione, il tutto senza ripercussioni sull'efficacia della prestazione offerta.

È importante, però, sottolineare che la telemedicina non deve essere vista come un sostituto della medicina tradizionale, ma piuttosto come uno strumento che la affianca e la integra, attraverso la creazione di nuovi canali di interazione, al fine di migliorare l'assistenza sanitaria e aiutare il maggior numero di cittadini ad accedere alle migliori cure possibili.

Nel 1997 l'OMS definiva la telemedicina

l'erogazione di servizi sanitari, quando la distanza è un fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni al fine di scambiare informazioni utili alla diagnosi, al trattamento ed alla prevenzione delle malattie e per garantire un'informazione continua agli erogatori di prestazioni sanitarie e supportare la ricerca e la valutazione della cura.¹

Tale strumento può venire in soccorso anche a coloro che desiderano ricevere un secondo parere specialistico, da un altro professionista, magari di un'altra Regione. Ad esempio, l'I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele, oltre ad offrire un servizio di teleconsulto online per prime visite o primi pareri con diversi specialisti quali medici, nutrizionisti e psicologi, offre anche la possibilità di ricevere consulti o *second opinion*, nonché visite di follow-up.

5.2 Lo sviluppo dell'E-commerce sanitario

Come già accennato nel capitolo dedicato ai nuovi posizionamenti e modelli di business, un altro settore in crescita nei consumi privati è quello dell'*e-commerce*. La pandemia che abbiamo vissuto in questi ultimi due anni ha accelerato notevolmente la crescita in questo settore, poiché il lockdown ha costretto molte persone a rivolgersi all'offerta di servizi online. Una nuova strategia sta emergendo tra i vari attori sanitari: la strategia *brick and click* che spinge la sanità del futuro a diventare sempre più digitalizzata senza però rinunciare a un mix tra prestazione in presenza e digitale. Nel 2021 l'*e-commerce* dei prodotti Health and Pharma ha visto un incremento di valore del 43.3% rispetto al 2020, con

1 Dal sito "TMS Telemedicine": <https://www.tmslemedicine.it/index.php/telemedicina>

1.8 milioni di italiani che acquistano prodotti online². Sempre più persone utilizzano servizi e canali digitali per la propria salute spingendo il settore verso una trasformazione digitale chiamata *digital disruption*. Il mondo sanitario si è dovuto reinventare dando vita a servizi di *delivery* di farmaci o altri prodotti medicali: è il caso di un farmacista di Forlì che ha istituito un servizio di *delivery* via WhatsApp o il caso della catena di farmacie Lloyds che ha attivato il recapito a domicilio di farmaci e parafarmaci. Un caso di riferimento in questo ambito è stato quello della Regione Lombardia che, in accordo con le farmacie del territorio e i medici di famiglia, ha dematerializzato la ricetta SSN rendendola digitale. Questo ha permesso al MMG di inviare direttamente al paziente il numero della ricetta elettronica (NRE) via sms o e-mail; dopodiché, il paziente si può recare in farmacia con il codice della tessera sanitaria per ritirare il farmaco, evitando così gli assembramenti. La dematerializzazione della ricetta è un passo importante che nel prossimo futuro potrà portarci a sviluppare altri servizi già realtà nei paesi anglosassoni, in Svezia o Germania. Potrà, ad esempio, essere

2 Nato negli Stati Uniti, l'e-commerce di prodotti medici è un altro fenomeno che sta iniziando a prendere piede anche nel nostro paese. Gli Stati Uniti guidano il mondo nella spesa sanitaria e un colosso come Amazon può rappresentare un interessante riferimento per capire come sta crescendo rapidamente questo tipo di e-commerce. A dati disponibili, nel 2017 negli USA, Amazon ha rappresentato il 35% di tutte le vendite di forniture mediche e sanitarie online, per un totale di 2,1 miliardi di dollari di entrate, ed è attivo su diversi fronti:

- Acquisizione della startup di farmacie online PillPack, un'azienda progettata per spedire farmaci soggetti a prescrizione medica a domicilio dei pazienti;
- Lancio di Amazon Comprehend Medical, uno strumento di apprendimento automatico che sfrutta le cartelle cliniche esistenti per aggregare i dati sulle diagnosi e sui farmaci dei pazienti;
- Ha permesso ad alcuni ospedali di utilizzare i pulsanti “Dash” di Amazon per soddisfare le esigenze della catena di approvvigionamento: ad esempio, il Summit Pacific Medical Center di Washington utilizza i pulsanti “Dash” per ordinare forniture mediche come guanti e siringhe e di conseguenza ha ridotto i costi di manodopera della catena di approvvigionamento dell'80%;
- Ha iniziato ad accettare carte di risparmio sanitario (HSA) per forniture mediche vendute su Amazon.com;
- Ha annunciato partnership aziendali con un fornitore di prescrizioni (Express Scripts), con Cigna Health Today, con un programma di recupero post-operatorio condotto dal Boston Children's Hospital (ERAS) e altro ancora;
- Ha integrato Amazon Alexa con una società di intelligenza artificiale sanitaria, Nimblr;
- Ha annunciato di aver consentito ad Amazon Alexa di eseguire servizi sanitari conformi allo standard HIPAA, come l'archiviazione e la trasmissione delle misurazioni della glicemia tramite dispositivi di monitoraggio digitale o la fornitura sicura di aggiornamenti sulla consegna delle prescrizioni;
- Ha collaborato con Berkshire Hathaway e JPMorgan Chase per creare un'azienda sanitaria indipendente e incentrata sul cliente: “Haven”;
- Ha collaborato con Accenture e Merck per una piattaforma di sviluppo di farmaci basata su Amazon Web Services.

possibile inviare il NRE via app alla farmacia e chiedere la consegna a casa o prenotare il ritiro in farmaci.

Con la pandemia i servizi di telemedicina e i teleservizi hanno avuto una crescita importante, affermandosi come strumenti fondamentali per ridurre al minimo gli spostamenti senza però negare la possibilità di effettuare visite o consulti con professionisti. Molti sono i servizi che sono passati su questi canali e gli italiani si sono già abituati a questo nuovo tipo di servizi: il 62% degli acquirenti di prodotti *Health* e *Pharma* ha dichiarato di aver prenotato visite ed altre prestazioni online, il 32% ha fatto uso di app per la gestione di aspetti legati alla salute o percorsi sanitari, il 29% ha chattato con uno specialista, il 22% ha fatto un consulto online. Ormai molti cittadini si aspettano una sanità sempre più di prossimità e che consenta la cura presso il domicilio o di essere monitorati a distanza.

I pazienti possono utilizzare le App per prenotare le visite ed esami e ritirare i referti (esempi sono il CDI care e l'App MySantagostino), possono utilizzare chat su WhatsApp per parlare con esperti e professionisti (CDI WhatsApp), sono stati attivati durante il periodo di lockdown dei servizi di video consulto (#CDI con voi), servizi di telemedicina e di psicoterapia online (fondamentali durante la fase emergenziale in quanto sempre più persone sentivano il bisogno di aiuto psicologico) con orari sempre più flessibili e addirittura con la possibilità di parlare con un medico 24 ore al giorno 7 giorni su 7 (CSM 24/7 è il servizio offerto dal Centro Medico Santagostino per i pazienti smart).

Questo nuovo modo di vivere la sanità spinge il paziente a diventare più smart e consapevole della propria salute. La *retailization* della sanità svincola l'idea che le prestazioni possano essere effettuate solo negli ospedali, rendendo invece i luoghi di tutti i giorni, come centri commerciali o supermercati, dei posti dove prendersi cura di sé senza rinunciare a un servizio di qualità.

Capitolo 6.

Il turismo sanitario

Nell'ambiente sanitario, come in altri settori, è fondamentale stare al passo con i progressi offerti dalla tecnologia, che trasformano le procedure più *out-of-date* in nuove tecniche, più efficaci, più efficienti e più sicure.

La costante crescita tecnologica, che ha coinvolto il settore della sanità, ha portato alla coniazione del termine *e-Health*, o sanità digitale, con la quale si è soliti delineare l'utilizzo di strumenti basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione a vantaggio della salute umana, al fine di garantirne la prevenzione, la diagnosi, la cura e il monitoraggio.

L'avvento della globalizzazione ha incrementato i movimenti di beni, servizi, persone e capitali tra i Paesi, e l'evoluzione continua del settore dell'ICT ha agevolato ulteriormente questi scambi grazie a nuove tecnologie in ambito di comunicazione e scambio di informazioni. In questo contesto gli ospedali, il settore dell'ospitalità e gli stessi governi hanno iniziato a sperimentare l'offerta non solo di vacanze benessere ("turismo del benessere") ma di pacchetti, vantaggiosi in termini di costo, di trattamenti medici altamente specializzati in Paesi emergenti. Grazie al coinvolgimento di professionisti, medici e pazienti internazionali si sviluppa così una nuova nicchia di mercato che, all'interno del mercato del turismo della salute, si affianca alle forme tipiche di turismo del benessere e prende il nome di "*medical tourism*", a cui di seguito faremo riferimento con il termine turismo sanitario.

Oggigiorno le sinergie tra globalizzazione, informatizzazione e crescita di interesse per i servizi *low-cost* (o più correttamente dovremmo dire *low price*) in ambito di salute, hanno portato a una forte espansione di questo mercato. I Paesi emergenti, ad esempio India e Thailandia, e dell'Est Europa (ad es. Ungheria e Polonia) hanno saputo meglio rispondere alle nuove esigenze e alla crescente domanda attraverso politiche governative e investimenti da privati in ospedali e staff-medico di eccellenza, e sono oggi leader di questo mercato in crescita a doppia cifra e il cui valore stimato è triplicato negli ultimi anni dai 30 miliardi di dollari del 2002 agli oltre 100 miliardi del 2010. Ne è derivato un cambiamento radicale dei flussi dei turisti per ragioni sanitarie che, anziché far riferimento a strutture interne al proprio Paese o, come in passato, alle eccellenze di Europa e Stati Uniti, tendono a spostarsi verso Paesi spesso remoti, determinando la crescita di un mercato internazionale della sanità. Contrariamente a quanto accaduto per il turismo sanitario, i flussi di turismo del benessere non hanno subito radicali trasformazioni, e ancor oggi i mercati di riferimento sono Europa e Stati Uniti, con un valore stimato per l'Europa superiore ai 100 miliardi di euro e un impatto economico sul territorio di oltre 300 miliardi di euro. Volgendo

l'attenzione al caso italiano, dove vi sono competenze diffuse ed eccellenze mondiali nel campo delle prestazioni specialistiche, ma tecnologie e capacità produttive che negli ospedali non vengono valorizzate, assume particolare interesse investigare quali siano le opportunità di internazionalizzazione che si aprono per il SSN e le singole aziende sanitarie pubbliche e private, anche e soprattutto alla luce delle implicazioni possibili derivanti dall'applicazione della direttiva 2011/24/UE che regola la mobilità internazionale a livello europeo. Considerando poi che il turismo sanitario potrebbe diventare un interessante polmone finanziario del SSN e delle singole aziende, oltre ad essere stimolo ed occasione per sviluppi professionali e tecnologici.

Per un paese come l'Italia, ricco di professionalità e tecnologie in campo sanitario, pur nel difficile momento che sta vivendo il SSN, la possibile creazione di una sanità "transfrontaliera" potrebbe infatti rappresentare una grande opportunità, ed al tempo stesso una minaccia se i fenomeni di mobilità dei pazienti non venissero attentamente analizzati e governati. Seppure contenuti, già oggi si osservano flussi di mobilità di pazienti italiani verso paesi in cui si pratica una medicina *low cost* – principalmente diretta verso l'Est Europa e interessata ad alcune branche di attività, quali odontoiatria, riabilitazione e medicina estetica. Tuttavia, il "mercato" internazionale della salute è in crescita: a livello globale si stima attualmente un valore complessivo del turismo della salute pari a 250 miliardi di euro di cui 180 miliardi circa derivanti da attività ricollegabili alla sfera del turismo del benessere e 70 miliardi prodotti dal turismo sanitario per ragioni di cura. Ad oggi la parte preponderante della spesa legata al turismo sanitario risulta essere composta di spesa *out of pocket* a carico dei pazienti ma ci si attende una crescita rilevante a livello internazionale della parte di spese coperte da assicurazioni private e, in Europa, della spesa a carico dei Paesi Membri.

Dai dati si evince come, mentre fino alla fine anni Novanta la domanda di servizi per la salute ha visto i centri di eccellenza medici e termali dell'Europa e degli USA come epicentro di flussi dal sud verso il nord del mondo, nell'ultimo decennio si sono sviluppati flussi multidirezionali determinati da una domanda sempre più specializzata, una più facile mobilità e da un consolidamento di capillari reti di trasporto a basso costo. Tra i paesi a livello mondiale primeggiano India e Thailandia per cure ad alta specialità a costi accessibili, ma sono in crescita Messico, Singapore e molti altri, tra cui, in Europa, Ungheria e Polonia. In questo scenario, la sanità transfrontaliera europea è solo un elemento di un quadro più articolato che va componendosi, in cui l'Italia può e deve inserirsi. Al momento i flussi internazionali in attrazione per l'Italia sono molto limitati, con un deficit nella bilancia commerciale sanitaria di circa 70 milioni di euro verso l'Europa, ed un dato positivo di circa 15 milioni verso i paesi extra-UE. Inoltre, molta parte di questa attrazione verso l'Italia è collegata ad eventi malattia occorsi durante periodi di vacanza e non per scelta sanitaria del cittadino estero. Dai dati relativi al periodo 2009-2011 si rileva che i cittadini di altri Paesi

Membri recatisi in Italia alla ricerca dell'alta specialità rappresentano il 3,2% del totale contro un 56,8% di italiani recatisi all'estero per cure di alta specialità.

Le possibilità per l'Italia di diventare più attrattiva a livello globale sono evidenti, poiché ha un settore sanitario pubblico e privato caratterizzato da competenze diffuse ed eccellenze mondiali nel campo delle prestazioni specialistiche, da una capacità produttiva sottoutilizzata all'interno di molte strutture ospedaliere e da vantaggi di costo rilevanti rispetto ad altri paesi occidentali: le principali procedure ed interventi ospedalieri mostrano un differenziale di costo con le attuali tariffe spesso nell'ordine del 20% rispetto ai principali paesi europei, e del 50% e più rispetto agli USA.

Inoltre, l'Italia gode di un vantaggio competitivo unico, potendo unire all'interno di un'unica esperienza i vantaggi del turismo culturale e di quello del benessere.

In questa prospettiva, nel capitolo del rapporto OASI si presentano le varie strategie di attrazione di turismo sanitario adottabili dai governi centrali e dalle singole strutture sanitarie.

I vantaggi di costo, insieme alla tempestività di accesso al trattamento, alla presenza di strutture all'avanguardia e staff medico specializzato, oltre che la possibilità di recarsi presso strutture convenzionate con la propria compagnia assicurativa beneficiando di una offerta integrata turismo-salute, sembrano essere gli elementi chiave alla base della scelta di recarsi all'estero per ricevere le adeguate cure mediche.

Vi sono diversi motivi validi per cui l'Italia deve guardare con interesse al turismo sanitario, tra cui:

- quello di costruire un ulteriore polmone finanziario, i cui incassi vadano a sostenere gli investimenti per l'attività istituzionale;
- la possibilità di fornire nuovi stimoli professionali ed opportunità di carriera e di visibilità ai medici;
- la produzione di un indotto economico positivo sulle economie locali per il collegamento con il turismo tradizionale, o più semplicemente per i consumi locali derivanti dalla permanenza del turista sanitario (e della sua famiglia / accompagnatori).

Affinché queste opportunità possano essere colte, quattro sembrano essere le mosse fondamentali. La prima è quella di collocare gli obiettivi di internazionalizzazione dentro le strategie aziendali, come priorità da perseguire nel breve termine. La seconda è quella di evitare di pensare al mercato internazionale ed europeo come un bacino di pesca per la libera professione dei medici. L'obiettivo è sviluppare un'area nuova aziendale, a pagamento, che non solo rappresenti un fonte di ricavi riutilizzabili per l'attività istituzionale, ma che favorisca anche lo sviluppo di una cultura nuova, di maggiore attenzione al cliente

e di imprenditorialità capace di convivere con la missione aziendale di garanzia e tutela della salute dei cittadini italiani.

Terzo, fare rete. Le strutture ospedaliere e specialistiche di eccellenza potrebbero consorzarsi per gestire in comune le piattaforme amministrative, i servizi collegati al turismo internazionale (trasporti, alloggio, assistenza, ecc.) e le relazioni con il turismo del benessere. Ciò permetterebbe di contenere i costi e di promuovere in modo coordinato le professionalità e le strutture sul panorama globale.

Quarto, serve un programma nazionale e regionale di sostegno, di promozione della qualità della sanità italiana, di costruzione e consolidamento della reputazione a livello mondiale, oltre ai soli circuiti professionali dove i medici italiani sono già ampiamente apprezzati.

Occorre infine sottolineare che la strada per lo sviluppo del turismo sanitario in Italia appare interessante e percorribile senza investimenti di importante rilevanza, e soprattutto con costi che si ripagano ampiamente con l'attività stessa, in modo da contribuire così positivamente anche alla sfida della sostenibilità del SSN, dei diversi sistemi sanitari regionali e delle loro aziende pubbliche e strutture private.

6.1 Definizione e rilevanza del Turismo della salute

Al fine di una corretta analisi del potenziale legato al crescente mercato del turismo sanitario, è fondamentale comprenderne le componenti e gli attori coinvolti. Ciò è fondamentale perché, nonostante il crescente interesse rispetto al tema della mobilità sanitaria e alle opportunità collegate, non esiste ad oggi una definizione condivisa del fenomeno. Per maggior chiarezza espositiva si ritiene opportuno operare due distinzioni fondamentali.

La prima ha come oggetto il motivo conduttore della scelta di recarsi al di fuori della propria area di origine e porta a distinguere il mercato in due sub-categorie, turismo medico e turismo del benessere. Nonostante queste due sub-categorie abbiano alcuni elementi in comune e spesso complementari, turismo medico e turismo del benessere si distinguono nettamente, per oggetto e stakeholders coinvolti, all'interno del mercato del turismo della salute. Mentre il primo si caratterizza per la pratica di lasciare intenzionalmente il proprio Paese di origine recandosi in una località estera vicina o lontana con lo scopo di ottenere prestazioni di tipo medico-specialistico spesso non disponibili, con difficoltà di accesso o eccessivamente onerose, nel proprio Paese di origine, il turismo del benessere si traduce in vacanze dedicate al benessere all'interno di centri spa, attività sportive o di riabilitazione e attività mirate al ripristino dell'equilibrio psico-fisico in una meta estera. Ne deriva che nel caso di turismo sanitario puro

– in cui l'esigenza principale è reperire trattamenti specifici adeguati alle proprie esigenze in termini di miglioramento o ripristino della salute, risparmio economico, riservatezza, accessibilità e qualità – si ha un rapporto prevalentemente bi-laterale tra il paziente e la struttura sanitaria ospitante. Nel caso di turismo del benessere, invece, l'elemento turistico assume un ruolo maggiore se non preponderante nel processo decisionale dei pazienti potenziali: gli attori coinvolti sono pazienti, strutture ospedaliere e settore dell'ospitalità del territorio, e questi due elementi beneficiano di effetti diretti, indiretti e indotti legati all'afflusso sul territorio da parte dei turisti medici e di loro eventuali accompagnatori.

In particolare l'Italia, ricca di eccellenze, e dotata di un sistema sanitario all'avanguardia a livello internazionale, rappresenta una meta con un indubbio potenziale. Con l'espressione "turismo sanitario" si intende lo spostarsi in un Paese diverso da quello di origine con l'intenzione di ricevere un trattamento sanitario nel Paese di destinazione e include: il trattamento di patologie, tecnologie di riproduzione assistita e trattamenti estetici (*medical tourism*) (70 miliardi di euro) e il cosiddetto *wellness tourism* (180 miliardi di euro) che comprende trattamenti termali, agopuntura, ecc.

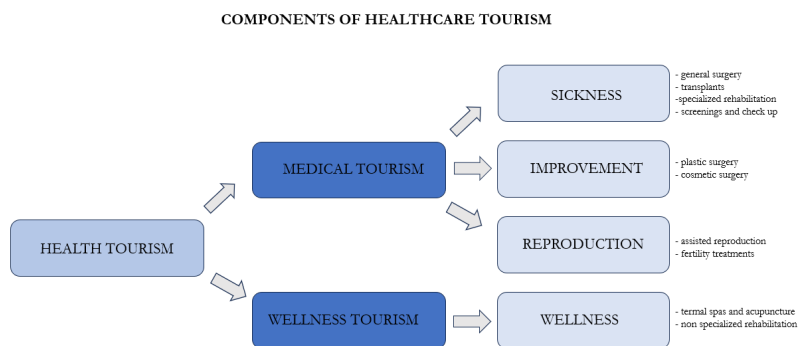


Figura 6.1 – Componenti del turismo sanitario.

Fonte: Elaborazione OCPS Bocconi

Ma cosa spinge un cittadino a decidere di lasciare il proprio Paese e cercare un trattamento sanitario all'estero? Vi sono diversi fattori (*push factors*) che incidono sulla scelta di una persona di farsi curare in un Paese diverso dal suo: in primo luogo, potrebbe risultare più conveniente raggiungere un ospedale nel Paese confinante (tema della prossimità); inoltre, dal momento che non necessariamente le prestazioni desiderate vengono erogate da tutti i Paesi, un secondo aspetto che spinge a farsi curare in altro luogo rispetto al paese di provenienza è quello della disponibilità del trattamento desiderato (*availability*). Un ulteriore elemento, comune a molte nazioni, è quello del tempo di attesa che rende inaccessibile il trattamento nel proprio territorio nazionale. Non meno

importante, anzi, di primaria rilevanza, è la qualità percepita che influisce fortemente nella scelta dei pazienti, che cercano professionisti altamente specializzati. Ovviamente il fattore che tutti i potenziali turisti considerano, per qualsiasi aspetto, è il costo. Infine, determinati Paesi o assicurazioni possono stipulare accordi bilaterali o multilaterali che spingono i pazienti di una delle parti contraenti a farsi curare nell'altra e viceversa.

Vi è poi un altro quesito che un paziente si pone, ovvero quale sia il luogo dove è meglio farsi curare (*pull factors*). Tra essi si distinguono: fattori interni, che solitamente rappresentano le caratteristiche delle strutture sanitarie, per esempio brevi liste di attesa, prezzi bassi, unicità del trattamento e qualità percepita della prestazione erogata del servizio sia per quanto concerne i professionisti sia per quanto riguarda la vera e propria struttura; fattori esterni, tra cui i più importanti sono le connessioni socio-culturali con il Paese di origine in termini di lingua, religione e costumi, e la stabilità socio-economica della nazione ospitante che, insieme alla prossimità geografica, ai trasporti e alla protezione legale hanno un impatto nella scelta della destinazione da parte del paziente¹.

L'Italia ha ampie possibilità di essere meta di turismo sanitario, molto più di quanto lo sia ora, grazie certamente alle eccellenze riconosciute a livello internazionale in ambito di prestazioni di tipo specialistico, ma anche ai vantaggi in termini di costo se paragonata agli altri Stati europei e agli Stati Uniti d'America. effetto di *spill-over* che avrebbe un impatto positivo sull'economia nazionale (basti pensare semplicemente alle spese legate alla permanenza del paziente e della sua famiglia) genererebbe ingenti introiti che consentirebbero di attuare investimenti in nuove tecnologie o ricerca².

La seconda distinzione ha come oggetto la modalità di finanziamento per il pagamento delle terapie di accesso ai pazienti, ovvero privata (*out of pocket* e/o copertura assicurativa privata) o pubblica (a carico del Paese di origine del paziente). Mentre il turismo del benessere si caratterizza per un finanziamento prevalentemente a carattere privato, il turismo medico rende necessaria tale distinzione per comprendere meglio un fenomeno recente che, a seguito della entrata in vigore della direttiva 2011/24/UE, ha preso forma in Europa, ovvero la creazione di una "area Schengen della salute" in cui sono i Paesi Membri di origine dei pazienti a prendersi carico, nei limiti previsti, delle spese mediche sostenute dai propri cittadini all'interno di un altro Paese Membro.

1 *Private Health Care Consumption in Italy, The sector at a glance, Executive summary OCPS report*, Egea, 2018

2 Lega F, *Economia e management sanitario, settore, sistema, aziende, protagonisti*, Milano, Egea, 2020

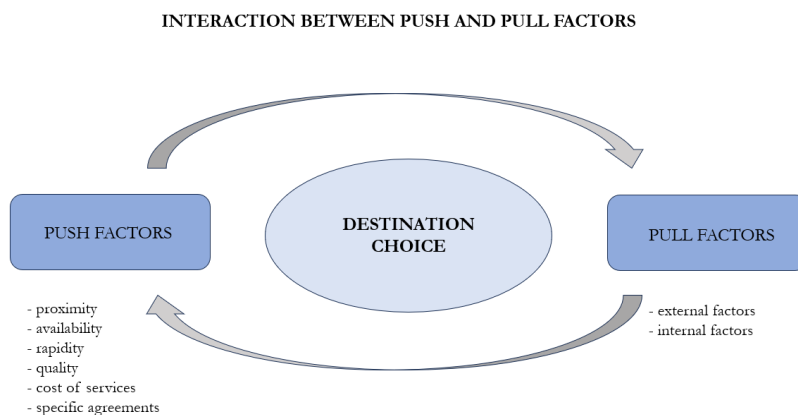


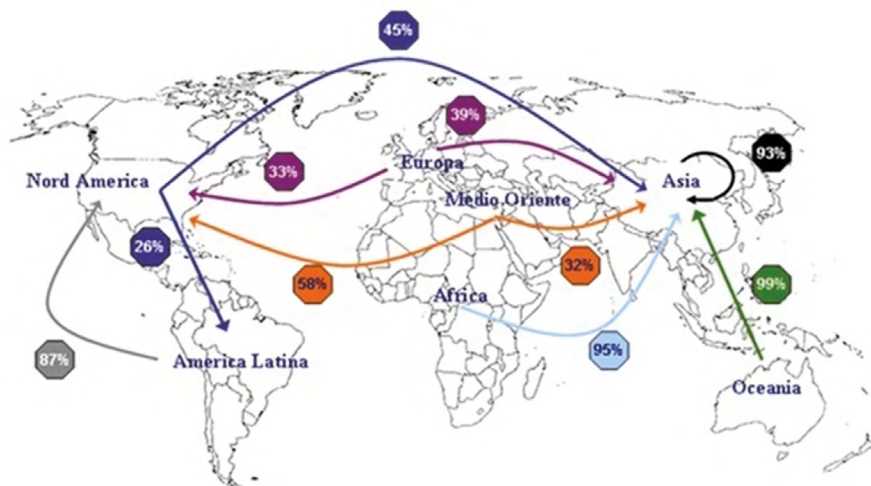
Figura 6.2 – Interazione tra fattori *push and pull*.

Fonte: Elaborazione OCPS Bocconi

6.2 Flussi internazionali di turismo della salute

Fino alla fine degli anni Novanta la domanda di servizi per la salute ha visto i centri di eccellenza medici e termali in Europa come epicentro dei flussi (limitati) di pazienti alla ricerca delle migliori cure e di una elevata qualificazione dei medici, oltre che di tecnologie all'avanguardia. In quegli anni si è assistito a un cambiamento radicale della direzione dei flussi di turismo della salute, e di turismo medico in particolare, con un incremento rilevante di domanda in aree che non erano mai state oggetto di attenzione da parte di pazienti, ma che hanno iniziato a offrire prestazioni a costi ridotti e, grazie a investimenti rilevanti in strutture all'avanguardia e capitale umano di eccellenza, qualità pari o superiore a quella del Paese di provenienza dei turisti. Osservando lo sviluppo nel tempo dei flussi di turismo sanitario, si evince come in passato il flusso di turisti fosse prevalentemente SUD→NORD, ovvero dai Paesi in via di sviluppo verso i Paesi industrializzati quali Europa e Stati Uniti, mentre nell'ultimo decennio si sono sviluppati flussi rivolti in direzioni diverse. Il turismo sanitario oggi è in fase di sviluppo a seguito della globalizzazione, della mobilità accelerata dal venir meno delle frontiere, dal consolidamento di capillari reti di trasporto *low cost* e da un più facile accesso a informazioni in ambito medico. Inoltre, sta emergendo una domanda sempre più specializzata e ricercata alla quale i servizi sanitari del proprio paese non paiono dare risposta adeguata. In questa prospettiva il bene "salute" si configura in misura crescente come un prodotto di consumo globale in cui il paziente, agendo in veste di cliente, è libero di cercare trattamenti medici al di fuori del proprio territorio di origine. Di conseguenza il mercato del

turismo medico è divenuto non solo bidirezionale, ovvero SUD↔NORD (Gill e Singh, 2011), ma si osserva un trend recente caratterizzato dal rafforzamento di flussi complementari SUD→SUD e NORD→NORD che determinano un ulteriore e importante cambiamento nella composizione e configurazione del turismo sanitario (cfr. Figura 6.3).



Fonte: elaborazione personale dati da Ehrbeck et al., 2008, p.5

Figura 6.3 – Turismo sanitario, origine e destinazione.

Fonte: Elaborazione Ehrbeck et al., 2008

Lo sviluppo di flussi di pazienti in diverse direzioni si collega anche alla crescente segmentazione del mercato, che ha portato al sorgere di centri di eccellenza per diverse specialità e in diversi Paesi (si veda Figura 6.4). India, Malesia, Singapore e Thailandia sono tra le destinazioni di turismo sanitario più attrattive in cui tali flussi stanno avendo un impatto economico rilevante e in continuo aumento. Sulla base di studi recenti si rileva come la sola Thailandia sia stata meta di 1,2 milioni di turisti medici nel 2006, Singapore abbia accolto nello stesso anno 410.000 pazienti provenienti da tutto il Mondo, mentre India e Malesia rispettivamente nel 2005 e 2006 siano stati meta di 450.000 e 300.000 pazienti stranieri (Keckley, 2009). Il bacino di provenienza preponderante è quello statunitense dove si rileva come nel 2005 circa 500.000 americani si siano recati all'estero per ricevere cure mediche; nel 2007 tale numero è salito a 750.000 (Keckley, 2009).

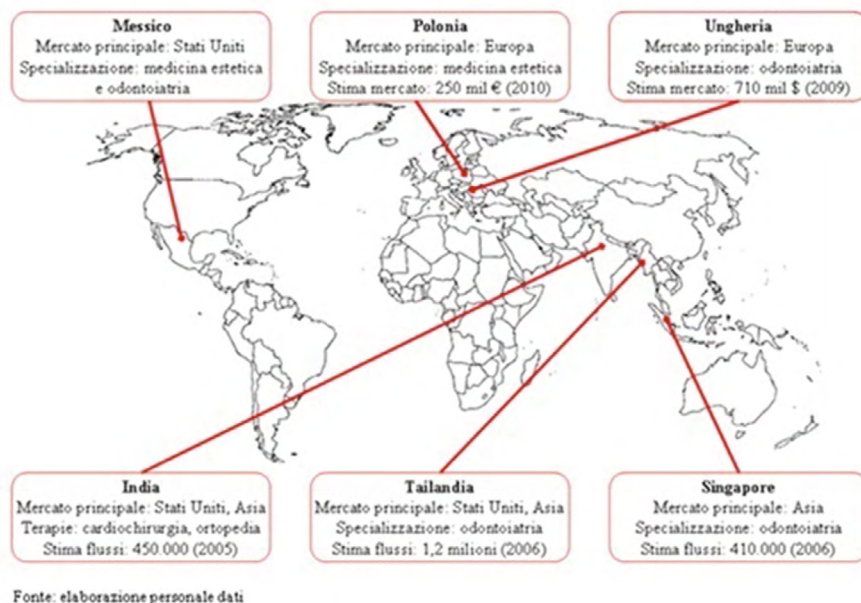


Figura 6.4 – Destinazioni principali di turismo sanitario.

Fonte: Elaborazione Ehrbeck et al., 2008

Uno studio della OECD, che ha preso in esame la domanda internazionale di cure mediche e la direzione dei flussi di turismo medico, riporta come i trattamenti maggiormente richiesti siano: chirurgia estetica, cardiocirurgia, chirurgia ortopedica, ortodonzia e riproduzione assistita, con mete predominanti Messico, Singapore, Thailandia e India ad eccezione di ortopedia e ortodonzia in cui si prediligono rispettivamente Germania e Paesi dell'Est Europa. Va sottolineato che le strutture attrattive nei Paesi emergenti non solo hanno una vantaggio importante in termini di costi, ma sono ospedali (spesso privati) di primissimo livello progettati e configurati con un *business model* specifico per attrarre pazienti dall'estero, accreditati a livello internazionale (JCI o ISO 9001), che vantano medici provenienti dalle migliori università e ospedali inglesi e statunitensi, ed hanno accordi con agenzie di turismo sanitario (MedRetreat, PlanetHospital, IndUShealth, HealthTourism, Treatmentabroad, Hospital Scout, PlacidWay) e non-profit (Healthcare Tourism International). Inoltre, nelle principali mete di turismo sanitario si registra un coinvolgimento dei governi nello sviluppo delle infrastrutture e delle politiche atte a sostenere lo sviluppo di tale tipologia di turismo, che spesso assume rilevanza e priorità nell'agenda locale (come in India, Thailandia, Singapore, Emirati Arabi, dove spesso sono previste agevolazioni ai visti e permessi di soggiorno per motivi di salute, nonché pacchetti integrati cure-turismo, ecc.).

6.3 Opportunità (e necessità) di sviluppo del turismo sanitario in Italia

Nel quadro di una crescita del turismo sanitario già in atto ed attesa in modo più significativo nel prossimo futuro, sebbene ancora limitata, almeno in parte, dalla ritardata applicazione della direttiva comunitaria in materia di mobilità sanitaria, l'Italia presenta diverse condizioni di sistema per ambire a diventare un *player* importante nel mercato.

Tuttavia, sono però presenti diversi punti di debolezza, quali: le barriere linguistiche, elemento cruciale nel rapporto medico-paziente, legate alla carenza di personale e materiale di supporto multilingue; la carenza di una offerta integrata di pacchetti fondati sulla sinergia tra settore medico e strutture ricettive; una percezione culturale e politica sfavorevole allo sviluppo del turismo sanitario, in quanto visto come lesivo degli interessi della sanità pubblica, la mancanza di politiche pubbliche rivolte allo sviluppo di questo settore; la scarsa integrazione tra enti e scarsa diffusione di forme di reti ospedaliere organizzate in rete capaci di presentarsi all'estero in modo efficace; e infine una immagine della nostra sanità, all'estero compromessa da scandali di malasana e ridotto utilizzo di strategie di branding internazionali.

Tuttavia, pur con vincoli e limiti sopra richiamati, le opportunità sembrano essere predominanti e rafforzate oltre che dalle solide condizioni di partenza del sistema sanitario anche dall'emergere di un quadro ambientale ricco di positività, quali: (1) un crescente interesse a livello globale sul tema del turismo medico da parte dei governi che percepiscono questo mercato come un'opportunità di risparmio di risorse pubbliche e di crescita economica, e da parte di investitori privati che vi intravedono opportunità di business; (2) possibilità di competere con i leader mondiali, forti del loro vantaggio in termini di costo, grazie a un targeting di mercato rivolto a pazienti-turisti attenti ad aspetti quali vicinanza geografica, vicinanza culturale, qualità dei trattamenti e tutela legale e, in concomitanza, facendo leva sull'attrazione dei flussi crescenti dai Paesi con un legame storico all'Italia, tra cui l'America Latina; (3) opportunità di convenzioni e accordi bilaterali con altri Paesi, multinazionali e assicurazioni private, soprattutto negli Stati Uniti, interessate alle possibilità di risparmio ma che prediligono strutture di eccellenza in Paesi avanzati per evitare problematiche legali e costi extra dovuti a casi di malasana; (4) possibilità di creazione di un *network* atto allo sviluppo di una offerta integrata di trattamenti medici e benessere, che porti a cogliere il potenziale di questo mercato crescente, determinandone gli effetti diretti, indiretti e indotti sull'economia locale, questi benefici sono dovuti, da una lato, alle spese sostenute dai turisti della salute ed eventuali accompagnatori – accesso a trattamenti medici, pernottamento in hotel e resort di lusso, servizi di ristorazione e di trasporto, e consumi legati alle attività turistiche svolte nel periodo post-operatorio – e, dall'altro, alle maggiori entrate fiscali ottenute a

livello centrale grazie al fatturato superiore di soggetti o imprese che forniscono i servizi agli stessi; (5) opportunità legate alla direttiva 2011/24/UE nella fase di transizione in corso a livello europeo verso la creazione di una “Area Schengen” della salute, e conseguente possibilità di accesso a flussi crescenti di turismo medico legati alla sanità transnazionale.

In questo quadro appare quindi molto importante la capacità del Sistema Sanitario Italiano di affrontare per tempo e con la dovuta attenzione la partita del turismo sanitario, per non farsi trovare impreparato di fronte alla competizione che inevitabilmente aumenterà, in un mercato che cresce a tassi superiori al 20% annuo e con un valore stimato di oltre 100 miliardi di dollari.

Peraltro, si è già accennato come lo sviluppo del mercato del turismo sanitario per l'Italia non sia solo collegato al cogliere opportunità emergenti, ma sia per alcuni versi percepibile come una necessità per sviluppare nuove aree di ricavo che possono fungere da polmone finanziario per il sistema pubblico e privato, nonché produrre stimolo e sostenere i processi di innovazione e rinnovamento tecnologico.

L'analisi sottolinea quindi come in Italia sia necessaria una strategia di accesso e sviluppo del mercato del turismo della salute per coglierne le opportunità, facendo leva sui punti di forza e intervenendo con politiche mirate alla riduzione delle debolezze del sistema. È opportuno evidenziare come non servano risorse aggiuntive per l'attrazione di turismo medico e del benessere in Italia. Si tratta piuttosto di mappare le opportunità esterne, valorizzare le eccellenze italiane e promuovere una offerta turistico-sanitaria integrata nel territorio che valorizzi il brand e l'immagine estera dell'Italia. I benefici al paziente-turista portati da una offerta integrata derivano principalmente dalla determinazione di un percorso unificato semplice e trasparente che include trattamento medico, ospitalità presso strutture specializzate e offerta di attività di interesse culturale o turistico, senza che il paziente debba interfacciarsi con attori diversi o affrontare difficoltà burocratiche nell'organizzazione della propria permanenza. A tali benefici si aggiungono degli aspetti positivi per il sistema sanitario, ovvero un maggiore afflusso di stranieri ai centri termali e al settore dell'ospitalità, con conseguente apporto di risorse e ripristino dell'immagine di qualità della sanità in Italia e lo sviluppo di una offerta più ampia di pacchetti benessere che includano trattamenti medici di chirurgia non invasiva, diagnosi, visite specialistiche e degenza post-operatoria.

Un primo esempio in questa prospettiva può ricollegarsi al progetto pilota sviluppato a partire dal 2012 presso la Casa di cura San Camillo (Forte dei Marmi) per lo sviluppo di strategie di attrazione di turismo sanitario dall'estero, in particolare dalla Russia. La strategia della casa di cura si è sviluppata attorno a sette punti cardine: (1) rivisitazione della struttura delle stanze per la degenza, (2) sviluppo di reparti di medicina estetica per rispondere al meglio alla domanda di mercato, (3) sviluppo di un *network* e convenzioni con hotel, centri SPA e

strutture turistiche locali, (4) convenzioni con assicurazioni russe quali la *Global Voyager Assistance*, (5) ricerca di personale infermieristico qualificato e fluente in russo, (6) garanzia che il personale di tutta la struttura parli inglese, (7) creazione di un sito web in inglese e russo in cui è possibile accedere con facilità a prenotazioni on-line, tempi di attesa oltre che a consulti medici on-line. Questo progetto, ancora in fase di consolidamento, intende quindi far leva sul potenziale di attrazione della casa di cura in relazione ad un territorio, quello della costiera versiliana, diventato ormai da qualche anno meta preferita del turismo russo, avendo anche come obiettivi far fronte al ciclo negativo della stagionalità della domanda e conseguire ricavi significativamente superiori a quelli medi grazie, da un lato, a una concentrazione dei flussi di pazienti stranieri nei mesi estivi e, dall'altro, all'applicazione di tariffe maggiorate per i pazienti provenienti dall'estero.

In conclusione, alla luce dei dati discussi nei precedenti paragrafi, lo sviluppo del turismo sanitario (in affiancamento a quello del benessere, che si può dire sia per molti versi già una realtà, per quanto migliorabile) in Italia sembra essere una concreta possibilità a cui guardare con rinnovato interesse, per governarne le dinamiche piuttosto che subirle passivamente. In termini di target, relativamente al mercato del turismo del benessere e turismo sanitario *cross-border*, l'attenzione italiana potrebbe rivolgersi principalmente ai Paesi dell'UE geograficamente vicini all'Italia. Mentre, relativamente al mercato del turismo sanitario globale, quello di riferimento si potrebbe allargare fino a comprendere Russia, Medio Oriente, Stati Uniti e Canada oltre che pazienti di altri Paesi, come l'America Latina, alla ricerca dell'alta specialità e legati storicamente all'Italia.

PARTE III
COMPETENZE PROFESSIONALI

Capitolo 7.

Definire il modello di business

7.1 Il Business Model

L'essenza di un modello di business consiste nel definire il modo in cui l'impresa fornisce valore ai clienti, attira i clienti che sono disposti a pagare per quel valore, e converte quei ricavi in profitto.

Il *Business Model* può quindi essere definito come l'insieme delle soluzioni organizzative e strategiche che consentono all'azienda di creare valore per l'utilizzatore finale, il cliente.

Un modello di business che sia efficace e difficilmente imitabile permette di ottenere un vantaggio competitivo rispetto ai *competitor*.

Creare il proprio modello di business è la prima attività da svolgere nel momento in cui si intenda lanciare sul mercato un nuovo prodotto o un nuovo servizio, o apportare migliorie a quelli già esistenti.

Appare quindi evidente che non esiste un modello di business "migliore" in assoluto ma, al contrario, ogni azienda deve saper progettare e implementare il proprio per poter operare al meglio.

David J. Teece, nel suo lavoro *Business Models, business strategy and innovation* del 2010, definisce il *Business Model* come lo strumento che ipotizza quali siano i desideri dei consumatori e come gli imprenditori possano rispondere a queste esigenze al fine di ottenerne poi la conseguente remunerazione.

Di fondamentale importanza risulta la chiara definizione della *value proposition* (proposta di valore), la quale definisce il valore e i benefici che ottengono i clienti, acquistando quel prodotto o servizio.

La *value proposition*, infatti, indica il pacchetto di prodotti e servizi che rappresenta un valore per uno specifico segmento di clienti, e dovrebbe rispondere alla seguente domanda: "Perché i clienti dovrebbero scegliere il nostro prodotto/servizio?".

Solo attraverso lo sviluppo di una nuova proposta di valore e, quindi, di un nuovo modello di business, l'azienda può innovarsi. In particolare, si possono avere innovazioni di prodotto e/o di processo, a seconda che vengano creati prodotti/servizi radicalmente nuovi, oppure processi migliori e più efficienti.

7.2 Il Business Model Canvas

Un *Business Model* può essere costruito e identificato attraverso il *Business Model Canvas*. Tale strumento, ideato da Alexander Osterwalder, permette di rappresentare tutte le attività fondamentali per l'esercizio del business e le relazioni tra loro, in modo semplice e intuitivo.

Il *canvas* è una struttura visiva, articolata in nove blocchi, che identificano gli elementi costitutivi alla base di ogni modello di business.

1. **Le partnership chiave** (*key partners*): *network* costituito da tutti i partner e i fornitori con cui l'azienda interagisce.
2. **Le attività chiave** (*key activities*): tutte le operazioni fondamentali che permettono di creare valore e sostenere la *value proposition*.
3. **Le risorse chiave** (*key resources*): risorse che permettono di far funzionare il modello di business. Queste includono le risorse umane, le attrezzature, i macchinari, gli stabilimenti, i punti vendita, i *software*, le risorse finanziarie, i brevetti, ecc.
4. **La proposta di valore/valore offerto** (*value propositions*): esprime il valore aggiunto del prodotto/servizio offerto rispetto a quello dei concorrenti; risponde alla domanda: "Quale beneficio ottengono i clienti acquistando il mio prodotto?".
5. **Le relazioni con i clienti** (*customer relationship*): elemento che identifica i mezzi per comunicare al meglio con i clienti già acquisiti e con i potenziali nuovi acquirenti. Questa relazione dipende fortemente dalla strategia di marketing scelta.
6. **I canali** (*channels*): mezzi attraverso cui il prodotto o servizio viene offerto e venduto all'utente finale; punti di contatto tra l'azienda e i suoi clienti.
7. **I segmenti di clientela** (*customer segments*): descrive i differenti gruppi di persone e/o organizzazioni ai quali l'azienda si rivolge. Ogni specifico cluster di clienti ha, infatti, esigenze diverse, che devono essere analizzate e soddisfatte nel più breve tempo possibile.
8. **La struttura dei costi** (*cost structure*): analizza il volume e il tipo di costi che devono essere sostenuti per rendere funzionante il proprio modello di business.
9. **I flussi di ricavi** (*revenue streams*): descrive come l'azienda ottiene ricavi dalla vendita dei prodotti/servizi.

7.3 La formula di servizio quale base del business model¹

Uno strumento utile alla strutturazione di un nuovo business e allo sviluppo della *value proposition* è la formula di servizio (FdS), un concetto che per alcuni

¹ F. Lega, *Economia e Management Sanitario*, 3° edizione, Milano, Egea, 2023.

tratti si avvicina a quello della business idea o della formula imprenditoriale, ma che ha una sua declinazione operativa specifica e che maggiormente si presta ad ottenere risultati efficaci e sostenibili nel definire il successo di un intervento di sviluppo e del suo successivo consolidamento.

Il punto di partenza della formula di servizio, come si vede nella Figura 7.1, è la chiara identificazione del target che si vuole servire. Ciò è fondamentale per progettare il prodotto/servizio (fare ciò che in chiave imprenditoriale oggi viene definito il *service design*²) e per costruirci attorno la strategia di offerta. Si con-

-
- 2 Per migliorare l'esperienza del paziente, molti sistemi sanitari stanno adottando iniziative quali l'implementazione di tecnologie digitali per semplificare l'accesso ai servizi sanitari, l'addestramento del personale sanitario all'empatia e alla comunicazione efficace, e anche alla raccolta sistematica dei feedback dei pazienti per identificare le aree di miglioramento. In quest'ottica la progettazione dei servizi sanitari diviene un approccio strategico e creativo per sviluppare e migliorare i servizi nel settore sanitario. Adottare in sanità i principi e i metodi del Service Design consente di migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'esperienza degli utenti – pazienti, familiari e operatori sanitari – attraverso l'ottimizzazione dei processi, la semplificazione delle interazioni e la creazione di soluzioni efficaci e a misura di tutti gli attori coinvolti con l'obiettivo di ottenere un ambiente di cura che sia sicuro, compassionevole, efficace ed efficiente. Quindi nel riprogettare i servizi sanitari si stanno sempre più adottando approcci centrati sul paziente che mettono al centro delle decisioni cliniche e organizzative le esigenze, le preferenze e i valori dei pazienti. Questo implica coinvolgere il paziente nelle decisioni sul proprio percorso di cura, ascoltare le sue preoccupazioni e desideri, personalizzare l'assistenza in base alle sue specifiche necessità. L'obiettivo è identificare punti di difficoltà e aree di miglioramento per creare soluzioni innovative che soddisfino le esigenze di tutti gli attori coinvolti nel servizio. Nella definizione di nuove proposte di valore per i servizi l'applicazione dei principi del service design risulta particolarmente utile per creare esperienze positive per i pazienti, i familiari e il personale sanitario. I principi fondamentali adottati nel Service Design in ambito sanitario toccano, infatti, aspetti cruciali per la definizione di soluzioni efficaci:
- user centered: i servizi dovrebbero essere testati attraverso gli occhi degli utilizzatori;
 - co-creative: tutti gli stakeholder dovrebbero essere inclusi nel processo di progettazione;
 - sequencing: il servizio dovrebbe essere visualizzato come una sequenza di azioni interconnesse;
 - evidencing: i servizi dovrebbero essere resi “tangibili” in termini di artefatti reali;
 - holistic: l'ambiente di un servizio dovrebbe essere considerato nel suo complesso;
 - asking and listening: analizzare i problemi da nuovi punti di vista attraverso domande rivolte agli attori coinvolti;
 - visualizing: creare diagrammi, illustrazioni, mappe o modelli fisici può consentire di cogliere aspetti e spunti non considerati;
 - prototyping: realizzare prototipi, anche sulla carta, consente di dare forma “tangibile” alle idee; i prototipi aiutano a comunicare idee, a far provare esperienze agli altri e ottenere importanti riscontri sull'efficacia delle soluzioni;
 - storytelling: la comunicazione e le storie sono cruciali sia nelle attività di progettazione che di cura; narrazioni e infografiche sono strumenti essenziali per comunicare agli altri i concetti legati alla progettazione dei servizi sanitari.

Nell'approccio tipico del Service Design il concetto di progettazione dei servizi sanitari si basa sull'idea che essi non siano solo una serie di procedure mediche, ma un'esperienza complessa che coinvolge molteplici punti di contatto (touchpoint) tra il sistema sanitario e gli utenti. Questi possono includere la comunicazione, la prenotazione dei servizi e appuntamenti,

cretizza qui la differenza principale di ordine culturale rispetto al ragionamento autoreferenziale spesso presente nel settore della salute, per cui si parte dal prodotto/servizio per cercare di venderlo attraverso comunicazione e marketing. Qui, la formula di servizio, propone l'esatto opposto: la domanda fondamentale è quale target vogliamo servire, e che cosa vuole o serve a tale target.

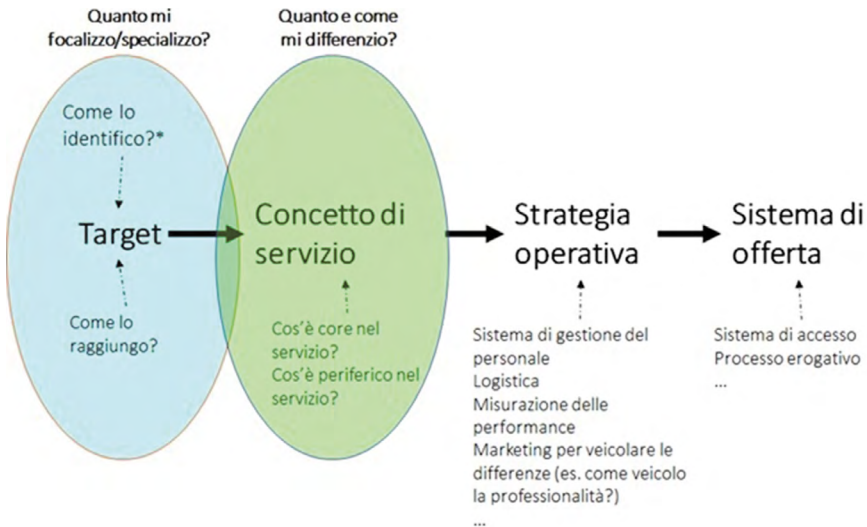


Figura 7.1 – Lo schema base di una formula di servizio.

Fonte: F. Lega, *Leadership e Management dell'Azienda Sanitaria*, Milano, EGEA, 2016

Prendiamo il caso della riabilitazione ortopedica: quale riabilitazione vuole offrire la nostra struttura, e a quale target di pazienti? Ovviamente tale domanda non è scevra da considerazioni in merito alle nostre competenze, alle richieste del mercato e a settori dove c'è più domanda inesa e meno competizione, e inoltre alle ulteriori competenze o tecnologie che potremmo acquisire. In altri termini è un problema di posizionamento strategico, ma che può anche essere collegato a un'idea cosiddetta di *going focused*, cioè di selezione molto ristretta del target in relazione alle capacità e competenze presenti nella nostra struttura. Come nel caso della celebre clinica canadese Shouldice, dove si pratica solo un tipo di intervento di ernia su una popolazione di malati accuratamente selezionati all'ingresso per caratteristiche cliniche e demografiche che si sposano bene con la tecnica (per l'appunto la Shouldice, dal medico che l'ha definita) utilizzata. O come nel caso della Aravind Eye Clinic che pratica solo interventi di

l'accesso e l'accoglienza dei pazienti, il coinvolgimento del paziente nel processo di cura, l'ambiente e il confort, la competenza del personale, la gestione dei flussi di lavoro, la gestione dei reclami, il feedback e il monitoraggio.

Tratto da: S. Cribellati, F. Lega, *Il Service Design per una sanità di valore*, Progettare per la Sanità, Settembre 2023.

cataratta agli occhi, ma lo fa in modo così standardizzato e preciso da risultare nettamente più efficiente e meno rischiosa in termini di complicanze di qualsiasi altra struttura, per effetto delle economie di competenza che si creano, e della robustezza del processo produttivo.

L'analisi della domanda deve essere svolta tenendo conto che può essere differenziata in:

- Manifesta;
- Potenziale (un bisogno non soddisfatto o un mercato target che al momento non è servito).

L'identificazione della domanda potenziale si basa su: i) osservazioni epidemiologiche e/o ii) analisi delle liste d'attesa.

È possibile raffinare l'analisi della domanda e, quindi, identificare la clientela target attraverso la segmentazione del mercato di riferimento, identificando dei cluster al fine di differenziare il tipo di servizio offerto in base alle categorie di clienti serviti.

La segmentazione del mercato può avvenire sulla base di quattro dimensioni (Tabella 7.1):

- Geografica;
- Demografica;
- Psicografica;
- Comportamentale.

La seguente Tabella 7.1 riporta le dimensioni principali della possibile segmentazione della domanda, utile ad individuare i gruppi di clienti target per i quali va costruita una proposta di valore (e modello di business) specifico.

GEOGRAFICA	DEMOGRAFICA	PSICOGRAFICA	COMPORAMENTALE
Paese	Età	Stile di vita	Benefici ricercati
Città	Genere	Attività	Acquisto
Densità	Reddito	Interessi	Utilizzo
Lingua	Educazione	Opinioni	Intento
Clima	Stato sociale	Preoccupazioni	Occasione
Area	Famiglia	Personalità	Stadio di acquisto
Popolazione	Stadio di vita	Valori	Stadio ciclo di vita
...	Lavoro	Attitudini	Engagement
	Abitudini di consumo

Tabella 7.1 – Dimensioni per la segmentazione della domanda.

Fonte: Elaborazione Federico Lega

Definito il target si possono definire i contenuti *core* e periferici del prodotto, cioè il concetto di prodotto/servizio. Come nel caso Shouldice, dove *core* è l'intervento, ma anche il fatto che a spiegare come avverrà l'intero decorso operatorio è un paziente operato poco prima. E dove periferico, ma altrettanto importante è l'auto-preparazione da parte del paziente del campo operatorio, o la logistica della struttura che ricorda quella di un albergo, pensata per obbligare il paziente a camminare – con esercizi predisposti a questo scopo – per avviare il recupero immediato. O come nell'altrettanto famoso caso di TIC – Transitional Infant Care, una società americana che negli anni Novanta ha sviluppato negli USA una struttura per seguire i bambini prematuri una volta dimessi dall'ospedale e prima che rientrassero a domicilio con i genitori. L'offerta era rivolta proprio ai genitori "apprensivi" che preferivano essere supportati ancora per un periodo (da una settimana in su) per familiarizzare sulla gestione del proprio bambino in un ambiente domestico ma protetto. TIC aveva configurato la propria struttura come un grande appartamento, dove sotto la supervisione di un'ostetrica e di una puericultrice le mamme apprendevano come prendersi cura del loro figlio; ovviamente erano presenti anche un pediatra e neonatologo per garantire la sicurezza clinica in ogni momento. Tra gli elementi periferici ovviamente c'era anche il trasporto dall'ospedale alla struttura di TIC, fatto in ambulanza con la presenza di un neonatologo di TIC.

È in questa fase che si può utilizzare la matrice di Ansoff (Figura 7.2) per ragionare su quale sviluppo dell'offerta proseguire rispetto alle quattro strategie di base possibili, costruite sulle due variabili mercati (segmenti di clientela, zone geografiche) nuovi o già serviti e prodotti/servizi nuovi o già erogati. Tali quattro strategie sono:

1. Penetrazione del mercato: incrementare le vendite dei prodotti esistenti nei mercati attuali;
2. Estensione del mercato: penetrare nuovi mercati con prodotti esistenti;
3. Ampliamento del portafoglio: sviluppare nuovi prodotti per il mercato attuale;
4. Diversificazione: penetrare nuovi mercati con nuovi prodotti.

		Mercati	
		ATTUALI	POTENZIALI
Prodotti	ATTUALI	<i>Penetrazione del mercato</i>	<i>Penetrazione del mercato</i>
	POTENZIALI	<i>Ampliamento del portafoglio servizi/prodotti</i>	<i>Diversificazione</i>

Figura 7.2 – Matrice di Ansoff.
Fonte: Elaborazione Federico Lega

Definito il concetto di servizio a seguito dell'identificazione del target, si sviluppa la strategia operativa e il sistema di offerta. Per esempio, nel caso di TIC il reclutamento delle ostetriche è avvenuto dal personale anziano o in pensione delle neonatologie dei migliori ospedali, in modo da garantire all'azienda buone relazioni, un passaparola diffuso, e anche la fidelizzazione: le stesse ostetriche ancora in servizio vedevano come interessante prospettiva di fine carriera un lavoro in TIC, un luogo con stipendi più alti della media e meno responsabilità rispetto agli ospedali.

La strategia operativa è definita dall'insieme di scelte che riguardano la qualità delle risorse umane necessarie, le scelte di logistica e tecnologia, la politica di marketing, lo sviluppo dei sistemi gestionali necessari per condurre l'attività. Segue infine la costruzione del sistema di offerta, che principalmente riguarda la definizione delle modalità di accesso al servizio, la standardizzazione dei processi produttivi, le modalità di interazione tra struttura e cliente. Il *customer journey* è fondamentale per comprendere quali siano gli *entry point*, ovvero i punti di accesso, e i *touch point*, ossia i punti all'interno dell'azienda con cui il paziente entra in contatto per la prima volta. Chiedersi come arriva il paziente e quali sono le porte d'accesso è il punto da cui iniziare. I *touch point*, ovvero il modo in cui il paziente entra in contatto con la struttura, sono molto importanti e possono essere diversi.

Le fasi principali di una *customer journey* sono principalmente cinque:

1. *Awareness*: conoscenza della struttura da parte del cliente;
2. *Familiarity*: ricerca di informazioni da parte del cliente sulla struttura a cui si vuole rivolgere per il trattamento della propria patologia;
3. *Consideration*: il cliente comincia a confrontare caratteristiche e prezzi all'interno di un numero ristretto di strutture;
4. *Purchase*: fase di acquisto. È un buon traguardo ma non rappresenta il momento conclusivo del processo;
5. *Loyalty*: fidelizzazione del cliente. È importante perché egli può usufruire nuovamente del servizio, lasciare recensioni positive e fare buona pubblicità. Ricordiamo infatti che, nella letteratura aziendale, è più conveniente e meno dispendioso mantenere le relazioni con un cliente già esistente, piuttosto che acquisirne uno nuovo.

Come emerge chiaramente, ragionare in termini di formula di servizio è lontano dal paradigma culturale tipico dei sistemi professionali, in particolare di quelli burocratizzati e pubblici come nel caso della sanità italiana. Tuttavia, lo sviluppo di opportunità in area a pagamento e il concretizzarsi di strategie di apertura ai "mercati" internazionali richiedono questo tipo di approccio, ed è proprio attorno a queste competenze, oggi sostanzialmente inesistenti nel settore salute italiano, che si possono sviluppare interessanti percorsi di carriera

per una nuova “professione”: quella del *business development* o del *service design* in sanità, magari quale evoluzione di una funzione marketing.

Due esempi di formula di servizio

I luxury hospitals³

Nello scenario mondiale di una sanità che risulta essere sempre più globalizzata, sta assumendo sempre più rilevanza il fenomeno della sanità “a 5 stelle”. Nata come evenienza particolarmente settoriale in grandi centri, prevalentemente statunitensi, ha ormai varcato i confini americani contaminando anche i sistemi sanitari europei ed asiatici. In tale prospettiva si colloca la nascita e la diffusione, a partire dagli Stati Uniti, della cosiddetta “medicina concierge”, che consta di un approccio personalizzato da parte di un medico il quale, limitando il numero degli assistiti, può offrire servizi più esclusivi a fronte di un ingente corrispettivo economico su base annua. Il corrispettivo di tale approccio a livello di assistenza ospedaliera può essere individuato nella nascita dei cosiddetti ospedali concierge, conosciuti anche come *boutique* o *luxury hospitals*. Questo tipo di struttura sanitaria si caratterizza per fornire cure il più possibile *tailor made* sul paziente, non soltanto in un’ottica meramente sanitaria, ma anche attraverso l’offerta di servizi di tipo alberghiero di alto livello. Due parole come “hotel” e “ospedale”, che apparentemente potrebbero evocare mondi così distanti, condividono in realtà molto di più di quello che si potrebbe pensare, a partire dall’etimologia; la parola ospedale deriva infatti dal latino *hospes* (ospite), anche radice dei termini hotel, hospice ed ospitalità. Da un punto di vista prettamente architettonico-strutturale, caratteristica comune a questo genere di edifici è la loro collocazione in contesti paesaggistici particolarmente appaganti, con ampie e ben curate aree verdi circostanti. Altre caratteristiche distintive che accomunano i *boutique hospital* sono quelle di poter disporre di spazi interni ariosi e dotati di ampie fenestrate, che garantiscano possibilmente una vista panoramica. Gli interni, tanto degli spazi comuni, quanto delle singole camere di degenza, sono generalmente contraddistinti da una particolare attenzione all’*interior design*, con arredamenti ricercati e di elevata qualità. Grande attenzione è inoltre posta all’illuminazione, che dev’essere prevalentemente naturale così come i colori degli ambienti, selezionati appositamente per indurre la maggior sensazione di benessere possibile, limitando gli aspetti più stressanti propri del ricovero ospedaliero, anche attraverso la scelta di decorazioni finalizzate a limitare la percezione di una impersonale medicalizzazione. Da non sottovalutare infine gli aspetti correlati all’insonorizzazione degli ambienti privati, atta a garantire il più alto livello possibile di privacy per i soggetti ricoverati. Viene poi prevista la fornitura di servizi tipicamente e storicamente identificati come alberghieri. Tra questi non

3 F. Lega, N. Principi, D. Carnevali, *I luxury hospitals: la sanità a 5 stelle*, Progettare per la Sanità, Aprile 2019.

può mancare un servizio di *conciergerie*, che ha l'obiettivo primario di dedicarsi a tutte quelle attività, di pertinenza extra sanitaria, per rendere quanto più confortevole per il paziente e la sua famiglia la permanenza in ospedale. La *conciergerie* ospedaliera ha tra le sue innumerevoli funzioni quella di supporto ai visitatori nel soddisfacimento delle loro esigenze quotidiane o speciali, quali ad esempio servizi amministrativi o di segreteria, assistenza per la visita e la gestione di animali domestici, organizzazione dei trasporti da e per l'ospedale, prenotazione di hotel per il pernottamento durante la visita all'assistito e garanzia dello svolgimento delle funzioni religiose. Il *conciierge* ha infine il fondamentale compito di accogliere il paziente fin dal suo primo ingresso in ospedale, garantendo la miglior accoglienza possibile e presentando i servizi offerti dalla struttura stessa. La metratura delle camere è generalmente importante, tale da poter spesso garantire la presenza di più ambienti; sono spesso presenti stanze da bagno con finiture di pregio e comodità proprie dell'accoglienza alberghiera, quali vasche da bagno dotate di idromassaggio e toilet set di qualità, nonché la possibilità di poter usufruire, su richiesta, dell'intervento di professionisti nel campo dei servizi di estetica e cura della persona. Grande cura è posta nei dettagli, che devono rispettare standard elevati, così come le dotazioni tecnologiche, di fondamentale importanza per garantire ai degenti un'esperienza il più possibile *homelike*. Si citano ad esempio televisori di ultima generazione, tablet personali e collegamento wi-fi, senza dimenticare però l'aspetto prettamente sanitario, con tecnologie all'avanguardia per il più puntuale monitoraggio in tempo reale dei parametri del paziente. Tra le funzionalità spesso presenti in questo tipo di camere vi è quella di una *kitchenette*, complementare e non alternativa ad un servizio di ristorazione di alto livello a chiamata con un *menu à la carte*. Da non sottovalutare, infine, l'importanza che ricopre la possibilità per il paziente di poter adattare temperatura e luminosità dell'ambiente secondo le proprie esigenze. Dettagli che fanno la differenza nel servizio.

La pregnancy clinic per la sclerosi multipla al Policlinico di Tor Vergata⁴

Per rendere un servizio di valore alle assistite con Sclerosi Multipla (SM) che vogliono intraprendere una gravidanza è necessario adattare il modello di servizio per affrontare una serie di questioni organizzative e gestionali quali:

- Temporizzare le valutazioni cliniche e radiologiche rispetto al progetto di gravidanza sia nel pre-concepimento che durante la gravidanza stessa e nel post-partum;
- Garantire valutazioni neurologiche “in urgenza” non programmate per la diagnosi e trattamento delle possibili ricadute di malattia sia nel pre-concepimento che nel post-partum o post-aborto;

4 F. Lega, L. Boffa, D. Landi, G.A. Marfia, G. Mataluni, *La Formula di Servizio quale base per progettare l'organizzazione*, Progettare per la Sanità, Giugno 2018.

- Aumentare il tempo dedicato a ciascuna visita che deve includere l'educazione della paziente e del partner;
- Organizzare e coordinare l'attività di un team multidisciplinare (neurologo-ginecologo-ostetrica-anestesista-neonatalogo-psicologo) al fine di garantire la continuità assistenziale e lo scambio di informazioni necessarie per garantire la *safety* delle pazienti;
- Pianificare strategie di collegamento con la medicina del territorio (cioè medico di medicina generale, assistenza domiciliare nel post-partum, ecc.);
- Essere informato sui dati dei registri di gravidanza al fine di fornire dati aggiornati sui rischi dei trattamenti.

In considerazione del crescente bisogno di assistenza delle pazienti con SM con desiderio di maternità, nel maggio 2016 è stato inaugurato, presso il Centro di Riferimento Regionale per la SM del Policlinico di Tor Vergata, un ambulatorio multidisciplinare dedicato alla gravidanza nelle pazienti con SM, ad oggi un unicum sul territorio nazionale.

La rete multidisciplinare è composta da neurologi esperti, infermieri, ginecologi ed ostetriche, immunologi e psichiatri, adeguatamente formati in SM e nella gestione delle complicanze, study coordinator di supporto alla gestione logistica, al *data entry*, al coordinamento con il Comitato Etico. È stato stabilito, inoltre, un contatto con ginecologi esperti di tecniche di riproduzione assistita. Fa parte della rete, infine, l'Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM) per l'organizzazione di progetti di assistenza territoriale.

L'ambulatorio effettua le proprie attività con cadenza quindicinale e si svolge in orario pomeridiano per agevolare l'accesso alle donne lavoratrici e/o ai loro partner. La modalità di prenotazione avviene attraverso agenda esclusiva che garantisce una gestione diretta degli appuntamenti da parte dell'equipe medico infermieristica in base alle esigenze individualizzate ed evitando liste di attesa del Centro unico di prenotazione regionale.

Afferiscono all'ambulatorio sia donne in fase di pre-concepimento, per la programmazione della gravidanza, che in gravidanza o nel post partum. Tutte le donne sono seguite mediante un programma standard di visite neurologiche ed esami diagnostici pensato dall'epoca del pre-concepimento al primo anno di vita del bambino. Un neurologo dedicato si occupa della valutazione delle ricadute e della pianificazione del trattamento delle stesse.

Il team di ginecologi ed ostetriche segue in parallelo il percorso di maternità delle donne con SM che ne fanno richiesta in un ambulatorio loro dedicato. In casi specifici (cioè gravidanze a rischio, comorbidità autoimmuni rilevanti, possibile teratogenicità dei farmaci assunti) è il neurologo stesso a dare indicazione che le parti siano seguite dai ginecologi e/o immunologi del team. Valutazioni psichiatriche vengono eseguite nella fase di programmazione della gravidanza, nel periodo del post-partum o del post-aborto laddove ritenuto necessario,

anche per la gestione delle terapie sintomatiche (cioè antidepressivi). È possibile pianificare visite congiunte per un confronto diretto tra gli specialisti coinvolti in situazioni che lo richiedano.

Tra gli obiettivi assistenziali raggiunti si annoverano:

- standardizzazione del timing delle visite e degli esami diagnostici con riduzione dei tempi di attesa per le visite di controllo sia neurologiche che ginecologiche;
- ottimizzazione dell'aderenza delle pazienti al piano di monitoraggio neurologico e ostetrico;
- aumento del numero di gravidanze programmate con relativa riduzione di gravidanze indesiderate in corso di trattamenti a potenziale rischio per il feto;
- aumento del livello di consapevolezza delle pazienti e dei partner sull'impatto della gravidanza sulla malattia;
- riduzione dei tempi di ripresa del trattamento, dove indicato, nel post-partum, con riduzione delle ricadute di malattia e dell'accumulo di disabilità a breve termine;
- aumento del numero e della tempestività delle segnalazioni di farmaco-vigilanza.

In conclusione, il progetto pilota del Policlinico di Tor Vergata dimostra come lo sviluppo di una formula di servizio a partire da un target preciso, come nel modello assistenziale della *pregnancy clinic*, sia ormai un metodo irrinunciabile per affrontare la progettazione di nuovo servizio, o la ri-progettazione di quelli già in essere, e conseguentemente ispirare le scelte di collegata progettazione strutturale degli spazi architettonici ed ambientali in cui insisterà, e di cui si gioverà, la prestazione attenzionata.

7.4 Il Business Plan

Il Business Plan è un documento a supporto del Business Model, che deve essere redatto nel momento in cui si vuole sviluppare un nuovo business ed esprime gli obiettivi operativi e finanziari di un'impresa. In parole più semplici, esprime che cosa, quanto tempo e quante risorse monetarie servono per mettere in pratica il proprio Business Model.

È uno strumento che viene utilizzato sia per valutare attività economiche ancora da avviare, sia per le organizzazioni aziendali già esistenti. Viene, inoltre, utilizzato nelle operazioni straordinarie (es: acquisizioni e fusioni) e nei processi di sviluppo (es: lancio di un nuovo prodotto/servizio, diversificazione), nonché nelle situazioni di crisi.

È uno strumento dinamico, che si evolve congiuntamente con lo sviluppo del progetto.

Il *Business Plan* costituisce, quindi, uno strumento essenziale per valutare la fattibilità tecnica ed economico-finanziaria di un progetto d'investimento.

È importante evidenziare che il *Business Plan* non è rivolto solo a soggetti interni all'impresa, ma anche a soggetti esterni, quali investitori privati o istituzioni pubbliche. È pensato, perciò, per molteplici destinatari con diversi obiettivi.

All'interno del *Business Plan* deve essere obbligatoriamente inserito il bilancio di previsione, costituito da conto economico, stato patrimoniale e prospetto dei flussi finanziari.

In particolare, i costi e i ricavi confluiranno negli ultimi due blocchi del *canvas*, il numero 8 e il numero 9, ovvero *cost structure* e *revenue streams*.

È significativo anche inserire una analisi di sensitività, ovvero una descrizione analitica dei diversi scenari possibili (ottimista, pessimista, ecc.) ed effettuare una analisi SWOT, andando a ricercare i principali punti di forza, di debolezza, le opportunità e le minacce.

Successivamente, si procede al calcolo di alcuni indicatori finanziari chiave, quali l'EBIT, l'EBITDA, il VAN e il Tasso Interno di Rendimento (TIR), affinché il lettore sia agevolato nell'analisi del progetto e nella formulazione di giudizi.

Nel dettaglio si procede al calcolo di:

- RICAVI
- COSTI OPERATIVI (OPEX)
- EBITDA = RICAVI – OPEX: Reddito prima degli interessi passivi, delle tasse e degli ammortamenti. Definito anche Margine Operativo Lordo.
- AMMORTAMENTI (da CAPEX)
- EBIT = EBITDA – AMMORTAMENTI: Reddito prima degli interessi passivi e delle tasse. Definito anche Margine Operativo Netto o Reddito Operativo
- IMPOSTE E TASSE
- REDDITO NETTO = EBIT – Imposte e tasse

Il passaggio finale prevede, poi, il calcolo del Valore Attuale Netto (VAN), che esprime i flussi di cassa operativi generati dal progetto, calcolati al netto degli investimenti previsti ed attualizzati al costo del capitale.

Tutti gli investimenti con un VAN positivo dovrebbero essere approvati da un punto di vista strettamente economico.

Va detto, infine, che un *Business Plan* non assume alcun significato senza una considerazione conclusiva e complessiva riguardo il rendimento e l'effettivo grado di realizzabilità di un progetto (rischio di fattibilità); senza di essa il *Business Plan* non può, infatti, essere ritenuto completo e concluso.

7.5 Il Customer Relationship Management

Nella sanità dei consumi privati assume sempre più rilevanza lo strumento del CRM, ossia il *customer relationship management*. Il CRM è una nuova tecnologia che cerca di migliorare la soddisfazione del cliente, la sua fedeltà e la profittabilità, acquistando, sviluppando e mantenendo le relazioni coi clienti e con i vari portatori di interesse. Molti studi di questo genere sono stati condotti nei campi della comunicazione, della finanza e altrove, ma nella Sanità il tema del CRM è ancora poco considerato. Proprio per questo motivo, infatti, si potrebbe pensare che questa disciplina possa essere applicata ovunque fuorché nella Sanità; eppure è proprio in questo ambito che potrebbe avere un significato e un peso sempre più interessanti, a maggior ragione se teniamo conto del fatto che stiamo andando, come sembra, verso una sanità *patient centered*.

Il CRM nasce così per garantire una gestione accentrata sul paziente, in modo da rilevare esigenze e bisogni, rispondendo prontamente ed idoneamente alla domanda del c.d. “bene salute”. Il *customer relationship management* comprende tutti i processi aziendali messi in atto da un’organizzazione per identificare, selezionare, acquisire, sviluppare e conservare i propri clienti, ponendosi l’obiettivo di generare valore competitivo e incrementare la profittabilità di un’impresa attraverso lo sviluppo e la fidelizzazione di lungo periodo dei propri clienti.

Il CRM è anche un software, che registra le informazioni di contatto dei clienti, come indirizzo e-mail, numero di telefono, profilo sui social media e molto altro. Può anche ottenere automaticamente altre informazioni, come notizie recenti sull’attività dell’azienda, e può memorizzare dati quali le preferenze personali dei clienti sulle comunicazioni.

Capitolo 8.

La gestione dei professionisti

8.1 Contratti nel pubblico e nel privato: differenze

All'interno del mondo delle aziende sanitarie è possibile scindere le strutture in tre principali categorie: aziende sanitarie di natura pubblica, aziende di natura privata con accreditamento al Sistema Sanitario Nazionale, ed aziende esclusivamente private. Per ciascuna tipologia di struttura, dunque, è possibile individuare un diverso riferimento legislativo riguardante i criteri e le modalità di assunzione della forza lavoro.

Con riferimento alle strutture di natura pubblica è necessario rifarsi all'articolo 97 della Costituzione, il quale recita *I pubblici uffici sono organizzati secondo disposizioni di legge, in modo che siano assicurati il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione. [...]*. Partendo da questo articolo è possibile definire come le strutture pubbliche abbiano l'obbligo di perseguire esclusivamente finalità di pubblico interesse; dunque, l'agire della struttura e dei suoi dipendenti non sarà libero ma subordinato all'utilità della collettività.

La disciplina del rapporto alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni è definita dalla esigenza delle parti coinvolte nell'impegnarsi a raggiungere scopi esclusivamente di pubblica utilità.

Diversamente, i rapporti di lavoro nel privato non hanno l'obiettivo ultimo di soddisfare un interesse generale, bensì quello della singola azienda; infatti, come riportato nell'articolo 41 della Costituzione, l'iniziativa economica privata è libera. Partendo dall'articolo appena citato, si individua la possibilità dell'imprenditore di perseguire i rispettivi fini aziendali nel modo da lui ritenuto più opportuno; dunque, per far ciò il datore potrà decidere di usufruire di differenti contratti lavorativi, non necessariamente assoggettati a concorsi e bandi.

La seguente analisi punta a riassumere tutti quelli che possono essere i contratti di assunzione dei soggetti appartenenti alle professioni sanitarie in riferimento al mondo privato/privato accreditato; tuttavia, fin da subito è importante sottolineare come ad esempio i medici, iscritti in Albi professionali, nascono come figure libero professionali. Nonostante ciò, può tuttavia capitare che il professionista medico possa ottenere incarichi che, data la loro particolare natura, gli permettono di assumere le caratteristiche del lavoratore dipendente.

8.2 La disciplina del rapporto di lavoro nel privato e il CCNL

Per quel che concerne la contrattazione collettiva, è possibile individuare il contratto collettivo nazionale di lavoro riguardante il settore sanitario privato; esso si applica a tutti i soggetti lavoratori coinvolti all'interno delle strutture sanitarie ospedaliere iscritte alla Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP) e alla Associazione Religiosa Istituti Sociosanitari (ARIS). All'interno del CCNL in questione è possibile individuare le condizioni imposte ai lavoratori e ai datori e le tipologie contrattuali applicabili.

Facendo riferimento alle assunzioni dei professionisti nel settore sanitario privato, nelle prossime righe verranno descritti quelle che possono essere le principali categorie contrattuali preferibili per l'assunzione della forza lavoro all'interno delle strutture.

Lavoro subordinato

LAVORO SUBORDINATO: è lavoratore dipendente subordinato colui che si impegna per effetto di un contratto e in cambio di una retribuzione a prestare il proprio lavoro intellettuale o manuale alle dipendenze e sotto la direzione di un soggetto denominato “datore di lavoro”, il quale impartisce le istruzioni al dipendente, fornisce le materie prime e gli strumenti necessari allo svolgimento della prestazione lavorativa:

- **A TEMPO DETERMINATO:** contratto di lavoro subordinato nel quale è prevista una durata predeterminata, definita nel CCNL da un massimo di 12 mesi estendibile a 24 in caso di esigenze oggettive e connesse a incrementi temporanei significativi dell'attività ordinaria;
- **A TEMPO INDETERMINATO:** senza la presenza di un vincolo temporale;
- **A TEMPO PARZIALE** (regime ad impegno ridotto): possibilità di usufruire di un orario di lavoro inferiore a quello ordinario caratterizzato dalle canoniche 40 ore settimanali. Esso può essere di tipo orizzontale, verticale o misto¹. La riduzione dell'orario lavorativo, tuttavia, può andare a limitare il professionista nel caso di un patto di esclusività, ovvero un accordo scritto che impone al soggetto che fornisce un servizio o una prestazione di adempiere ai propri doveri esclusivamente verso una unica parte, impedendogli dunque di sottoscrivere ulteriori contratti lavorativi. Secondo quanto stabilito nel CCNL, i contratti a tempo parziale non possono superare il 25% dei contratti a tempo pieno.

1 Le differenze consistono nella possibilità del lavoratore di fare giornate lavorative piene (8 ore) ma un minor numero di giorni, o di lavorare meno ore ma tutti i giorni della settimana (es. 3 ore al giorno).

CONTRATTO DI SOMMINISTRAZIONE: questa forma contrattuale è disciplinata dal decreto legislativo 15 giugno del 2015 ed è caratterizzata da un rapporto triangolare tra: una agenzia autorizzata, un soggetto utilizzatore e uno o più lavoratori. Nel contratto di somministrazione hanno luogo due distinti rapporti contrattuali, i quali possono essere a tempo indeterminato o a tempo determinato:

- Contratto commerciale di somministrazione, stipulato tra l'utilizzatore e tra il somministratore, ovvero l'agenzia autorizzata;
- Contratto di lavoro stipulato tra lavoratore somministrato e somministratore.

Questa tipologia contrattuale prevede una particolare ripartizione dei poteri e degli obblighi datoriali, in particolare possiamo definire che:

- Il potere disciplinare, ovvero quello caratterizzato dalla capacità di irrogare sanzioni ai dipendenti, è riservato al somministratore, a seguito della comunicazione degli elementi che formano oggetto di contestazione disciplinare da parte dell'utilizzatore.
- Il potere organizzativo e direttivo, ovvero quello relativo alla capacità di far coincidere le esigenze dell'organizzazione dell'azienda con le risorse a disposizione tramite la capacità di impartire ordini ai lavoratori in merito alle loro mansioni e compiti, viene esercitato dall'utilizzatore, posto che il lavoratore svolge le proprie attività nell'interesse dell'impresa utilizzatrice.

Il contratto di somministrazione, come precedentemente affermato, può essere caratterizzato dalla apposizione di un termine, dunque esso può essere a tempo determinato o a tempo indeterminato.

Questa tipologia contrattuale, denominata anche *staff leasing*, viene conclusa tra il lavoratore e il somministratore, applicandosi la disciplina prevista per i rapporti di lavoro a tempo indeterminato, con un limite del 15% del numero di lavoratori assunti a tempo indeterminato.

Spesso, la forma contrattuale appena descritta è preferita all'interno dei presidi ospedalieri o, in senso lato nelle aziende sanitarie private, in quanto permette di individuare una forza lavoro sufficiente per far fronte a quelle che sono le esigenze lavorative più o meno temporanee della struttura, sgravando quest'ultima delle molteplici responsabilità tipicamente individuabili nei contratti di assunzione diretta tra lavoratore e azienda.

Lo *staff leasing* all'interno dei contesti sanitari privati fa riferimento all'assunzione del personale identificabile come: infermieri, operatori sociosanitari e ausiliari socioassistenziali. I benefici derivanti da questa tipologia contrattuale sono direttamente individuabili nel risparmio di tempo e denaro riguardante la ricerca e formazione del lavoratore; oltre a ciò, lo *staff leasing* permette alla struttura di esigere garanzie in merito alla capacità di saturare in ogni momento

le richieste lavorative della struttura, evitando dunque situazioni di instabilità legata alla assenza di forza lavoro.

Lo *staff leasing* può essere visto come un contratto *Win to Win*, in cui è possibile individuare benefici sia per il singolo lavoratore che per l'azienda usufruente:

- I benefici per i lavoratori possono avere diversa natura; in particolare si può sottolineare come i singoli impiegati possano essere considerati come maggiormente tutelati, in quanto fanno affidamento su una agenzia per il lavoro, la quale permette di individuare una giusta formazione e collocamento del lavoratore. Facendo affidamento su una agenzia intermediaria i professionisti possono inoltre godere di ulteriori benefici economici, riconducibili all'agenzia stessa e non all'azienda in cui sono inseriti;
- I benefici per le aziende derivanti dallo *staff leasing* sono riconducibili in prima battuta "all'esonero" per l'azienda dall'obbligo di studiare l'andamento del mercato nel lungo periodo, e di conseguenza di doversi preoccupare dei trend di assunzione-allontanamento dei dipendenti per far fronte alle esigenze della struttura. In secondo luogo, questa tipologia di contratti triangolare permettono un notevole risparmio di tempo, perché l'immediatezza e la tempestività nelle assunzioni in contesti lavorativi come quello sanitario giocano un ruolo cruciale per il corretto andamento dell'azienda; grazie allo *staff leasing* viene meno la responsabilità burocratica dell'azienda usufruente circa le pratiche di assunzione.

L'assunzione in *staff leasing*, dunque, permette all'azienda di individuare nell'immediato risorse umane qualificate con conseguente risparmio di denaro, inizialmente nella selezione, e successivamente nella formazione. Oltre ai benefici appena citati, per l'azienda è possibile individuare ulteriori benefici, ovvero: agevolazioni in merito a tematiche di welfare (il quale è in carico all'agenzia per il lavoro), l'esclusione dei soggetti assunti in *staff leasing* (i quali non vengono considerati nell'organico aziendale) e infine l'assenza del diritto di precedenza² da parte dei lavoratori.

Lavoro parasubordinato: collaborazioni coordinate continuative

Le collaborazioni coordinate e continuative sono una tipologia di contratto lavorativo che per sua natura potrebbe essere considerato un ibrido tra il lavoro parasubordinato e autonomo. Nelle collaborazioni coordinate e continuative non si sottoscrive un contratto di subordinazione tra lavoratore e datore di lavoro, in quanto questa tipologia contrattuale prevede la fruizione del lavoro autonomo; tuttavia, viene svolto con modalità analoghe a quelle individuabili nel lavoro subordinato³.

2 Il diritto di precedenza rappresenta il diritto di alcuni dipendenti assunti precedentemente con contratti a termine di vedersi garantita la precedenza in caso di nuove assunzioni.

3 D. Lgs. 15 giugno 2015, n. 81 art 2 comma 2 lettera b.

Il rapporto individuabile nei contratti co.co.co prevede l'autonomia organizzativa del lavoratore, in merito al tempo e alle modalità di adempimento, in concomitanza alle richieste e alla necessità organizzativa dell'impresa in cui opera. Grazie alle caratteristiche di questa tipologia contrattuale la struttura è in grado di fronteggiare in maniera repentina l'instabile andamento della domanda nel settore sanitario, rifacendosi alla parasubordinazione e al lavoro autonomo nel caso di un calo dell'offerta. Spesso però i co.co.co nelle aziende private vengono utilizzate impropriamente; infatti, essi hanno luogo come escamotage, con il fine ultimo di assumere lavoratori evitando di utilizzare contratti di subordinazione, i quali prevedono il riconoscimento ai lavoratori di una pluralità di diritti previsti dalla contrattazione collettiva.

È importante sottolineare come il ricorso a questa tipologia contrattuale è aumentato negli ultimi anni, in particolare durante l'epoca Covid, per far fronte alla carenza di personale all'interno delle strutture sanitarie.

Lavoro autonomo e partite iva

Con l'espressione lavoro autonomo si fa riferimento a tutte quelle prestazioni che si realizzano tramite il compimento di un'opera o di un servizio nei confronti di un committente; ciò avviene dietro un corrispettivo di natura tipicamente economica e senza vincolo di subordinazione. La disciplina del lavoro autonomo è sancita dalla legge 22 maggio 2017 n. 81, la quale definisce il quadro burocratico descrivendo le tutele e i diritti relativi al rapporto di lavoro.

Come descritto in precedenza, all'interno degli ospedali privati possiamo andare a identificare una pluralità di contratti lavorativi; essi possono essere sia di subordinazione, parasubordinazione, di somministrazione che autonomo.

Sintetizzando, i lavoratori autonomi sono quei lavoratori che si obbligano a compiere verso un corrispettivo un'opera o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio e senza il vincolo di subordinazione; questa tipologia contrattuale potrebbe dunque portare una pluralità di benefici sia alla struttura che al singolo lavoratore.

Creare delle collaborazioni tra strutture ospedaliere e lavoratori in proprio può portare a un notevole sgravio dal punto di vista burocratico e amministrativo, in quanto vengono meno tutte le logiche tipiche della contrattazione collettiva riferite ai lavoratori subordinati.

Grazie all'utilizzo di lavoratori indipendenti si può assistere a una riduzione dei costi legati al costo del lavoro, tipico del lavoro subordinato; in particolare verranno meno i contributi previdenziali, l'accantonamento per il trattamento di fine rapporto, accantonamenti per fondi di previdenza e contributi assicurativi.

I benefici per le strutture sanitarie oltre ad essere di tipo fiscale possono anche essere di natura organizzativa e gestionale; infatti, grazie all'utilizzo di queste tipologie contrattuali, l'azienda ospedaliera sarà in grado di far fronte in maniera flessibile ai mutamenti del mercato della domanda, saturando la carenza

di personale, qualora la forza lavoro assunta non fosse sufficiente, mediante dunque professionisti indipendenti.

Oltre ai vantaggi della struttura vi sono, in una pluralità di situazioni, possibilità per i professionisti di svolgere un'ulteriore attività di libera professione all'interno della struttura; in particolare ci riferiamo alla tipologia dell'extramoenia, la quale permette al medico di esercitare la propria professione in regime esclusivamente privato, a fronte del quale vi sarà un corrispettivo economico stabilito dall'ordine professionale di appartenenza. In caso di rapporto libero professionale sia in strutture private accreditate che nelle strutture private non accreditate, l'attività viene svolta in modo autonomo dal professionista tramite partita IVA sia per l'attività privata che per quella accreditata.

8.3 Attrazione, mantenimento e incentivi ai professionisti

Ciò che caratterizza il successo di un'azienda sanitaria, oltre alle finanze e alle infrastrutture, sono le risorse umane; infatti, la forza lavoro è alla base del corretto funzionamento delle logiche organizzative e di trionfo aziendale.

Analizzando i trend riguardanti l'invecchiamento della forza lavoro, la diminuzione del turnover, la fuga di cervelli, l'incremento della domanda di prestazioni sanitarie e l'aumento delle malattie croniche, appare evidente come una delle principali sfide delle strutture sia quella riguardante l'attrazione, l'implementazione e il mantenimento della forza lavoro. Spesso, infatti, all'interno degli ospedali vengono messi in atto meccanismi che si potrebbero definire di amministrazione del personale, e non di miglioramento delle pratiche di gestione, potenzialmente volte all'acquisizione e conservazione di risorse umane preziose.

Come verrà esposto nel seguente paragrafo, possono essere diversi i metodi di attrazione degli operatori del settore sanitario, con particolare attenzione alle politiche di *employer branding*, caratterizzate principalmente da tematiche di attrazione e di creazione di interessanti opportunità lavorative e politiche di migrazione nazionale e internazionale.

L'employer branding

L'*employer branding* può essere definito come il pacchetto di benefici funzionali, economici e psicologici forniti dall'occupazione e identificati dall'azienda datrice di lavoro. Questo pacchetto di benefici deve essere in grado di allineare le pratiche e le strategie di marketing aziendale con i fattori di attrazione ritenuti importanti dal personale che si vuole attirare e mantenere.



Figura 8.1 – Fattori di attrazione.

Fonte: J. Fréchette, A. Bourhis, and M. Stachura, “The Organizational Attraction of Nursing Graduates: Using Research to Guide Employer Branding”, *The health care manager* 32.4 (2013): 303–313

Di seguito verranno indagate le principali caratteristiche che possono spingere un professionista del settore sanitario ad accettare un’offerta lavorativa all’interno di una struttura di natura privata.

Fondamentale partire con la descrizione della percezione del tipo di lavoro; in particolare, con “tipo di lavoro” facciamo riferimento a tutte quelle mansioni riconducibili alla posizione ricoperta dal lavoratore in relazione alle sfide, possibilità di apprendimento, responsabilità, autonomia e rapporti professionali con i colleghi e superiori.

Un ulteriore fattore rilevante nel settore delle aziende sanitarie private è la percezione del compenso, il quale è scisso in indiretto e diretto. Con compenso diretto si intendono tutti gli emolumenti economici dovuti direttamente al lavoratore per il servizio reso; diversamente i compensi indiretti fanno riferimento a tutti i programmi di welfare, pensionistici, assicurativi e relativi al mantenimento di un buon *work life balance*.

Indispensabile, tuttavia, specificare come, vista la natura della posizione lavorativa, spesso i medici o il personale infermieristico possono essere meno sensibili a tematiche retributive in favore di quelle legate al pregio della posizione. In relazione a ciò, un ulteriore elemento preso in considerazione nell’attrazione di nuova forza lavoro, come detto in precedenza, è la percezione dell’*employer branding*. Esso gioca un ruolo fondamentale, in quanto si riferisce a tutte quelle strategie di comunicazione utilizzate dall’azienda per comunicare l’identità della struttura e, di conseguenza, il valore aggiunto dei propri dipendenti.

Non di rado nel mondo della sanità si può assistere al trasferimento di medici, i quali decidono di spostarsi in relazione al prestigio e alla opinione comune della struttura considerata, passando da centri di secondo livello a centri di eccellenza o di reputazione maggiore. In relazione al prestigio della struttura i professionisti indagano anche quella che è la percezione della qualità delle cure; in

particolare è probabile che i professionisti siano maggiormente propensi a scegliere strutture che permettano loro di esercitare la propria professione, dando loro la possibilità di fare la differenza, tramite lavoro completo, adeguato, con standard di qualità elevati, e non quindi in maniera approssimativa o limitata.

Proseguendo con l'analisi degli elementi riportati nella Figura 8.1, un elemento aggiuntivo utile alla struttura per diventare attrattiva di forza lavoro altamente specializzata, come nel caso dei medici, è l'adozione di tecnologie sempre all'avanguardia; il continuo aggiornamento tecnologico dei macchinari e degli strumenti permettono alla struttura di attrarre e mantenere attrattività, sia in termini di pazienti sia in termini di forza lavoro. L'impiego di macchinari, tecniche e metodologie innovative fanno sì che l'azienda acquisisca un vantaggio competitivo, il quale può portare all'implementazione del prestigio della struttura e delle sue componenti. Spesso le aziende sanitarie sono sottoposte a stringenti vincoli di budget; dunque, il corretto orientamento delle risorse gioca un ruolo fondamentale per l'attrazione dei professionisti. Come affermato precedentemente, questi ultimi saranno maggiormente attratti da strutture che forniranno le giuste opportunità di ampliare le conoscenze sia personali che in materia, consentendo una conseguente espansione dei confini della scienza medica.

Il Wellbeing

Infine, è importante sottolineare l'importanza dell'ambiente in cui si sviluppa l'attività lavorativa, con particolare attenzione alle tematiche del *Wellbeing* come strumento di attrazione.

Con *Wellbeing* intendiamo il benessere del lavoratore, il quale si scinde in cinque diverse dimensioni:

- Benessere fisico;
- Benessere finanziario;
- Benessere emozionale/mentale;
- Benessere sociale;
- Benessere professionale.

Il *Wellbeing* come mezzo di attrazione all'interno di un'azienda può essere ottenuto tramite l'applicazione di programmi di welfare aziendale. Si tratta di pacchetti di beni e servizi forniti dalle imprese ai propri dipendenti con l'obiettivo di incrementare il benessere delle risorse che la compongono. Oggigiorno, secondo le normative vigenti, è possibile convertire somme monetarie in benefit materiali. Questa possibilità ha aumentato di molto la diffusione nelle aziende dei *flexible benefit* come beni incentivanti, i quali sono caratterizzati da beni e servizi erogati dal datore di lavoro in favore del lavoratore che grazie alla loro funzione sussidiaria non sono considerati parte della retribuzione, e, di conseguenza, esenti dall'imposizione fiscale.

In sintesi, per concludere va osservato come utilizzare contratti che aumentano la stabilità del lavoratore, erogare compensi economici proporzionati, mettere in atto politiche di crescita professionale, di prestigio e programmi di welfare aziendale equilibrati possa essere un punto di forza in termini di attrattività e mantenimento dei professionisti. L'insieme dei fattori descritti gioca un ruolo fondamentale per le strutture sanitarie; infatti, solo grazie all'implementazione in maniera sinergica di questi fattori essa sarà in grado di attrarre i professionisti migliori, sviluppando così un vantaggio competitivo di notevole rilevanza.

Capitolo 9.

I requisiti per lavorare

9.1 Il diritto alla Salute nel Sistema Sanitario Italiano

La nostra Costituzione qualifica il diritto alla Salute come “Fondamentale” (art. 32 Costituzione)¹ e nessun altro diritto è definito in questo modo. Nonostante ciò, non si può ritenere che tale attributo determini una gerarchia tra i diversi diritti costituzionalmente garantiti. La titolarità del diritto alla salute non è ascrivibile solo “ai cittadini”² sebbene il regime giuridico possa essere differenziato in relazione ai soggetti (ad es. cittadini, stranieri).

I tratti caratterizzanti del diritto alla Salute possono, senza nessuna pretesa di esaustività, riassumersi come segue: i) contestuale qualificazione come interesse della collettività; ii) attribuzione alla Repubblica della sua tutela; iii) gratuità delle cure per gli indigenti³; iv) libertà di decidere volontariamente *se e come intervenire* sul proprio stato di salute (art 13⁴ e 32 Cost.); v) necessità di bilanciamento con gli altri diritti ed interessi protetti dalla Costituzione; vi) vincolo di bilancio.

La nostra Costituzione, dopo aver delineato i tratti essenziali del diritto alla salute, attribuisce allo Stato la competenza in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e politici (art. 117, co. 2, lett. m) e alle Regioni la competenza concorrente sulla tutela della salute

-
- ¹ *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.* (Art. 32 Costituzione).
 - ² *I cittadini hanno diritto di riunirsi pacificamente e senz'armi. Per le riunioni, anche in luogo aperto al pubblico, non è richiesto preavviso. Delle riunioni in luogo pubblico deve essere dato preavviso alle autorità, che possono vietarle soltanto per comprovati motivi di sicurezza o di incolumità pubblica.* (Art. 17 Costituzione) e *I cittadini hanno diritto di associarsi liberamente, senza autorizzazione, per fini che non sono vietati ai singoli dalla legge penale. Sono proibite le associazioni segrete e quelle che perseguono, anche indirettamente, scopi politici mediante organizzazioni di carattere militare.* (Art. 18 Costituzione).
 - ³ La gratuità delle cure, a differenza di quanto possa ritenersi, non è una garanzia costituzionale per tutti ma solo per gli indigenti.
 - ⁴ *La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dall'Autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge (16). In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l'autorità di Pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'Autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revocati e restano privi di ogni effetto. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà. La legge stabilisce i limiti massimi della carcerazione preventiva.* (Art. 13 Costituzione).

e sulla ricerca scientifica correlata alla finalità della salute (Corte Cost. 20 marzo 1978 n.20)⁵.

La Legge 23 dicembre 1978, n° 833 s.m.i. (Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale) e il D. Lgs. 30 dicembre 1992, 502 s.m.i. (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 n.421) definiscono i tratti distintivi del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Il diritto alla salute viene tutelato anche tramite le strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano i trattamenti sanitari necessari. L'attività sanitaria può essere avviata in modi differenti in relazione alla tipologia di provvedimento necessario ad avviarla.

9.2 L'esercizio delle attività sanitarie

Quando si intende intraprendere una qualsiasi attività, ivi inclusa quella sanitaria, è necessario porsi le seguenti domande: l'attività che si vuole intraprendere è liberalizzata? L'avvio dell'attività è subordinato alla presentazione di una richiesta e/o all'ottenimento di un nulla osta o una autorizzazione, comunque denominata, da parte della Pubblica Amministrazione?

Il termine liberalizzazione può indurre in errore, pertanto, prima di procedere oltre, è necessario far chiarezza sui tipi di liberalizzazione e sul valore del silenzio amministrativo.

Esistono tre tipi di liberalizzazioni:

- **Liberalizzazione economica:** possibilità di svolgere attività economiche prima precluse in quanto, ad esempio, riservate a monopoli legali.
- **Liberalizzazione normativa (deregolamentazione):** eliminazione dei vincoli normativi in un determinato settore economico. In questo caso il privato diviene libero di svolgere l'attività economica prescelta senza vincoli di carattere pubblicistico. In questi casi la libertà di iniziativa economica (art.41 Cost.) si esprime ai propri massimi livelli.
- **Liberalizzazione amministrativa:** il privato è tenuto a conformarsi alle norme che regolano l'attività senza necessità di una preventiva autorizzazione amministrativa. In questi casi la pubblica amministrazione non ha il potere di autorizzazione preventiva dell'attività; tuttavia, svolge il ruolo di garante del rispetto delle regole. Il potere amministrativo si trasferisce dalla verifica preventiva a monte al controllo a valle con la possibilità, nei casi espressamente previsti dalla legge, di irrogare sanzioni amministrative a fronte del mancato rispetto dei requisiti previsti dalla legge. Il principale strumento di liberalizzazione amministrativa è la Segnalazione certificata di inizio attività (S.C.I.A.) che i più associano alla attività edilizia.

5 *Il riparto di competenze tra Stato e Regioni*, Patrizio Ivo D'Andrea e Piermassimo Chirulli, <https://www.federalismi.it/nv14/articolo-documento.cfm?artid=24115>

L'esercizio dell'attività sanitaria è il tipico settore nel quale non si realizza, di norma, una liberalizzazione economica o normativa, ma può realizzarsi una liberalizzazione amministrativa per l'esercizio di alcune attività sanitarie. Il condizionale è d'obbligo poiché rientra nelle competenze regionali definire *se e quale provvedimento sia necessario* per avviare una attività sanitaria.

Chiarito il significato giuridico della liberalizzazione, risulta indispensabile sfatare la falsa credenza secondo cui il silenzio equivale sempre ad assenso, salvo che non sia diversamente previsto.

Il mero silenzio non è un provvedimento tacito di assenso o di rigetto⁶. Tuttavia, vi sono dei casi, espressamente previsti dalla normativa vigente, in cui il silenzio assume un ben preciso valore (c.d. **silenzio significativo**) che, a seconda dei casi, può significare accoglimento (c.d. **silenzio assenso** o positivo) o rigetto (**silenzio diniego** o negativo). Il silenzio assenso si perfeziona solo se le dichiarazioni⁷ dei requisiti sono veritiere, corrette e complete⁸.

Da quanto precede si desume che l'esercizio di una attività sanitaria, ambulatoriale o di ricovero e cura, presuppone sempre la presentazione di una richiesta e, nei casi previsti dalla normativa, anche l'ottenimento di una autorizzazione.

Questo ci porta a porci la seguente domanda: quali sono le tipologie di autorizzazioni richieste per l'esercizio dell'attività sanitaria? Cosa si deve fare per mantenere nel tempo queste autorizzazioni?

Per rispondere a questa domanda sarà necessario definire, nel dettaglio, quale tipologia di attività si intende svolgere. Ad esempio, si dovrà definire se si intende svolgere:

- attività sanitaria:
 1. attività di ricovero e cura e per quali reparti ed attività
 2. attività specialistica ambulatoriale e per quali specialità.
- attività sociosanitaria:
 1. residenziale.
 2. semi residenziale.
 3. attività domiciliare.

6 Il silenzio è un comportamento omissivo contro cui si può agire giudizialmente ma, se la legge non dispone diversamente, non sostituisce una autorizzazione sanitaria.

7 Se si presenta una SCIA Antincendio, per attestare la conformità dell'attività ai requisiti di prevenzione incendi e di sicurezza antincendio, e si allegano alla SCIA dichiarazioni false (es. sulla conformità degli impianti elettrici ecc.) la SCIA, seppur formalmente corretta, in quanto basata su dichiarazioni non veritiere, non verrà perfezionata e l'attività verrà svolta in assenza di titolo abilitativo.

8 Nei casi in cui la norma prevede il silenzio assenso resta ferma la sottoposizione al regime autorizzativo di quella attività. Tuttavia, tale effetto si realizza in seguito alla semplice mancanza di adozione di un provvedimento esplicito di autorizzazione. Si discute sulla possibilità della Pubblica Amministrazione di poter adottare l'atto autorizzativo successivamente al perfezionarsi del silenzio assenso.

Definita la tipologia di attività sanitaria che si intende svolgere, sarà necessario reperire le disposizioni che regolano quella specifica attività. Questo passaggio non sarà assolutamente semplice poiché a livello nazionale ci sono poche disposizioni e quasi tutta la disciplina è regolamentata a livello regionale⁹. Le Regioni non rendono disponibile, in modo semplice e organizzato, tutti i provvedimenti che disciplinano l'apertura e la gestione di una attività sanitaria. Molto spesso le Associazioni di categoria svolgono un ruolo suppletivo importante per reperire la disciplina di una determinata attività sanitaria.

Definita l'attività da svolgere, e reperita la normativa di riferimento, sarà necessario preparare la documentazione necessaria per ottenere e mantenere i requisiti che legittimano l'esercizio dell'attività, sia essa in regime di autorizzazione che di S.C.I.A.

9.3 SCIA o autorizzazione sanitaria: quali sono le differenze operative?

Qualora le disposizioni applicabili richiedano, per l'apertura dell'attività, un'espressa autorizzazione senza quindi la possibilità di applicare la pratica del silenzio assenso, sarà necessario presentare, alla Pubblica Amministrazione competente, l'istanza ed attendere la risposta a tale provvedimento. Questo implicherà che l'attività sanitaria i) non potrà iniziare in assenza di provvedimento espresso; ii) una volta iniziata dovrà conformarsi alla normativa applicabile e alle eventuali prescrizioni inserite nell'autorizzazione sanitaria; iii) ogni variazione dell'attività che vada ad incidere sulla autorizzazione sanitaria deve essere comunicata nelle modalità previste per quella specifica autorizzazione.

Viceversa, qualora per l'apertura della attività sanitaria sia sufficiente una S.C.I.A., l'attività sanitaria potrà, salvo disposizioni specifiche, iniziare il giorno stesso della presentazione. Tuttavia, se le dichiarazioni risulteranno non veritiere o incomplete vi potranno essere conseguenze sanzionatorie sia sotto il profilo amministrativo che penale¹⁰. Pertanto, l'attività soggetta a S.C.I.A. i) richiederà un altissimo livello di accuratezza nella preparazione della documentazione al fine di evitare pesanti conseguenze penali, civili e amministrative; ii) una volta iniziata dovrà conformarsi alla normativa applicabile; iii) ogni variazione dell'attività, che vada ad incidere sulla S.C.I.A., dovrà essere comunicata mediante

9 Nessuna Regione italiana, alla data della presente pubblicazione, ha predisposto una pagina web nella quale sono inserite tutte le disposizioni che regolano le attività sanitarie ovvero leggi regionali, delibere di giunta/provvedimenti amministrativi comunque denominati, circolari o semplici note. Il tempo e l'esperienza insegneranno ai giuristi che la gerarchia delle fonti, nella realtà, non è sempre il faro che guida l'interpretazione di una data disposizione. La circolare e/o la nota di risposta ad un quesito, nei fatti, assume un valore determinante.

10 La natura della trattazione non consente ulteriori approfondimenti, per i quali si rinvia alla lettura delle seguenti principali disposizioni: 241, 231, 689

la presentazione di varianti alla S.C.I.A. nelle modalità previste dalla normativa di settore e secondo le indicazioni operative fornite dall'amministrazione competente.

9.4 Possesso e mantenimento dei requisiti autorizzativi: il retropensiero inespresso

S.C.I.A. o Istanza possono essere definite, in senso molto ampio, come richieste rivolte alla Pubblica Amministrazione. La formulazione di tale richiesta deve sempre tenere conto che i) l'interlocutore non è chi formula la richiesta, e quindi non conosce la realtà organizzativa del richiedente o i *desiderata* dello stesso; ii) la Pubblica Amministrazione deve applicare la legge e deve farlo secondo un ben preciso procedimento amministrativo.

Pertanto, in primo luogo, la richiesta deve essere conforme ad una delle possibili, e plausibili, interpretazioni della legge e deve essere formulata nel rispetto rigoroso del procedimento amministrativo pena l'inammissibilità della stessa. In secondo luogo, una qualsiasi richiesta formulata ad una Pubblica Amministrazione presuppone la predisposizione di un documento, formulato in un italiano comprensibile, che contenga una completa ed esaustiva spiegazione di cosa si intende richiedere e come si intende ottemperare alla normativa di riferimento. In terzo luogo, tutta la documentazione deve essere preparata con l'obiettivo *di condurre per mano il lettore* e consentirgli di comprendere l'organizzazione che si intende attuare ovvero *senza alcun retropensiero inespresso*.

Queste affermazioni posso apparire banali ma non lo sono. Molto spesso le autorizzazioni vengono negate, o vengono irrogate sanzioni per il mancato mantenimento di un requisito, poiché i) viene formulata una istanza incomprensibile dalla quale non si desume in alcun modo come il richiedente intenda ottemperare alla normativa applicabile; ii) i documenti allegati alla richiesta, o molto spesso le varie parti della richiesta stessa, non sono coerenti tra loro; iii) le procedure formalizzate non vengono aggiornate.

Questo *modus operandi* è il frutto della ormai molto diffusa separazione tra ciò che viene effettivamente autorizzato e ciò che avviene realmente in struttura. Questa cultura si è radicata sulla erronea convinzione che questo sia l'unico modo per gestire in modo efficiente ed efficace l'attività sanitaria. Tuttavia, a parere di chi scrive, tutto ciò non ha nulla a che vedere con la gestione efficace dell'attività sanitaria ma, al contrario, riguarda una cattiva programmazione dell'attività e del lavoro o, molto spesso, una cattiva comunicazione tra i vari livelli organizzativi. Se si utilizzasse lo stesso metodo con cui si programma l'attività di una sala operatoria per programmare e gestire il possesso e il mantenimento dei requisiti autorizzativi e/o di accreditamento si realizzerebbe una

efficace ed efficiente gestione dell'attività con il vantaggio di ridurre le sanzioni ricevute. La gestione operativa e sanitaria ne trarrebbe un grosso giovamento.

Risulta necessario interiorizzare che il settore sanitario non è un settore che beneficia di liberalizzazioni normative; pertanto, il modo più efficace per ottimizzare il lavoro è una corretta programmazione dello stesso ed una completa integrazione tra processi sanitari ed operativi.

9.5 L'erogazione dell'attività in nome e per conto del Servizio Sanitario Regionale

Dopo aver definito quale attività si intende svolgere e quale provvedimento abilitativo la stessa richieda, sarà necessario definire se si intende svolgere la stessa in regime di solvenza (c.d. attività privata), cioè con costi totalmente a carico dei cittadini, o in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale (c.d. attività SSN)¹¹.

L'erogazione di prestazioni in nome e per conto del SSR presuppone che l'erogatore sia autorizzato, accreditato ed a contratto per tale attività.

Il DPR 14.01.1997 (DPR) elenca i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private sul territorio nazionale.

Le strutture che soddisfano gli ulteriori requisiti di accreditamento si definiscono strutture accreditate e possono svolgere attività sanitaria solo in regime di solvenza. L'accreditamento si può, quindi, definire come un procedimento amministrativo attraverso il quale le strutture sanitarie, sia di diritto pubblico che di diritto privato, acquisiscono lo status di soggetto idoneo ad erogare prestazioni per conto del Sistema Sanitario Regionale. Al termine del procedimento amministrativo di verifica del possesso degli ulteriori requisiti, cambia lo status del soggetto richiedente da "soggetto autorizzato ad esercitare attività sanitarie" (c.d. attività di solventi) a quello di "idoneo a prestare attività sanitarie per conto del Sistema Sanitario Regionale" e pertanto potenziale erogatore.

La disciplina inerente ai requisiti di accreditamento e di contrattualizzazione è molto differente tra le diverse Regioni italiane. Sul punto si evidenzia che in molte Regioni vige il *principio di coincidenza tra accreditamento e contratto*, ovvero al termine del procedimento di accreditamento la struttura cambia il suo status da "soggetto autorizzato ad esercitare attività sanitarie" (c.d. attività in regime di solvenza) a soggetto erogatore, per le sole discipline accreditate, di prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

11 In questa sede si procederà presupponendo che sia possibile erogare prestazioni in nome e per conto del SSN senza alcun vincolo. Questo presupposto, come è noto, non è corretto ma, in questa sede, l'assunto è necessario da un punto vista didascalico.

La quantità delle prestazioni erogabili a carico del Servizio Sanitario Nazionale e la loro correlativa remunerazione saranno oggetto del successivo contratto che le strutture sottoscrivono con le ASL/ATS ai sensi D. Lgs. n. 502 del 1992.

La Regione, tenendo conto delle peculiarità del mercato delle prestazioni sanitarie, può stabilire criteri per l'assegnazione delle risorse alle diverse strutture accreditate e consentire l'inserimento (anche graduale) nel mercato di nuovi operatori in possesso di tutti i requisiti richiesti per erogare prestazioni sanitarie in favore del servizio sanitario pubblico. Tuttavia, la Regione non può rivolgersi, a tempo indefinito, solo ai soggetti che per primi (con le convenzioni e poi con l'accreditamento) hanno avuto accesso al mercato e far riferimento solo al criterio della spesa storica che evidentemente avvantaggia solo coloro che operano in un mercato chiuso all'accesso di nuovi operatori.

Anche ammettendo, quindi, che il mercato delle prestazioni sanitarie debba operare, per le sue peculiarità, con un numero non illimitato di erogatori privati, e ferma restando l'autonomia delle singole Regioni nell'indicare i criteri ritenuti migliori per l'individuazione dei soggetti che, tenendo conto delle diverse branche di attività e nei limiti delle risorse disponibili, possono erogare prestazioni in favore del servizio sanitario pubblico, si devono comunque ritenere illegittime, come affermato dal giudice di primo grado, quelle disposizioni che, come nella fattispecie, precludono la sottoscrizione di contratti con nuovi soggetti accreditati facendo esclusivo riferimento alla saturazione dell'offerta.¹²

Questi principi sono stati recepiti in due importanti provvedimenti che nel 2022 hanno modificato la disciplina della stipula dei contratti con gli erogatori privati. Ed infatti, l'art. 15, comma 1 lettera b), n. 1) della legge 5 agosto 2022, n. 118 ha introdotto il comma 1-bis all'art. 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, ai sensi del quale i soggetti privati interessati alla sottoscrizione degli accordi contrattuali, per l'erogazione di prestazioni assistenziali per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale, sono individuati mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle Regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare. La selezione di tali soggetti deve essere effettuata periodicamente, tenuto conto della programmazione sanitaria regionale e sulla base di verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento e, per i soggetti già titolari di accordi contrattuali, dell'attività svolta. A tali fini si tiene conto dell'effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del fascicolo sanitario elettronico (FSE) nonché degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, le cui modalità sono definite con il decreto di cui all'art. 8-quater, comma 7. Successivamente, è

12 Consiglio di Stato sez. III – 16/09/2013, n. 4574.

stato adottato il Decreto del Ministro della Salute del 19 dicembre 2022 intitolato *Valutazione in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate per l'accreditamento e per gli accordi contrattuali con le strutture sanitarie*.

La stipula degli accordi contrattuali con il Servizio Sanitario Nazionale sarà influenzata necessariamente dalle citate disposizioni che dovranno essere attuate dalle Regioni entro in 2023.

Bibliografia

- Accordo Collettivo Nazionale fra A.I.O.P. e ANAAO-Assomed per la regolamentazione del rapporto di lavoro libero-professionale dei medici nelle Istituzioni sanitarie private convenzionate e/o accreditate e nei Centri di riabilitazione ex art.26 della L.833/78 16 maggio 1997
- Amit R., Zott C., “Value creation in E-business”, in *Strategic Management Journal* 2001; 22(6-7):493-520.
- DeMaria A. N., “Concierge Medicine: For Better or for Worse?”, in *Journal of the American College of Cardiology* 46.2 (2005): 377-378
- Aon, *Global Wellbeing Survey Report*, 2023
- Backhaus K., “Employer branding”, in *Organization Management Journal* 13.4 (2016): 193-201.
- Buchelt B., “The strategical significance of human resource management and the actual level of development of the personnel function in public and non-public medical service sector units”, in *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi* 2(79). (2011): 73-85
- Buchelt B. et al. “The Enhancement of the Employer Branding Strategies of Polish Hospitals through the Detection of Features Which Determine Employer Attractiveness: a Multidimensional Perspective”, in *Human resources for health* 19.1 (2021): 1–77
- Carinci F., *Diritto del lavoro, vol. 2. Il rapporto di lavoro subordinato*, UTET, 1992.
- Cergas, SDA Bocconi. “Rapporto Oasi 2020.” Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano (2020)
- Chesbrough H., “The role of the business model in capturing value from innovation: evidence from Xerox Corporation’s technology spin-off companies”, in *Industrial and Corporate Change* 11. 3 (2002):529-555.
- Coda V., “La valutazione della formula imprenditoriale”, in *Sviluppo e Organizzazione* 82.2 (1984): 277-291
- Colombo A., Bassani G. “Carenza di medici: ma per quale SSN? Dati, riflessioni e proposte dalla formazione.”, in *Igiene e Sanità Pubblica* 75 (2019): 385-402
- Contreras P., *Concierge Medicine: Higher Quality Healthcare and its Accessibility to Patients*, California State University, Northridge, 2019 (Phd thesis)
- Curto A, Rancati E, Duranti S, Garattini L., “Value Based Pricing: la nuova frontiera nella fissazione dei prezzi dei farmaci?”, in *Quaderni di farmacoconomia*, 23 (2014): 32-39.
- Del Vecchio M., Rappini V., *Low Cost in Sanità*, Rapporto Oasi 2011, capitolo 9, anno 2011, Cergas, SDA Bocconi, Milano, Egea

- Del Vecchio M., Montanelli R., Sartirana M., Vidè F., “Le politiche di reclutamento e gestione del personale assunto durante l'emergenza Covid-19”, in Capitolo 16 *Rapporto OASI*, Cergas, SDA Bocconi, Egea, Milano (2021):629-670
- Fenech L., Lega F., Rappini V., “Sviluppo imprenditoriale nella sanità pubblica: tra retorica e realtà”, in Capitolo 13 *Rapporto Oasi*, Cergas, SDA Bocconi, Egea, Milano (2016): 441-462
- Fréchette J., Bourhis A., Stachura M., “The Organizational Attraction of Nursing Graduates: Using Research to Guide Employer Branding”, in *The health care manager* 32.4 (2013): 303–313.
- Gavirneni S., Kulkarni K., “Concierge Medicine: Applying Rational Economics to Health Care Queuing”, in *Cornell Hospitality Quarterly* 55.3 (2014): 220-325
- Giacobbe G., Giacobbe D., *Il lavoro autonomo: contratto d'opera*, Giuffrè, 2009.
- Dalen J. E., Alpert J. S., “Concierge Medicine is here and growing”, in *The American Journal of Medicine*, 130.8 (2017): 880-881
- Kim W. C., “Blue Ocean Strategy: From Theory to Practice”, in *California Management Review* 47.3(2005):105-121
- Knoppe Steven D., *Concierge Medicine: A New System to get the best healthcare*, Rowman & Littlefield Published, 2010
- Lambooijs MS, Koster F., “How organizational escalation prevention potential affects success of implementation of innovations: electronic medical records in hospitals”, in *Implementation Science* (2010): 1–10
- Lega F., *Management e leadership dell'azienda sanitaria. Conoscere il settore e il sistema, organizzare i servizi, dirigere i professionisti*, Egea, 2016
- Id., *Economia e Management sanitario – Settore, sistema, azienda, protagonisti*, Egea, 2020
- Id., “Il “fil rouge” tra il libro e l'agenda del cambiamento del SSN”, in S. Petraglia F., Bolis Stefania, Lega F. (a cura di), *Dall'aula al contesto quotidiano – Esperienze e proposte per riflettere sulle sfide di una sanità integrata*, Egea, 2020
- Lippman S. A., Rumelt R. P., “Uncertain Imitability: An Analysis of Interfirm Differences in Efficiency under Competition”, in *The Bell Journal of Economics*, 13.2 (1982): 418-438
- Longo F., Del Vecchio M., Lega F., *La sanità futura: come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie*, Egea, 2013
- Mitchell W., “Dual clocks: Entry order influences on incumbent and newcomer market share and survival when specialized assets retain their value”, in *Strategic Management Journal*, 12.2 (1991): 85-100
- Osterwalder A., Pigneur Y., *Business model generation: a handbook for visionaries, game changers, and challengers*, Hoboken (NJ), John Wiley & Sons, 2010, (trad. it. *Creare modelli di business. Un manuale pratico ed efficace per ispirare chi deve creare o innovare un modello di business*, Milano, Edizioni LSWR, 2019).

- Palumbo R., *Keeping candles lit: The role of concierge medicine in the future of primary care*, PubMed, 2017
- Paul, David P. III; Skiba, Michaeline EdD *Concierge Medicine. A Viable Business Model for (Some) Physicians of the Future?*, PubMed, 2016
- Porter M., *The competitive advantage*, New York, Free Press, 1985 (trad. it. *Il vantaggio competitivo*, Torino, Einaudi, 2011).
- Porter ME., “The Five Competitive Forces That Shape Strategy.”, in *Harvard Business Review* 2008;86(1):78-93.
- Querci E., Gazzola P., *The Opportunity Cost in HealthCare: Low Cost High*, European Scientific Journal, April 2017
- Rapporto OASI 2019 – CER GAS Bocconi, Capitolo 14: Tecnologia e innovazione nei modelli di servizio in sanità (di Paola Roberta Boscolo, Lorenzo Fenech, Valeria Rappini e Andrea Rotolo, Milano, Egea, 2019).
- Regina E. Herzlinger, “Why innovation in healthcare is so hard”, in *Harvard Business Review*, 2006
- Romei R., *Il contratto di somministrazione di lavoro*, Giornale di diritto del lavoro e di relazioni industriali. Fascicolo 3, 2006, Milano, Franco Angeli, 2006;1000-1037. <http://digital.casalini.it/10.1400/69880>
- Russ A. P., Lewis S., *The Middle Class Millionaire: The rise of the new rich and how they are changing America*, Doubleday, 2008
- Scarpelli, F. “Il lavoro autonomo nell’emergenza tra bisogno, (poche) tutele, regole del contratto.” *ConsultaCGIL* (2020): 229.
- Scuotto A., Consiglio S., Cicellin M., Caride Balado A., Ricchezza D., Imprenditorialità virtuosa e innovazione sociale in sanità. Le esperienze di low cost in Italia, Dipartimento di Scienze Politiche, Università degli Studi di Napoli “Federico II”, 10-11 giugno 2016 <https://irisnetwork.it/wp-content/uploads/2016/06/scuotto-consiglio-cicellin-salado-ricchezza.pdf>
- Scuotto A., *L’emergere di nuovi business model in sanità: il modello low cost come driver di innovazione sociale*, Dottorato di ricerca in Sanità Pubblica e Medicina Preventiva XXX ciclo, Università degli Studi di Napoli “Federico II”, anno 2017/2018
- Spina, E., “Il Servizio Sanitario Nazionale e i suoi medici”, in *Politiche Sociali* 1 (2021): 171–176.
- Teece DJ. Business Models, Business Strategy and Innovation. *Long Range Plann.* 2010;43(2-3):172-194. doi:10.1016/j.lrp.2009.07.003
- Vella, M. “Effetti collaterali delle carenze della sanità pubblica in Italia.” In *VITA* (2019) <http://www.vita.it/it/article/2019/07/03/effetti-collaterali-delle-carenze-della-sanita-pubblica-in-italia/152096/>

I CONSUMI SANITARI PRIVATI IN ITALIA

La salute è un diritto garantito dalla Costituzione. Perché, quindi, parlare di consumi privati in sanità? Ha senso pensare che, in un quasi mercato, possa trovare spazio ulteriore iniziativa privata? Se sì, dato il tema del diritto costituzionalmente garantito, quali spazi di operatività ci sono e per quali bisogni?

Queste le domande che sono approfondite ed a cui questo testo cerca di dare risposta, per colmare una lacuna nella letteratura di management e politica sanitaria. Analizzando con rigore l'andamento dei consumi sanitari privati nel settore della salute italiano, le implicazioni per l'SSN e proponendo quadri concettuali ed operativi per chi è interessato a sviluppare l'attività imprenditoriale in sanità o consolidare le proprie competenze gestionali in materia.

Federico Lega, Ph.D, è professore di Economia, Politica e Management Sanitario presso l'Università degli Studi di Milano, dove dirige la laurea magistrale in Management delle Aziende Sanitarie e del Settore Salute (MASS) ed il Cento di Ricerca ed Alta Formazione in Health Administration (HEAD). Past-president e board member della European Healthcare Management Association (EHMA) ed Editor-in-Chief della rivista SAGE Health Services Management Research, svolge attività di formazione e ricerca manageriale per le istituzioni, le aziende sanitarie e le imprese farmaceutiche e biomedicali. Ma soprattutto è un fiancheggiatore di chi si impegna ogni giorno - quale protagonista attuale o talento in divenire - per migliorare il settore della salute italiano.

Cristian Ferraris, è Direttore Organizzazione, sviluppo, marketing e life science di Assolombarda, Direttore Generale di AIOP Lombardia e Direttore Generale della Fondazione Sanità Futura. Professore a contratto presso l'Università "Vita e Salute" San Raffaele e presso l'Università degli Studi di Milano, membro del Consiglio di Amministrazione del FASI. Coordina le attività della filiera Life sciences per Assolombarda e Confindustria Lombardia ed è coordinatore del Working Group sulla carenza di personale della European Union of Private Hospitals. Svolge attività di rappresentanza e consulenza per il settore healthcare e coordina le attività di sviluppo internazionale del Sistema Socio-Sanitario privato della Lombardia.

In copertina: foto di @master1305 - <https://www.freepik.com/>



HEAD

CENTRO DI RICERCA
E ALTA FORMAZIONE
IN HEALTH ADMINISTRATION

ISBN 979-12-5510-084-3 (print)
ISBN 979-12-5510-085-0 (PDF)
ISBN 979-12-5510-086-7 (EPUB)
DOI 10.54103/ahead.152