

13 Il posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati: analisi delle leve competitive¹

di Clara Carbone, Francesco Longo e Alberto Ricci²

13.1 Introduzione

Le riforme di aziendalizzazione del SSN, unite alle più recenti politiche di contenimento della spesa, hanno accresciuto i livelli di competitività delle aziende erogatrici del sistema sanitario italiano. La risposta a questo fenomeno è rappresentata dal posizionamento che le aziende sanitarie pubbliche e private assumono in relazione al loro «spazio strategico», ossia una sfera di discrezionalità e di azione sufficiente al management per poter compiere delle scelte di lungo periodo³. In questo quadro, appare particolarmente interessante approfondire come le aziende sanitarie private accreditate utilizzano il proprio «spazio strategico», combinando le condizioni delle aziende sanitarie pubbliche (in quanto accreditate) e gli elementi distintivi di quelle private. In particolare, esse:

¹ Le analisi presentate nel capitolo si basano sui dati raccolti ed elaborati nell'ambito dell'Osservatorio Sanità privata del CERGAS Bocconi e, in particolare, del progetto di ricerca finanziato incondizionatamente da AIOP, Assolombarda e Confindustria Lombardia Sanità Servizi.

² Nell'ambito di un comune lavoro di ricerca, i §§ 13.1 e 13.2 sono da attribuire a Clara Carbone, i §§ 13.3 e 13.4 ad Alberto Ricci e il 13.5 a Francesco Longo. Si ringraziano Agnese Pirazzoli per l'indispensabile contributo nella raccolta dei dati e Marco Stegani per il fondamentale supporto nell'elaborazione dei database utilizzati per le analisi.

³ Le principali tipologie di scelte strategiche all'interno delle aziende sanitarie sono riconducibili ai seguenti contenuti (Carbone e Prenestini, 2012): (i) rapporti con soggetti esterni (per esempio, collaborazioni o l'esternalizzazione di funzioni aziendali verso soggetti esterni); ii) sviluppo di nuovi servizi e nuove attività sanitarie attraverso investimenti di risorse economiche, umane e strutturali (per esempio, l'apertura di una nuova unità operativa specialistica, l'apertura di un poliambulatorio); iii) innovazioni tecnologiche (per esempio, l'introduzione di nuove tecnologie che cambiano in modo rilevante i processi produttivi aziendali, come la robotica); iv) meccanismi operativi (per esempio, introduzione di nuovi strumenti di gestione delle risorse umane, sistemi informativi e sistemi di pianificazione, programmazione e controllo) e v) innovazioni organizzative e logistiche (per esempio, scelte che comportano modifiche rilevanti nell'organizzazione e nell'assetto logistico aziendale per migliorare i processi produttivi interni e/o l'erogazione dei servizi sanitari).

- ▶ operando in regime di accreditamento, vivono alcune dinamiche proprie dell'ambiente pubblico: per esempio, l'assenza di prezzo nei casi in cui i pazienti ricevono servizi sanitari erogati in nome e per conto del SSR; oppure, la dipendenza per le funzioni di pianificazione e di programmazione dei flussi di cassa dalle contingenze regionali di contenimento della spesa;
- ▶ avendo una personalità giuridica di diritto privato, sono interessate dalle logiche e dalle regole del mondo delle imprese, vale a dire la presenza di veri e propri meccanismi di mercato e, quindi, di una misura di sintesi economica che ne esprima il livello di economicità.

Sebbene vi sia un certo livello di interdipendenza con le regole del SSR, le aziende sanitarie private accreditate sono comunque dotate di particolare spazio e autonomia strategica, che esprimono attraverso la propria formula imprenditoriale (Coda, 1988)⁴. Quest'ultima può essere declinata su almeno tre variabili principali, rispetto alle quali si individuano diverse tipologie di scelte strategiche:

- ▶ prodotti/servizi da erogare nell'ottica dell'ampliamento del portafoglio delle attività sanitarie offerte, sia attraverso l'acquisizione di nuove linee produttive/nuove procedure cliniche/nuovi *setting* assistenziali (per esempio, prestazioni ambulatoriali complesse alternative ad attività di ricovero diurno) che in termini di modifica del *case-mix* (per esempio, aumento delle attività di alta specialità);
- ▶ livello di capacità produttiva da fissare e utilizzare in relazione ai sistemi di committenza (sistemi di finanziamento e di definizione dei budget) imposti dal SSR alle strutture private accreditate;
- ▶ tipologie di mercati da presidiare in termini di canali di finanziamento (mercato istituzionale SSN o mercato in solvenza legato alle dinamiche dei consumi privati in sanità – spesa *out-of-pocket* o intermediata da fondi integrativi/assicurazioni), di tipologie di utenti (pazienti extra-regione, pazienti stranieri o pazienti regionali) e aree territoriali coperte grazie all'apertura/acquisizione di nuove strutture.

Il mix delle suddette scelte strategiche determina una buona parte del posizionamento strategico di ciascuna struttura sanitaria privata accreditata e, quindi, del suo livello di competitività nel SSN.

⁴ Secondo Coda (1988), dunque, la formula imprenditoriale è la risultante delle scelte di fondo riguardanti: (i) i mercati cui è indirizzata la propria offerta e, più in generale, il sistema competitivo in cui è inserita; (ii) i prodotti offerti con tutti gli elementi configuranti l'offerta o sistema prodotto dell'impresa; (iii) la struttura che consente all'impresa di presentarsi al mercato con quella certa offerta e agli attori sociali con quella certa proposta progettuale; (iv) il sistema degli attori sociali, a cui chiede contributi e consensi, con le loro aspettative e nei riguardi dell'impresa e il loro potere d'influire sulla vita della stessa; (v) le prospettive offerte/contributi richiesti agli attori sociali. Il modello di Coda riporta elementi che si ritrovano nei «classici» della letteratura internazionale in tema di strategia (Thompson, 1967; Pfeffer e Salancik, 1978).

Alla luce delle suddette considerazioni, il presente capitolo si pone l'obiettivo di approfondire il tema del posizionamento strategico degli erogatori ospedalieri privati accreditati, interpretandone il livello di competitività nel sistema sanitario nazionale in un'ottica longitudinale e proponendo dei confronti tra raggruppamenti (*cluster*) di aziende sanitarie private accreditate (per localizzazione geografica, per natura istituzionale *profit e no profit*, in base all'appartenenza o meno ad un gruppo, ecc.).

Dopo aver illustrato più nel dettaglio gli obiettivi, il metodo e le fasi della ricerca (§ 13.2), il capitolo presenta in dettaglio le caratteristiche degli erogatori privati accreditati (§13.3) e ne discute il posizionamento strategico (§ 13.4), proponendone una lettura interpretativa (§ 13.5).

13.2 Obiettivi di ricerca e metodologia

Per leggere il posizionamento strategico delle aziende sanitarie private accreditate a partire da posizionamento di prodotto, utilizzo della capacità produttiva e posizionamento di mercato, l'analisi prevede due livelli di confronto. Ciascun livello si ricollega a una domanda di ricerca.

Il primo livello di confronto propone un *benchmarking* tra strutture pubbliche e private che consideri la natura istituzionale⁵ e l'area geografica di appartenenza. Quest'ultima può essere considerata come una *proxy* del contesto socio-economico di riferimento. Identità profonda e localizzazione dell'azienda sono tra i più strutturali e imm modificabili elementi che possano caratterizzare una struttura sanitaria; tuttavia, raramente sono stati selezionati per analizzare il panorama variegato dell'ospedalità privata accreditata del nostro Paese. Un primo obiettivo dell'analisi è, quindi, capire se e come, al variare della natura istituzionale e della macroarea geografica di riferimento, si differenzi la «formula imprenditoriale».

Il secondo livello di confronto propone un *benchmarking* tra strutture private. Si analizzano comparativamente due *cluster* caratterizzati da differenti livelli di concentrazione: strutture appartenenti a grandi gruppi sanitari privati (dotazione complessiva superiore a 500 PL accreditati) *versus* strutture non appartenenti ad alcun gruppo o appartenenti a un gruppo di piccole dimensioni (dotazione complessiva inferiore a 500 PL accreditati). Se richiamiamo nuovamente la formula imprenditoriale, possiamo interpretare il gruppo come una forma di evoluzione istituzionale che permette di controllare più agevolmente tutte e tre le leve di

⁵ I fini istituzionali, d'ora in avanti «natura istituzionale», esprimono la motivazione di fondo per cui le organizzazioni esistono (si vedano Airoldi, Brunetti e Coda, 1994).

posizionamento: la diversificazione/specializzazione di prodotto; la ricerca di una capacità produttiva efficiente, in grado di generare economie di scala e di scopo; il presidio di più mercati, innanzitutto in senso geografico. Il capitolo approfondisce questa ipotesi di un maggiore spazio di manovra. I grandi gruppi hanno realmente la possibilità di differenziarsi rispetto al resto del sistema ospedaliero, accelerando o contenendo le dinamiche di evoluzione del SSN secondo necessità?

Sulla base di un'accurata analisi dei siti web istituzionali delle strutture contenute negli indirizzi del Ministero della Salute, i privati accreditati sono stati classificati come *for profit* (d'ora in avanti «profit» e «P» nei grafici) se presentano una forma giuridica di tipo societario (anche in forma cooperativa). Le strutture riconducibili a forme non societarie, senza scopo di lucro, sono state invece classificate come *not for profit* (d'ora in avanti «no profit» e «NP» nei grafici). Tra le più comuni forme giuridiche che rientrano in questa seconda categoria, si ricordano le fondazioni, gli enti ecclesiastici, le cooperative ONLUS. La stessa analisi dei siti web ha permesso di ricollegare ogni struttura ospedaliera operante sul territorio italiano all'eventuale gruppo di appartenenza. Sono stati considerati componenti di un gruppo le strutture che fanno riferimento a un unico soggetto economico (cioè allo stesso proprietario). Il posizionamento geografico è, invece, stato ricostruito in base agli indirizzi pubblicati dal Ministero della Salute. Si distinguono tre macro-aree: Nord, Centro, Sud e Isole (o «Mezzogiorno»), coincidenti con le relative ripartizioni territoriali proposte dall'ISTAT⁶.

Al termine di questa prima fase di ricostruzione dell'esistente, per ciascuna variabile della formula imprenditoriale sono state identificate le sotto-variabili già introdotte in premessa e calcolati i relativi indicatori (Tabella 13.1).

La scelta delle sotto-variabili di analisi e dei relativi indicatori deriva da alcune considerazioni sul ruolo e sugli obiettivi delle aziende sanitarie accreditate.

Un adeguato posizionamento di prodotto, in grado di riallinearsi con le aspettative del committente regionale, è la priorità strategica per qualsiasi erogatore accreditato. Il capitolo indaga, innanzitutto, la specializzazione produttiva delle diverse categorie di erogatori (area dell'acuzie vs. non acuzie) e la relativa evoluzione negli anni. L'analisi si concentra poi sul *case mix* della produzione di ricoveri ordinari (RO) acuti. Questi ultimi costituiscono il 66,3% dei ricoveri totali (2012); inoltre, sono interessati dai più recenti orientamenti statali in tema di

⁶ Per maggior sintesi, data la sostanziale omogeneità dei parametri socio-economici (cfr. dati ISTAT su PIL procapite, tasso di occupazione 20-64 anni, indice di povertà assoluta e relativa) sono state aggregate le aree del Nord-Est con il Nord-Ovest, e del Sud con le Isole. Abruzzo e Molise sono incluse nella ripartizione «Sud e Isole». Si tenga presente che le rispettive quote di popolazione sono differenti: 45,8% al Nord, 19,5% al Centro e 34,7% nel Sud-Isole.

Tabella 13.1 **Modello di analisi: variabili, indicatori, arco temporale di riferimento**

Variabili formula imprenditoriale	Sotto-variabili	Indicatori e arco temporale
Posizionamento di Prodotto	Tipologia e regime attività	Trend e variazione percentuale dei volumi per tipologia (acuti e non) e regime di ricovero (RO/DH) (2008-10-12)
	Attività ad alta complessità	Incidenza RO acuti ad alta complessità ¹ su totale propri RO acuti (2012)
	Attività ad elevato rischio di inappropriatelyzza	Trend dell'incidenza dei RO acuti a rischio di inappropriatelyzza ² su totale propri RO acuti (2008-10-12)
Utilizzo della capacità produttiva	Degenza media (DM)	Trend di degenza media ³ – RO per acuti e non acuti (2008-10-12)
	Saturazione capacità produttiva	Trend del tassi di occupazione (TO) dei PL ordinari ⁴ (2008-10-12)
Posizionamento di mercato	Attività a onere privato	Trend e variazione percentuale dei ricoveri parzialmente o totalmente a carico del paziente (2008-10-12) Trend dell'incidenza dei ricoveri parzialmente o totalmente a carico del paziente sul totale dei ricoveri (2008-10-12)
	Attività extraregione	Trend e variazione percentuale dei ricoveri per pazienti non residenti nella regione sul totale dei ricoveri (2008-10-12) Trend dell'incidenza dei ricoveri per pazienti non residenti nella regione sul totale dei ricoveri (2008-10-12).

Note

- 1 L'incidenza (tasso %) è ottenuta dividendo i volumi di DRG ad alta complessità inclusi nella lista allegata alla TUC 2012 per il totale dei RO acuti. A causa del cambiamento del sistema DRG (da versione 19 a 24), non è stato possibile ricostruire un trend temporale significativo.
- 2 Qui e nel resto del capitolo, l'incidenza (tasso %) è ottenuta dividendo i volumi di DRG inclusi nella lista delle 108 prestazioni a rischio di inappropriatelyzza se erogate in RO (DP.C.M. 23/04/08), per il totale dei RO acuti.
- 3 La degenza media è calcolata dividendo il numero di giornate per il numero di ricoveri erogati.
- 4 Il TO dei PL è calcolato rapportando le giornate di ricovero erogate a quelle potenzialmente erogabili in base alla capacità produttiva (numero dei PL*365). L'indicatore non dovrebbe scendere al di sotto dell'80-90% (si veda il Capitolo 3 del presente Rapporto).

politica ospedaliera⁷, che, in maniera più o meno diretta, incentivano una maggiore focalizzazione sulle non acuzie e uno spostamento progressivo della casistica meno complessa verso un *setting* diurno o ambulatoriale. Per tracciare questi trend, si ricorre all'analisi longitudinale dell'incidenza dei RO acuti ad alta complessità e a rischio di inappropriatelyzza. I primi sono ricollegabili a 84 prestazioni che richiedono grandi competenze specialistiche e una considerevole dotazione di risorse strutturali e tecnologiche (per esempio, trapianti, grandi ustioni, interventi di chirurgia cardiovascolare). I RO acuti ad alto rischio di inappro-

⁷ D.L. 95/12, art. 15.

priatezza (d'ora in avanti, anche «tasso di inappropriatezza») corrispondono, all'opposto, a 108 prestazioni sanitarie a bassa complessità, che potrebbero, nella maggior parte dei casi, essere erogate in regime di ricovero diurno.

Il committente pubblico attende dagli erogatori accreditati un adeguato utilizzo della capacità produttiva a contratto. Questa misura non si può ricondurre solo al tasso di occupazione dei posti letto, ma va analizzata insieme al modello assistenziale, qui espresso da una misura *proxy* come la degenza media.

Infine, nel campo dell'ospedalità privata accreditata possiamo identificare due «mercati» che permettono di allentare la dipendenza dal committente pubblico regionale: i ricoveri a onere parzialmente o totalmente a carico del paziente (d'ora in avanti, «a onere privato») e quelli in mobilità extraregionale. Si tratta di due ambiti che determinano la possibilità, preziosa in tempi di crisi della finanza pubblica, di diversificare la tipologia di utenza e i canali di finanziamento.

Le fonti utilizzate per il calcolo degli indicatori sono state le seguenti:

- ▶ indirizzari del Ministero della Salute (relativi agli anni 2008-2010-2012-2013) per quanto riguarda i dati strutturali (numero e classificazione di strutture e posti letto) necessari a determinare il tasso di occupazione dei PL (indicatore «saturazione della capacità produttiva»);
- ▶ rapporti SDO (anni 2008-2010-2012) per la rappresentazione dei livelli di attività delle strutture di ricovero (volumi e caratteristiche dei ricoveri, volumi e caratteristiche delle giornate di degenza – necessari per la costruzione di tutti gli indicatori).

13.3 Gli erogatori privati accreditati in Italia: un quadro d'insieme

13.3.1 Mappatura per natura istituzionale e macroarea geografica

La categoria del «privato accreditato» in ambito ospedaliero comprende, al suo interno, realtà aziendali molto differenziate per fini istituzionali, contesto socio-economico di riferimento, dimensioni, natura dell'attività svolta (Longo, 2013).

La Tabella 13.1 riprende la classificazione ministeriale delle strutture private accreditate, distinguendo per natura istituzionale. Nel nostro SSN operano 592 strutture private accreditate a fronte di 545 strutture di proprietà pubblica⁸. Si

⁸ Tra le strutture pubbliche sono inclusi gli ospedali a gestione diretta, le AO, le AO integrate con l'Università, le AOU integrate con il SSN, tutti gli IRCCS pubblici, alcuni IRCCS Fondazione, alcuni Enti di Ricerca di fatto controllati da enti pubblici. Rispetto al capitolo 3 del presente Rapporto, che indica 477 strutture pubbliche, la discrepanza di 68 unità è così spiegabile: nel presente capitolo si includono nel conteggio i 94 presidi delle 29 AO lombarde riportati dagli indirizzari ministeriali,

Tabella 13.2 **Classificazione delle strutture private accreditate, per natura istituzionale**

Classificazione struttura	No profit	Profit	Totale (2013)	Delta 2008-13
Casa di cura privata accreditata	58	446	504	-34 (-6,3%)
Ente di ricerca	1	/	1	-1 (-50%)
IRCCS	30	9	39	+2 (+5,4%)
Istituto qualificato presidio della U.S.L.	8	10	18	-1 (-5,3%)
Ospedale classificato o assimilato	25	3	28	-2 (-6,7%)
Policlinico universitario privato	2	/	2	/
Totale	124 (21%)	468 (79%)	592 (100%)	-36 (-5,7%)

tratta, in gran parte, di case di cura – CdC (85%), seguite dagli IRCCS (7%). Il 21% delle strutture private è senza scopo di lucro. L'88% delle CdC è profit, mentre il 76% degli IRCCS, i due policlinici universitari e l'unico ente di ricerca privato in attività non hanno scopo di lucro. È curioso notare come alcuni ospedali classificati abbiano perso la caratterizzazione religiosa che li contraddistingueva⁹, mentre gli istituti qualificati raggruppano realtà molto diverse a seconda delle realtà regionali (sperimentazioni gestionali, ospedali religiosi, strutture profit) accomunate, però, almeno in linea di principio, da una forte complementarietà con la rete di offerta pubblica¹⁰.

Se si aggiunge la localizzazione geografica, 243 strutture si trovano al Nord (41% del totale), 126 nel Centro (21%) e 223 nel Sud e nelle Isole (38%). Riprendendo la classificazione ministeriale, il Sud-Isole raccoglie il 44% delle CdC accreditate; di queste, ben il 95% è profit. Ventisei IRCCS su 39 (67%) sono al Nord, di cui 19 (73%) senza scopo di lucro. Tra i 13 IRCCS localizzati nel Centro-Sud, 11 (85%) sono no profit. Una prima considerazione complessiva, quindi, è che la natura istituzionale no profit, minoritaria nella sanità privata a livello nazionale, predomina nelle strutture private ad alta specializzazione e/o integrate con facoltà universitarie; il dato è particolarmente evidente nelle

invece delle AO stesse; inoltre, la Fondazione Tommaso Campanella, classificata come CdC privata nei db ministeriali e nel capitolo 3, è qui considerata ospedale pubblico, perché controllata da due soggetti pubblici come l'Università della Magna Grecia e la Regione Calabria. Infine, si considerano pubblici gli Enti di Ricerca ISMETT di Palermo (società controllata dall'ospedale pubblico ARNAS Civico e dalla Regione Siciliana) e Fondazione Monasterio (controllata da CNR e Regione Toscana).

⁹ L'art. 1, u.c., della Legge 132/1968 ha disposto che gli istituti ed enti ecclesiastici (anche non cattolici) che esercitano l'assistenza ospedaliera, se in possesso dei requisiti, possono essere classificati nelle categorie ospedaliere pubbliche previste dalla legge stessa (oggi superate) e integrati nella programmazione ospedaliera pubblica.

¹⁰ Cfr. art. 43, comma 2, Legge n. 833/78 e D.P.C.M. del 20 ottobre 1988.

Regioni del Centro e del Mezzogiorno. Al Nord, gli IRCCS no profit sono più numerosi rispetto ai profit, ma dispongono solo del 46% dei posti letto.

Se si considera l'analisi longitudinale, l'unico trend significativo che emerge nel quinquennio 2008-2013 è il calo delle CdC, che diminuiscono di 34 unità (-6,3%), di cui 24 nell'area Sud e Isole, tutte profit.

Nel 2013, il privato accreditato disponeva di 65.035 posti letto (PL), pari al 29,2% della dotazione complessiva del SSN. Le strutture no profit dispongono di 19.340 PL (8,7% del SSN, 29,7% del privato accreditato), quelle profit di 45.775 (20,5% del SSN; 70,3% del privato accreditato). Se si considerano anche le macro-aree geografiche, si nota una presenza del privato percentualmente più significativa rispetto alle medie nazionali nel Centro e nel Sud-Isole (Tabella 13.2). Nel primo caso, il dato è spiegabile dalla presenza delle strutture ospedaliere religiose del Lazio¹¹; nella seconda, alla contenuta dotazione di PL pubblici in rapporto alla popolazione di molte regioni del Mezzogiorno (si veda il Capitolo 3 del presente Rapporto), in parte compensata dall'offerta di PL in CdC accreditate, prevalentemente profit.

Nel quinquennio considerato, a fronte di un calo dei PL pubblici del -15,8%, i PL privati sono diminuiti del -9,4%, con percentuali maggiori nelle strutture no profit che in quelle profit. Se si considerano queste ultime, il calo è stato particolarmente evidente al Centro e nel Mezzogiorno (rispettivamente, -2.480 e -3.338, -22,6% e -17,1%), mentre al Nord il calo del no profit (-14,7%) e l'aumento del profit (+9,5%) sono in buona parte spiegabili con il cambiamento di natura istituzionale dell'IRCCS San Raffaele di Milano¹².

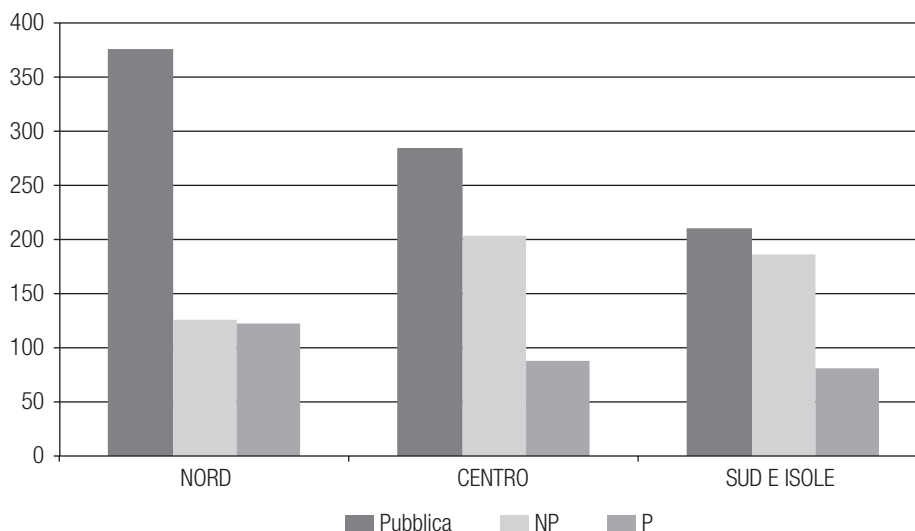
Tabella 13.2 **Posti letto, per macroarea geografica e natura istituzionale (2013)**

Macroarea geografica	Strutture pubbliche	Strutture private no profit	Strutture private profit	Totale strutture private	Totale SSN	Delta 2008-13
Nord	80.921	8.788	21.100	29.808	110.729	-9.915 (-8,2%)
Centro	30.169	6.096	8.501	14.597	44.766	-9.022 (-16,8%)
Sud e Isole	47.069	4.456	16.174	20.630	67.699	-17.435 (-20,5%)
Totale SSN	158.159	19.340	45.775	65.115	223.274	-36.352 (-14%)
<i>Delta 2008-13</i>	<i>-29.634 (-15,8%)</i>	<i>-2.721 (-12,3%)</i>	<i>-3.997 (-8%)</i>	<i>-6.638 (-9,4%)</i>	<i>-36.352 (-14%)</i>	

¹¹ Basti ricordare che il Policlinico Gemelli, l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù e l'Ospedale San Pietro - FBF, insieme considerati, superano i 2.800 PL.

¹² A gennaio 2012, l'ospedale S. Raffaele e la collegata CdC Villa Turro, precedentemente controllate della Fondazione S. Raffaele del Monte Tabor (no profit), sono stati acquisiti dal Gruppo Ospedaliero S. Donato (la cui capofila è la Policlinico S. Donato Spa - profit). Tale operazione ha comportato il passaggio di 1.200 PL e 48.000 ricoveri da un cluster all'altro.

Figura 13.1 **Dimensione media (PL) per macroarea geografica e natura istituzionale (2013)**



La dimensione media delle strutture pubbliche è di 290 PL, con forti oscillazioni tra le aree del Paese (Figura 13.1). Le strutture private no profit hanno una dimensione media superiore alle profit (156 *versus* 98), con valori che si differenziano molto al Centro-Sud e che, invece, convergono attorno ai 125 PL al Nord. Nell'ultimo quinquennio, i maggiori cali dimensionali hanno interessato le strutture no profit (-22 PL; -12,3%, con valori allineati alla media nazionale nelle tre macroaree), mentre il privato profit evidenzia una sostanziale stabilità (-2; -1,8%)¹³ e il pubblico si pone su livelli intermedi (-9; -3,1%). Una seconda osservazione riguarda le modalità di calo dimensionale. La chiusura o l'accorpamento di alcune strutture profit e il passaggio di proprietà del S. Raffaele hanno aumentato la dimensione media di questo *cluster*. Le strutture no profit tendono a calare in termini di PL, ma non di numero.

Nel 2012, a livello nazionale, il privato accreditato ha erogato 2,53 milioni di ricoveri, pari al 24,9% dei ricoveri SSN (10,2 mln). Rispetto alla distribuzione dei letti, i privati erogano, quindi, una quota percentuale minore di attività di ricovero rispetto ai pubblici. Passando alla suddivisione dei ricoveri per natura istituzionale e macroarea geografica (Tabella 13.3), si nota che la quota percentuale del privato profit, pari al 16,6% delle attività del SSN, raggiunge un

¹³ Il trend del privato profit è in realtà una media di un aumento dimensionale al Nord (+12 PL, in buona parte dovuto al passaggio del San Raffaele di Milano), un forte calo al centro (-20; -18,6%) e una lieve diminuzione al Sud (-6).

minimo del 12,3% nel Centro, un massimo del 20,8% nel Mezzogiorno e valori intermedi pari a 15,5% nel Nord. Il no profit eroga una quota del 5,9% dei ricoveri SSN al Nord e nel Mezzogiorno, e raggiunge un picco pari al 18% nel Centro.

Tabella 13.3 **Ricoveri totali, per macroarea geografica e natura istituzionale (2012)**¹⁴

Macroarea geografica	Strutture pubbliche	Strutture private no profit	Strutture private profit	Totale strutture private	Totale SSN*	Delta 2008-12
Nord	3.589.003	268.521	709.405	977.926	4.567.978	-698.239 (-13,3%)
Centro	1.440.203	372.645	253.737	626.382	2.066.585	-281.800 (-12%)
Sud e Isole	2.629.278	209.228	724.747	933.975	3.563.253	-855.847 (-19,4%)
Totale SSN	7.658.484	850.394	1.687.889	2.538.283	10.197.816	-1.835.868 (-15,3%)
<i>Delta 2008-12</i>	<i>-1.482.586</i> <i>(-16,2%)</i>	<i>-123.661</i> <i>(-12,7%)</i>	<i>-229.639</i> <i>(-12%)</i>	<i>-353.300</i> <i>(-12,2%)</i>	<i>-1.835.868</i> <i>(-15,3%)</i>	/

* Non è stato possibile individuare la natura istituzionale ricollegabile a 1.499 ricoveri (corrispondenza mancante tra codice struttura della SDO e indirizzari ministeriali)

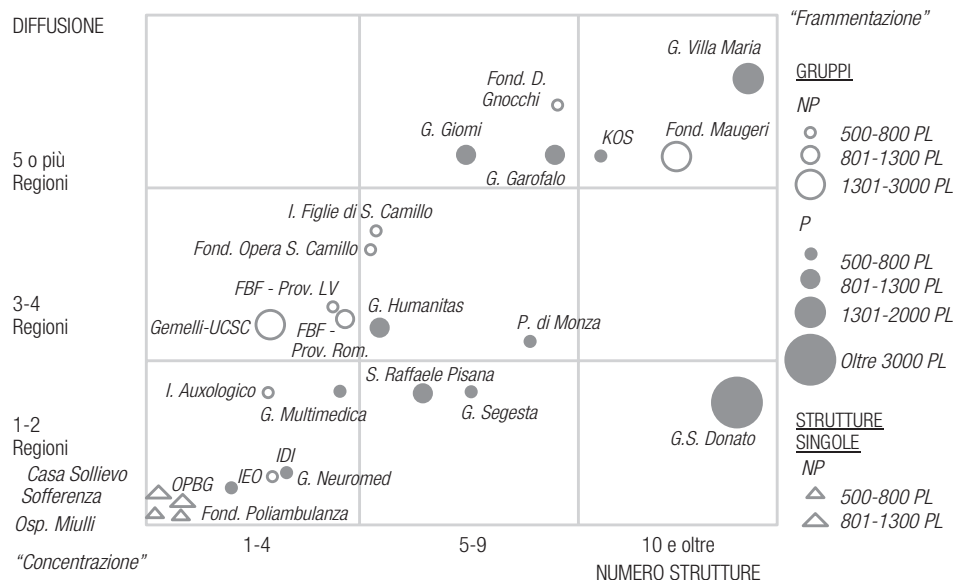
I trend 2008-2012, di generalizzata diminuzione delle attività ospedaliere, hanno investito in percentuali simili privato profit e no profit (-12% circa), comunque in misura minore rispetto al pubblico (-16,2%). Si registrano particolari cali nei volumi del privato profit nel Mezzogiorno (-133.325; -15,5%) e del no profit al Nord (-70.805, -20,9%).

13.3.2 Mappatura dei principali player privati accreditati e dei gruppi ospedalieri

La sezione identifica i *top player* privati accreditati del nostro SSN, tra i quali è evidente il ruolo dei gruppi ospedalieri, e li descrive utilizzando le categorie analizzate nel paragrafo precedente. La Figura 13.2 presenta tutte le strutture singole e i gruppi ospedalieri che dispongono di oltre 500 PL accreditati. Mentre la grandezza del simbolo inquadra la dimensione strutturale complessiva, il colore interno ne indica la natura istituzionale; sull'asse delle ascisse è indicato il numero di strutture controllate, sull'asse delle ordinate il numero di regioni di operatività.

¹⁴ Non sono inclusi i ricoveri effettuati da strutture non accreditate. Questo spiega le lievi discrepanze rispetto ai dati analoghi contenuti nel Capitolo 3 del presente Rapporto.

Figura 13.2 **Posizionamento strategico dei principali privati accreditati in Italia (2013)¹⁵**



Interpretando la Figura 13.2, è possibile individuare alcuni *cluster*. Il primo comprende tendenzialmente le strutture e i gruppi nei tre quadranti inferiori della figura. Si tratta di *player* nati e/o sviluppatasi attorno ad un IRCCS, profit o no profit, fortemente specializzato o a vocazione generalista, ma sempre caratterizzato da una forte riconoscibilità nazionale o almeno regionale. Si pensi all’Ospedale Bambino Gesù tra le strutture singole no profit, oppure al Policlinico S. Donato tra i gruppi profit. Non sorprendentemente, diverse di queste realtà hanno un forte baricentro nell’area metropolitana milanese o romana. L’eventuale gruppo si è sviluppato comprendendo un numero molto variabile di strutture, comunque concentrate in una o due regioni. Le dinamiche di fusione e acquisizione hanno creato un «network di prossimità», talvolta funzionale all’integrazione dei processi di cura, altre volte alla diversificazione delle discipline o delle aree geografiche locali di attività. Si possono ricondurre a questo primo modello anche il Gruppo Humanitas e il network del Policlinico Gemelli, presenti in tre regioni; si escludono, invece, alcuni attori posizionati nei quadranti

¹⁵ Sono incluse solo le strutture ospedaliere accreditate. Il gruppo Segesta, nel 2013 presenta 466 PL, ma nelle analisi è incluso tra i gruppi di media dimensione nel 2012 e si è deciso di conservarlo per completezza. L’Istituto Garofalo di Gravellona Toce, attivo da Settembre 2013, è considerato dalla figura ma non è incluso nelle analisi a seguire.

inferiori, ma contraddistinti da logiche di sviluppo e posizionamento piuttosto peculiari (Fondazione Poliambulanza, Ospedale Miulli, Gruppo Segesta).

Un secondo *cluster* riguarda i gruppi ospedalieri legati agli ordini religiosi riconducibili a S. Camillo de Lellis («Camilliani» e «Figlie di S. Camillo») e S. Giovanni di Dio («Fatebenefratelli»). Queste realtà, per ragioni storiche, sono presenti in tre o quattro regioni, con quattro o cinque strutture, con vocazioni produttive spesso diversificate (acuti/non acuti, differenti specialità, diversa incidenza dell'attività diurna e ambulatoriale). Nel complesso, questi gruppi presentano una notevole frammentazione (per esempio, tra diverse province dello stesso Ordine, o tra i rami maschili e femminili) e, salvo eccezioni¹⁶, hanno registrato una sostanziale stasi negli anni.

Un terzo *cluster* comprende grandi gruppi attivi in cinque o più regioni, con almeno sei strutture. Queste realtà, marcatamente «policentriche», hanno adottato una strategia di decisa diversificazione territoriale; inoltre, spesso presidiano una specialità o un particolare segmento di cura: si pensi alle patologie cardiovascolari per il Gruppo Villa Maria, alla riabilitazione per la Fondazione Don Gnocchi e il Gruppo Garofalo.

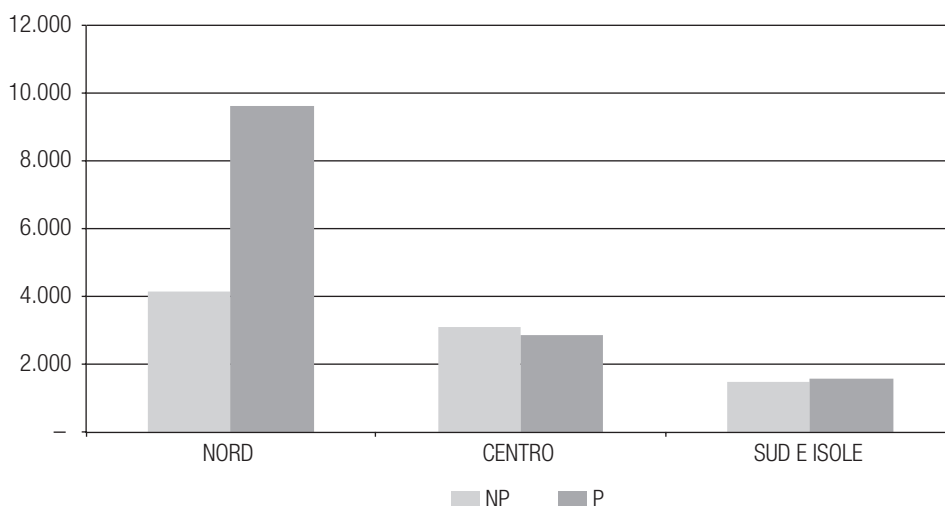
Complessivamente, nel 2013 i grandi *player* privati disponevano di 26.302 PL accreditati, di cui 22.797 in gruppi ospedalieri di grandi dimensioni (superiori ai 500 PL). Solo quattro grandi *player*, tutti no profit, dei 25 considerati, concentrano le proprie attività in una sola struttura. I grandi gruppi rappresentano il 35% dei PL privati accreditati e il 10,2% della dotazione generale del SSN, in aumento rispetto al 2008 (rispettivamente, 30,5% e 8,4%). La dimensione media delle strutture appartenenti a grandi gruppi è pari a 164 PL (-16: -8,9% rispetto al 2008) mentre le strutture singole o appartenenti a piccoli gruppi si attestano a 92 PL (-7; -7,1%). L'incidenza dei ricoveri, nel 2012, è pari al 33,6% del privato accreditato e al 8,4% del SSN, anche in questo caso in crescita rispetto all'incidenza del 2008 (30,5% e 7,3%)¹⁷.

Per concludere la sezione, si nota che il 62% dei PL dei grandi gruppi ospedalieri (14.108) è riconducibile a realtà profit, in gran parte concentrate nel Nord (9.626; 42% del totale); solo il 13,5% si trova al Sud o nelle Isole (Figura 13.3).

¹⁶ Nel 2008 la Fondazione Opera San Camillo ha riunito le strutture delle province Lombardo - Veneta e Piemontese dei Camilliani. Dal 2006 al 2013 la Provincia Lombardo-Veneta dei FBF ha ceduto due ospedali, il San Giuseppe di Milano e il Sant'Orsola di Brescia.

¹⁷ Il volume di ricoveri totali erogati dai grandi gruppi diminuisce nel quadriennio (-30.382; -3,4%), ma in misura minore rispetto al resto del sistema.

Figura 13.3 **Suddivisione dei PL dei grandi gruppi privati per natura istituzionale e macroarea geografica (2013)**



13.4 Il posizionamento strategico degli erogatori privati accreditati

13.4.1 Il posizionamento di prodotto

Tipologia e regime delle attività di ricovero

È noto che le strutture pubbliche presidiano prevalentemente l'area delle acuzie (nel 2012, 77% dei ricoveri totali, 81,8% delle giornate) mentre i privati offrono in misura maggiore servizi per pazienti non acuti (65% dei ricoveri, 67,7% delle giornate)¹⁸. Gli ospedali senza scopo di lucro erogano il 7,8% dei ricoveri per acuti e il 20,5% dei non acuti del SSN. Il mix produttivo dei privati profit è comparabile a quello dei no profit: considerato il totale dei ricoveri erogati, i non acuti rappresentano il 12,6% dei primi e l'11,3% dei secondi (la percentuale del pubblico è del 2,2%). Le distribuzioni dei ricoveri suddivisi per *setting* produttivo (ricovero ordinario vs. diurno) ricalcano quelle dei ricoveri totali. Fa eccezione la quota molto rilevante di DH erogati dal no profit al Centro (30% del totale di macroarea).

Considerando la suddivisione grandi gruppi vs. piccoli gruppi e strutture singole, i primi erogano il 7,8% degli acuti e il 25,4% dei non acuti del SSN. Il mix pro-

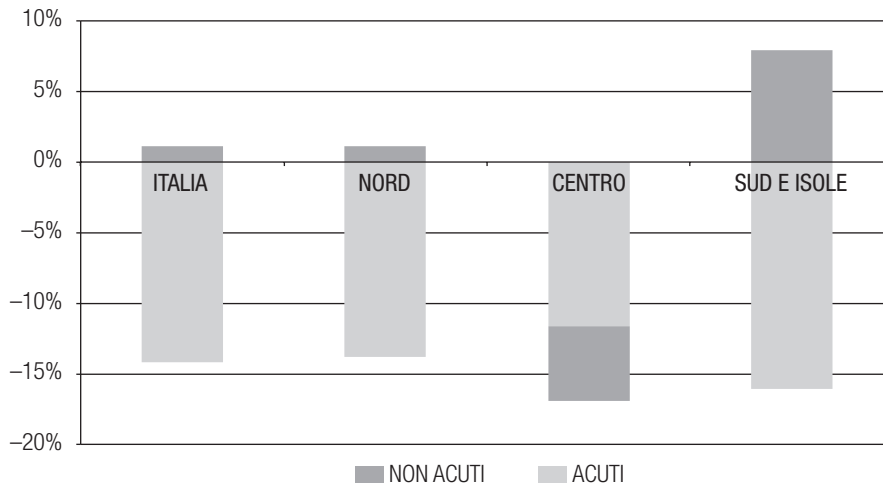
¹⁸ L'assistenza per acuti, Nido escluso, rappresenta il 92% dei ricoveri totali (oltre 9,3 milioni nel 2012 su un totale di 10,2,) e l'81% delle giornate (53,2 mln su 66,7). Per ulteriori approfondimenti si faccia riferimento al Capitolo 3 del presente Rapporto.

duttivo è, anche in questo caso, comparabile, con i non acuti che rappresentano il 12,9% dei primi e l'11,8% dei secondi. I *setting* di ricovero, invece, vedono una quota di DH pari al 16,8% nei grandi gruppi e al 30,5% nei piccoli gruppi e nelle strutture singole.

Tra il 2008 e il 2012, il privato ha leggermente accentuato questo posizionamento produttivo (Figura 13.4). Il calo generalizzato degli acuti (-355.435; -14,2%), tocca, in percentuali simili, profit e no profit. Questo equilibrio tra le due nature istituzionali del privato è in realtà fittizio: al netto dell'«effetto S. Raffaele», una quota molto significativa è riconducibile alle strutture meridionali (-157.992; -16,1%) e in particolare, al calo dei RO acuti nelle strutture profit (-116.989; -21%)¹⁹. Il tasso di ospedalizzazione, più elevato in molte regioni meridionali, può contribuire a spiegare il calo più accentuato del Mezzogiorno (si veda il Capitolo 3 del presente Rapporto).

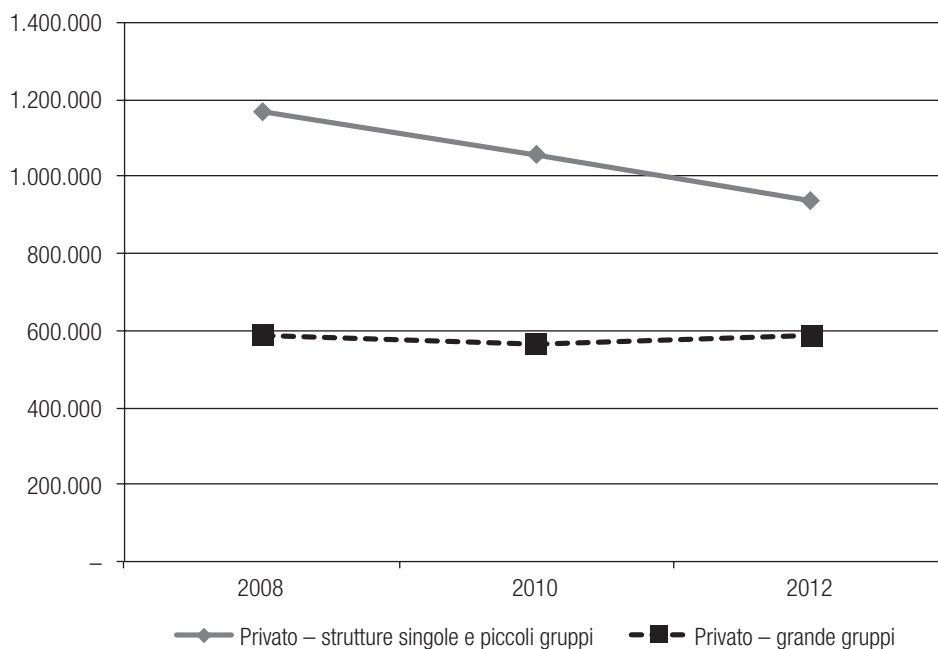
Allo stesso tempo, per i privati si registra un moderato aumento dei ricoveri non acuti (+3.225; +1,1%), registrato al Nord e soprattutto al Mezzogiorno (+4.516; +7,9%). Quest'ultimo aumento è proporzionalmente distribuito tra le strutture profit e no profit.

Figura 13.4 **Tasso percentuale di crescita dei volumi di ricovero del privato accreditato 2008-2012 – per tipologia di ricovero e area geografica**



¹⁹ Si consideri che la suddivisione per natura istituzionale e area geografica (2012) dell'erogazione dei RO acuti ricalca quella, più generale, dei ricoveri (cfr. Tabella 3): 77,5% pubblico, 15,6% privato profit, 6,9% privato no profit. Gli RO acuti rappresentano il 66% dei ricoveri totali del SSN.

Figura 13.5 **Trend RO acuti per dimensione gruppo (2012)**



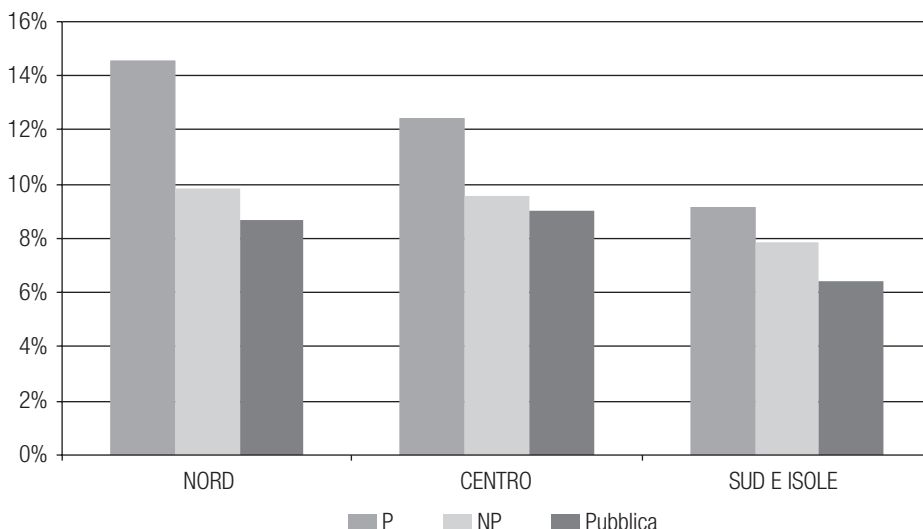
Forti differenze si registrano, invece, nelle dinamiche dei grandi gruppi, da una parte, e delle strutture singole/piccoli gruppi, dall'altra: nel quadriennio considerato, i primi perdono solo il 4,6% dei ricoveri per acuti (-34.916), in gran parte DH (-34.157) e solo pochi RO (-759); i secondi, invece, calano del 18,3% (-320.519) e tre quarti della diminuzione è riconducibile a RO (-231.760). La Figura 13.5 illustra il trend dei RO acuti. Di conseguenza, i grandi gruppi aumentano in maniera significativa la propria quota sul totale dei RO acuti erogati da privati (da 33,5% al 38,5%), e sul totale delle strutture SSN (dal 7,7% all'8,7%).

Al contrario, i ricoveri non acuti risultano in leggero aumento in entrambe le categorie (+1%). Il posizionamento dei grandi gruppi sta, quindi, convergendo rispetto a quello dei piccoli gruppi e delle singole strutture.

Attività ad alta complessità

Nel 2012, il SSN ha erogato 588.578 RO acuti ad alta complessità (8,7% del totale dei RO acuti). Un dato piuttosto evidente (2012) è la concentrazione di questi ricoveri al Nord (51,1% rispetto ad una popolazione - non ponderata, però, per il fattore anagrafico - pari al 45,7% del totale nazionale) a scapito del Mezzogiorno (27,3% contro 34,7%), mentre il Centro appare in equilibrio (21,7%; 19,5%). Il privato profit spicca per la notevole incidenza dell'alta complessità

Figura 13.6 **Incidenza % RO ad alta complessità su totale propri RO acuti per macroarea geografica e natura istituzionale (2012)**



rispetto al totale dei RO acuti erogati: dal 9,2% del Mezzogiorno, la quota è superiore al privato no profit e, soprattutto, al pubblico²⁰ in tutte le aree geografiche, raggiungendo il 14,2% al Nord (Figura 13.6).

Anche in questo caso, i grandi gruppi si differenziano: nel 2012, l'incidenza dell'alta complessità sul totale dei propri RO acuti è pari al 13,9%, contro il 9,4% del resto dei privati accreditati. In generale, i grandi gruppi rappresentano il 13,8% del *case mix* totale ad alta complessità, mentre piccoli gruppi e strutture singole il 14,9%. Metà delle degenze ad alta complessità erogate da soggetti privati accreditati è riconducibile a grandi gruppi, sebbene questi ultimi rappresentino solo il 38,5% dei RO acuti²¹.

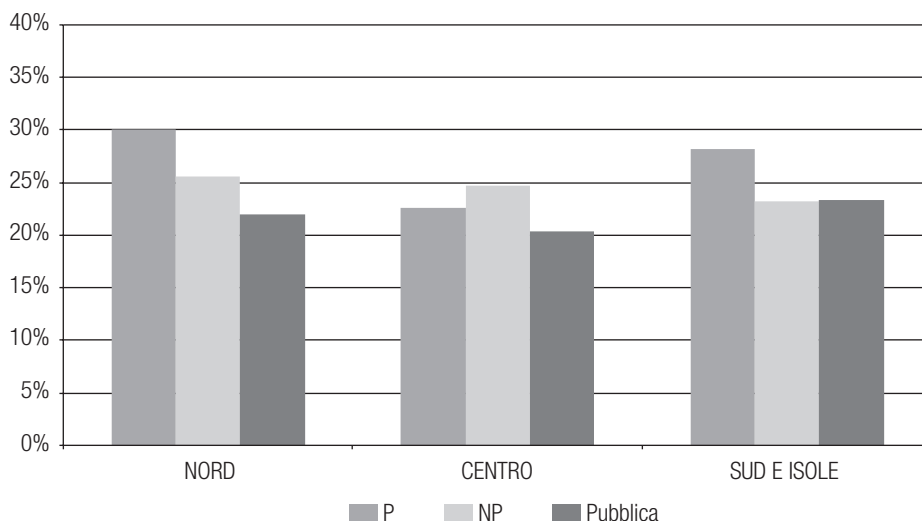
Attività a elevato rischio di inappropriatazza

Nel 2012, il SSN ha erogato 1.573.785 ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza (23,3% del totale dei RO acuti). La Figura 13.7 riporta il consueto spaccato per macroarea geografica e natura istituzionale. Il pubblico registra i tassi di inap-

²⁰ Il pubblico eroga, in assoluto, il 71,9% di questa tipologia di ricoveri, il privato profit il 21,6% e il no profit il 7,3%.

²¹ A causa del cambiamento del sistema DRG (da versione 19 a 24), è stato possibile calcolare un valore storico solo per il 2010. Il trend, poco significativo, indica un lieve recupero della quota di alta complessità da parte del Sud-Isole (+9.133 ricoveri, +1 punto percentuale sulla ripartizione nazionale). Il privato no profit al Centro e il privato profit al Sud registrano gli aumenti più significativi (+1,6 punti percentuali). I grandi gruppi incrementano la loro quota di 1,5 punti percentuali contro gli 1,1 di piccoli gruppi e strutture singole.

Figura 13.7 **Tasso percentuale di RO acuti a rischio di inappropriatelyzza per macroarea geografica e natura istituzionale (2012)**



propriatelyzza complessivamente più contenuti (22,1% su scala nazionale), compresi tra il 23,4% del Mezzogiorno e il 20,4% del Centro. Il privato profit (28,2%) presenta le percentuali più elevate al Nord e al Sud (30% e 28,1%), mentre si avvicina ai livelli del pubblico al Centro (22,7%). Il no profit si pone su livelli intermedi (24,5%) e presenta tassi sostanzialmente allineati nelle tre aree geografiche.

L'istantanea della situazione attuale è completata dalle dinamiche degli ultimi quattro anni disponibili. Rispetto al 2008, il privato profit è calato di 8 punti percentuali, il profit ha registrato -7,6, il pubblico -3,1. Le diminuzioni percentuali sono state più marcate al Centro e, soprattutto, al Sud, dove entrambe le categorie di privato sono calate di 11,2 punti percentuali contro i 6,3 del pubblico. In generale, si è verificata una forte convergenza, sia tra le aree del Paese, che fra erogatori di differente natura istituzionale.

La convergenza ha interessato anche i grandi gruppi privati, da una parte, e le strutture singole e i piccoli gruppi, dall'altra. Nel quadriennio analizzato, le due categorie hanno diminuito l'inappropriatelyzza, rispettivamente, di 8,7 e 5,8 punti percentuali. Nel 2012, il tasso di potenziale inappropriatelyzza dei primi è pari al 27,4%, quello dei secondi al 26,9%. I grandi gruppi rappresentano il 10,2% del *case mix* totale a rischio inappropriatelyzza, mentre piccoli gruppi e strutture singole il 16%. La quota dei RO potenzialmente inappropriatelyzza riconducibile ai grandi gruppi sul totale del privato accreditato (39%) è in linea con la quota dei RO acuti (38,5%).

La lettura congiunta degli indicatori che esprimono il posizionamento di prodotto evidenzia alcuni trend di massima nel periodo 2008-2012.

I privati accreditati hanno risentito delle dinamiche di riduzione dei ricoveri in linea con l'area geografica di appartenenza, in misura tendenzialmente meno marcata del pubblico e senza evidenziare particolari discontinuità legate alla loro natura istituzionale. Il trend più evidente è la forte diminuzione dei RO acuti erogati da strutture profit nel Mezzogiorno²². Del resto, le strutture profit meridionali, nel 2008, registravano tassi di inappropriatazza molto più elevati rispetto alle medie nazionali (rispettivamente, 39,3% contro 27,4%) e la loro riduzione può essere considerata un successo delle politiche ospedaliere elaborate a livello centrale (si veda il Capitolo 3 del presente Rapporto). I valori della potenziale inappropriatazza sono ormai molto simili nelle diverse aree geografiche, mentre permane un forte divario sull'alta complessità²³.

Le differenze di mix produttivo tra grandi gruppi, da una parte, e piccoli gruppi e strutture singole, dall'altra, si sono allargate. I primi hanno conservato i volumi di RO acuti e hanno diminuito del 22,5% i ricoveri in DH; i secondi hanno perso un quinto dei RO acuti. È calata la produzione potenzialmente inappropriata, che è oggi percentualmente pressoché allineata. L'incidenza dell'alta complessità tende, invece, ad aumentare maggiormente nei grandi gruppi²⁴. Si può, quindi, ipotizzare che le vocazioni produttive si stiano differenziando: mentre i grandi gruppi sembrano posizionarsi su una vasta gamma di prestazioni in RO acuto, con livelli di complessità clinico – assistenziale tendenzialmente più elevati, le strutture singole e i piccoli gruppi conservano una rilevante quota di DH ed erogano prestazioni in RO di medio-bassa complessità.

13.4.2 Utilizzo della capacità produttiva

Degenza Media

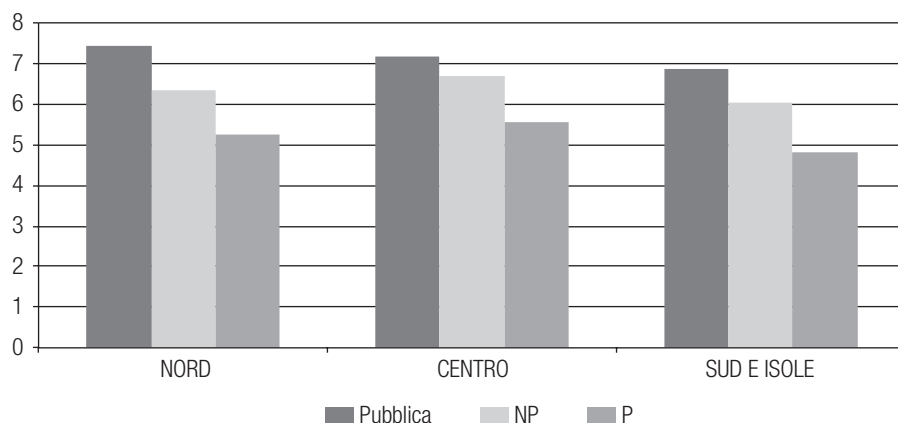
Analizzando la degenza media (DM) dei RO acuti, che rappresentano il 78% delle giornate collegate a RO, si notano valori abbastanza allineati per quanto riguarda le macroaree geografiche (Figura 13.8), ma forti differenze basate sulla

²² Si tratta del 6,4% del calo nazionale dei volumi totali di ricovero SSN nel periodo.

²³ Considerando come ulteriore parametro il Peso Medio (PM) del ricovero, si osservano dinamiche di crescita dei valori medi che rispecchiano il calo dell'inappropriatazza e il permanere di un divario sull'alta complessità. Il trend del peso medio è di crescita, con valori che, per natura istituzionale e area geografica, non si discostano molto (delta massimo 0,05) dall'incremento nazionale pari a +0,23. Fa eccezione il privato profit al Nord, che aumenta di 0,36. A differenza dell'inappropriatazza, non si verifica quindi una dinamica di convergenza.

²⁴ Tale dinamica si riflette nei valori di PM: i grandi gruppi registrano un valore significativamente più alto rispetto al resto del privato accreditato: 1,27 contro 1,08. Del resto, la crescita dei primi, nel triennio considerato, è stata significativamente più marcata (+0,34 rispetto a +0,24).

Figura 13.8 **Giornate di degenza media RO acuti per macroarea geografica e natura istituzionale (2012)**



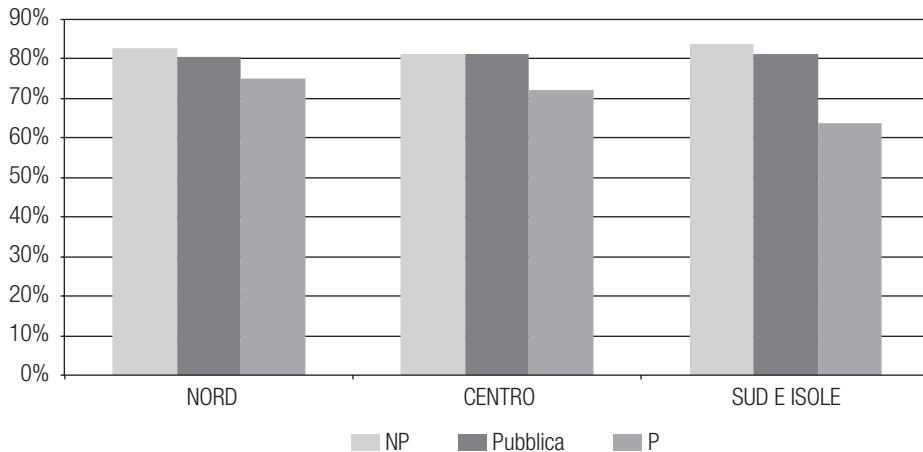
natura istituzionale. Si passa dalle 5,1 giornate del privato profit, alle 6,4 del privato no profit, sino alle 7,2 del pubblico. I dati evidenziano una sostanziale stabilità nel quadriennio considerato, con i cali più marcati che si registrano nel privato no profit al Nord (-0,6) e nel profit al Centro (-0,4).

La DM dei RO non acuti evidenzia un sostanziale allineamento al Nord attorno alle 25 giornate di ricovero; il pubblico (valore nazionale di 26,2) mantiene questi valori anche al Centro e al Mezzogiorno. Il no profit (29,4) raggiunge, invece, un valore massimo al Centro (38,3), mentre al Sud scende a 32,3. Il profit, al Centro e al Sud, registra una DM di 33,2 e 31,5. Anche considerando i non acuti si nota una stabilità del dato, che vede solo un certo calo al Centro, da attribuire a profit (-4,0) e no profit (-5,9).

L'appartenenza o meno a un grande gruppo non sembra essere associata a differenze nella degenza media: il valore per gli acuti è pari in ogni caso a 5,5, mentre per i non acuti si attesta a 27,1 per i grandi gruppi e a 29,7 per le restanti strutture. Il quadro è, anche in questo caso, di sostanziale stabilità nel quadriennio.

Saturazione della capacità produttiva

Passando all'analisi del livello di saturazione della capacità produttiva, il tasso di occupazione (TO) dei PL in RO (acuti e non) evidenzia alcune significative differenze, per natura istituzionale più che per area geografica (Figura 13.9). Il privato profit registra valori sistematicamente più bassi, da un massimo di 74,9% al Nord fino al 63,9% del Sud, mentre pubblico e no profit si mantengono poco oltre l'80% in tutte le aree del Paese. La diversità nel modello assistenziale può

Figura 13.9 **TO PL ordinari per macroarea geografica e natura istituzionale (2012)**

contribuire a spiegare questi differenziali nella saturazione della capacità produttiva globale: come visto sopra, le degenze medie sono maggiori nel pubblico per gli acuti e nel no profit per i non acuti. Rispetto al 2008, è, però, il no profit a perdere in maniera uniforme sul territorio nazionale, 3 punti percentuali in termini di tasso di occupazione; mentre il profit guadagna 6,3 punti al Centro, pur perdendone 6,2 al Nord. Al Sud il pubblico recupera 4,3 punti percentuali, mentre gli altri erogatori restano stabili.

La suddivisione tra grandi gruppi e altri privati accreditati permette di apprezzare un certo differenziale. I primi registrano, nel 2012, un TO pari al 76,3%, mentre i secondi si fermano al 72,8%. È, però, in atto una convergenza dal 2008: mentre i grandi gruppi hanno perso quasi cinque punti di TO, le altre strutture hanno mantenuto livelli stabili. Il trend dei primi è, almeno, in parte spiegabile con l'aumento dei PL (+9,8%), a cui non è corrisposto un pari aumento delle attività (+3,4%). Il calo dei PL dei grandi gruppi tra 2012 e 2013 (-947) potrebbe, però, segnalare un'inversione di tendenza.

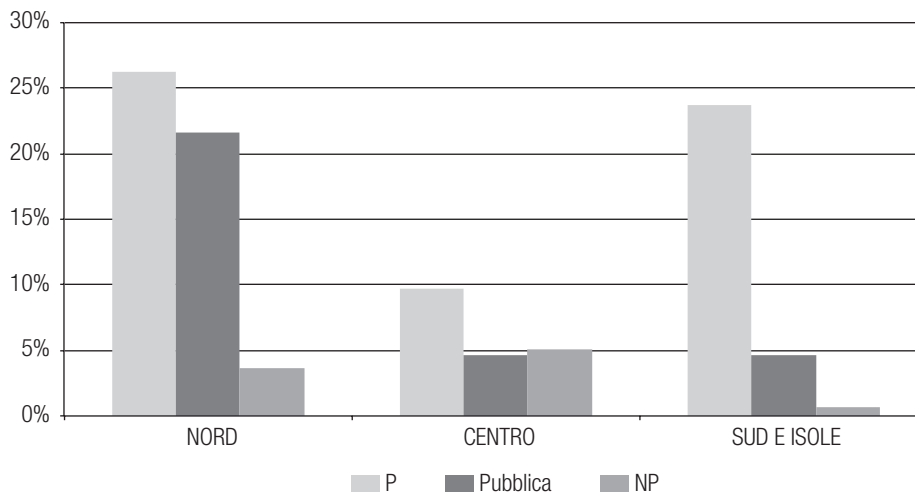
13.4.3 Il posizionamento di mercato

Attività a onere privato

Nel 2012, a livello nazionale, il privato accreditato ha erogato 126.950²⁵ ricoveri a onere privato. Si tratta del 69,1 % dei ricoveri a onere privato, ma solo dell'1,2% dei ricoveri totali di enti accreditati presso il SSN. Solo il 13,5% (17.189) di questi

²⁵ Tale valore si discosta lievemente da quello presentato nel capitolo 5 del presente rapporto, a causa di lievi discrepanze nella classificazione delle strutture (cfr. nota 8).

Figura 13.10 **Ripartizione percentuale dei ricoveri a onere privato per natura istituzionale e macroarea geografica (2012)**



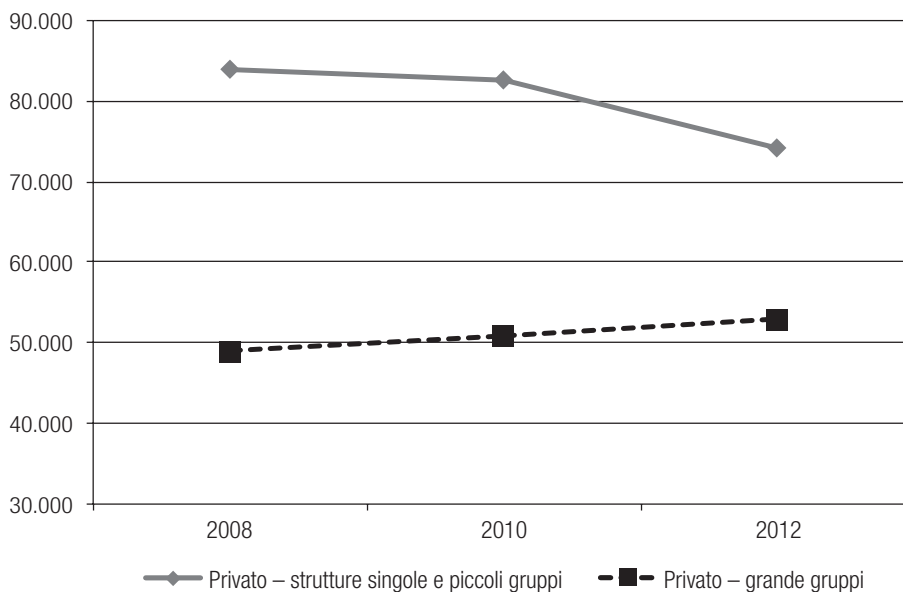
è stato erogato da strutture no profit (9,4% del totale nazionale). In termini di incidenza sui propri volumi di erogazione, si tratta, in ogni caso, di quote limitate: i ricoveri a onere privato valgono lo 0,7% nel pubblico, il 2% nel no profit e il 6,5% nel profit. La Figura 13.10 rappresenta la ripartizione per natura istituzionale e macroarea geografica del totale nazionale delle solvenze totali o parziali. In tutte le ripartizioni geografiche spicca il privato profit; molto rilevanti le quote al Nord (48.305; 23,7% del totale nazionale) e al Mezzogiorno (43.566; 22,5%); al Nord è significativa anche la quota del pubblico (39.791; 23,3%).

Osservando l'intervallo 2008-2012, in un quadro di generale calo dell'attività di ricovero a pagamento (-17.618; -8,8%), quello dei privati è meno marcato (-5.984; -4,5%) ed è concentrato soprattutto al Nord (-5.662; -9,3%). Al netto cambiamento di natura istituzionale dell'IRCCS S. Raffaele, le strutture profit del Centro-Nord sembrano faticare di più nel mantenere i volumi in regime di solvenza negli anni della crisi²⁶.

Premettendone la crescita dimensionale rispetto al resto del privato accreditato (si veda § 13.3.2), i grandi gruppi aumentano la propria presenza nel segmento della solvenza parziale o totale. In termini di volumi, si registrano 52.862 ricoveri (Figura 13.11) con un aumento pari a 3.850 prestazioni rispetto al 2008 (+7,9%); aumenta la quota dei grandi gruppi sul totale dei ricoveri a pagamento

²⁶ Si riporta il dato del Centro: profit: -3.601, -16,8%; no profit: +1.099, +13,3%. Al Sud, invece, il mercato evidenzia un lieve aumento, quasi interamente riconducibile alle strutture profit (+1.972; +4,7%).

Figura 13.11 Trend ricoveri a onere privato per dimensione gruppo (2012)



riconducibili al privato accreditato (dal 36,9% al 41,6%), oltre che l'incidenza sul totale dei propri ricoveri (dal 5,6% al 6,2%).

Attività extraregione

Passando all'analisi della mobilità interregionale, nel 2012, il privato accreditato ha erogato 347.800 ricoveri in mobilità. Si tratta del 41% della mobilità SSN, ma solo del 3,4% dei ricoveri di strutture pubbliche e private accreditati. Il 31,3% (17.189) di questi è stato erogato da strutture no profit. In termini di incidenza sui propri volumi di erogazione, i ricoveri extraregione valgono il 6,5% nel pubblico, il 12,8% nel no profit e il 14,2% nel profit. La Figura 13.12 evidenzia il predominante ruolo del pubblico in tutte le macro-aree geografiche: spicca la quota al Nord (276.924; 32,6% del totale nazionale); le strutture profit sono rilevanti al Nord (156.457; 18,4% del totale nazionale), mentre quelle no profit del Centro rappresentano il 7,4% della mobilità nazionale (62.372).

Osservando l'intervallo 2008-2012, in un quadro di generale calo dell'attività extraregione (-122.575; -12,6%), quello dei privati è meno marcato (-19.734; -5,4%); anche al netto del San Raffaele, la diminuzione è prevalentemente riconducibile al no profit (-24.362; -18,3%) in tutte le aree geografiche.

Anche in riferimento alla mobilità, lo spaccato che separa le strutture appartenenti ai grandi gruppi dal resto del sistema mostra un peso crescente delle prime rispetto alle seconde (Figura 13.13). I grandi gruppi aumentano i volumi,

Figura 13.12 **Ripartizione percentuale dei ricoveri in mobilità per natura istituzionale e macroarea geografica (2012)**

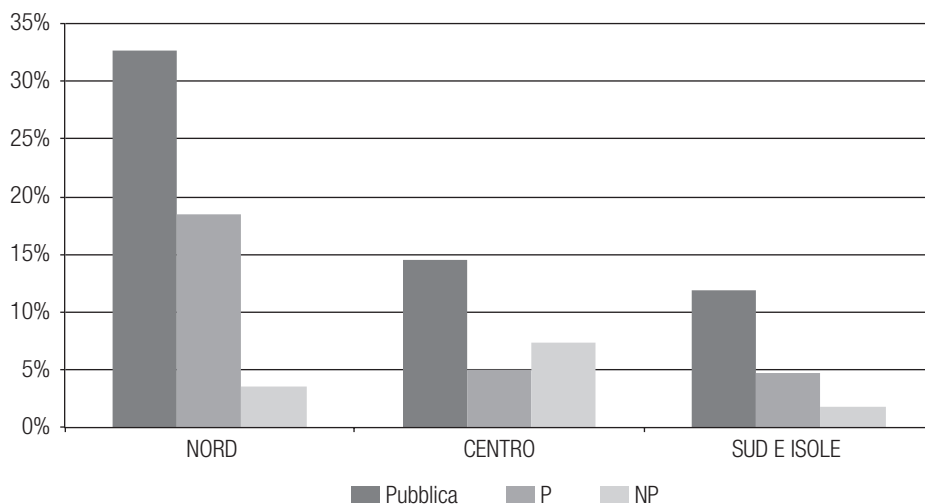
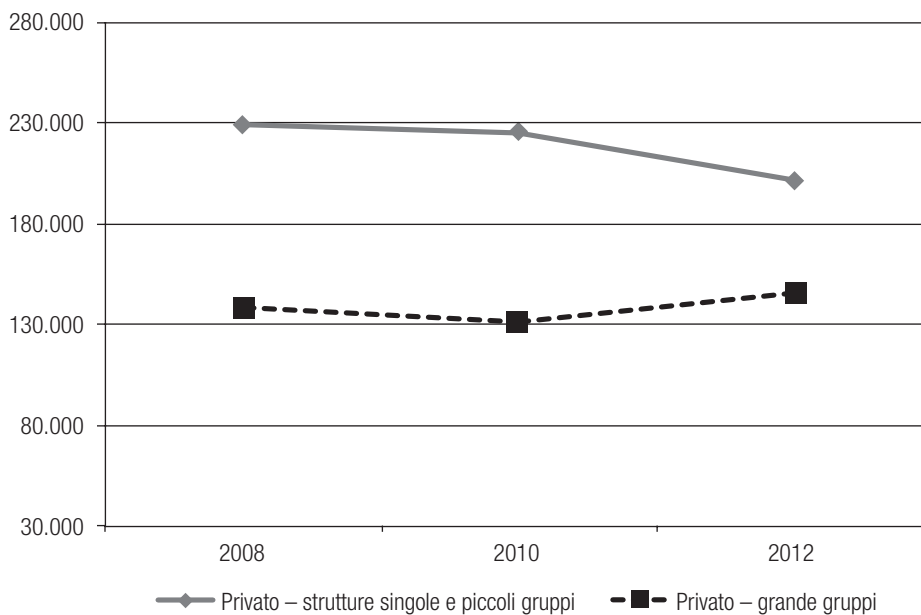


Figura 13.13 **Trend ricoveri in mobilità per dimensione gruppo (2012)**



raggiungendo quota 146.196 (+7.967 rispetto al 2008; +5,8%). Inoltre, aumentano la propria quota sul totale dei ricoveri in mobilità del privato accreditato (dal 37,6% al 42%) e l'incidenza sul totale dei propri ricoveri (dal 15,7% al 17,7%).

13.5 Discussione

La sanità privata accreditata del SSN è un insieme di strutture di erogazione molto variegato, sia dal punto di vista infrastrutturale, sia del posizionamento produttivo. Una valutazione unitaria, che non tenga conto dei diversi *cluster* di privati accreditati, risulterebbe grossolana e poco fertile per comprendere le principali dinamiche in atto, oltre che poco utile per definire scelte di *policy* e strategie aziendali. In ogni processo di raggruppamento/*clustering* risulta decisivo il criterio con cui si segmenta la popolazione di un insieme. In questo lavoro è stato scelto di raggruppare le strutture ospedaliere in base a tre diverse dimensioni: l'afferenza geografica (Nord, Centro, Sud e Isole), la natura istituzionale del privato accreditato (profit o no profit), il tasso di concentrazione della proprietà (grande gruppo sanitario o piccolo gruppo/struttura singola). Questi tre criteri di segmentazione sono opinabili e soggettivamente assunti dai ricercatori; riteniamo che offrano delle vedute inedite sul panorama del settore, ma siamo consapevoli che altri criteri di segmentazione potrebbero essere adottati, garantendo altre e diverse visuali, osservazioni e interpretazioni.

Il processo di concentrazione industriale del settore ospedaliero privato è avanzato negli anni della crisi: oggi, circa il 35% delle strutture sono riconducibili a grandi gruppi sanitari. Questa quota può rappresentare la base di una svolta, se la crisi economica che soffrono molti produttori dovesse favorire ulteriori processi di acquisizione o fusione, fino a raggiungere il 50% del mercato, ovvero una perfetta dualizzazione del settore. L'afferenza o meno delle strutture ospedaliere a un grande gruppo comporta diverse dinamiche evolutive. Rispetto alle strutture singole, i gruppi riescono a catturare, in proporzione, quote maggiori nel mercato dei pazienti paganti; sono più efficaci nell'attrarre pazienti fuori regione; hanno subito una riduzione minore dei ricoveri, guadagnando quote di mercato in regime SSN; evidenziano comparabili profili di appropriatezza. Questi dati sottolineano che, qualora dovesse proseguire il processo di concentrazione industriale in sanità, sarebbero probabili dinamiche sia di riposizionamento strategico, sia di performance delle strutture sanitarie private. Questo interroga i *policy maker* sul se e sul come vogliono incentivare processi di accorpamento o alleanze nel settore degli accreditati.

I gruppi sono, però, molto diversi tra loro per numero di strutture controllate e per numero di regioni in cui operano. Metà dei grandi *player* tendono ancora a

essere concentrati in una o due regioni, mentre l'altra metà persegue una strategia di differenziazione anche geografica. Alcuni hanno acquisito negli anni numerose strutture di media e piccola dimensione; altri restano legati a una struttura ospedaliera di grandi dimensioni che svolge la funzione di «fulcro» rispetto a un numero ridotto di ospedali. Non si sta affermando, quindi, un modello univoco di gruppo, ma holding molto eterogenee tra di loro. Anche a questo proposito, i *policy maker* possono scegliere precise strategie di supporto. Per esempio, una presenza diversificata in più regioni può essere uno strumento di trasferimento di competenze da aree con sistemi sanitari più maturi a favore di quelle che hanno più bisogno di innovazione e sviluppo anche sul versante della sanità privata.

Considerando la dotazione strutturale, gli IRCCS e gli ospedali con presenza universitaria sono spesso di natura profit al Nord e largamente no profit al Centro e al Sud. Le strutture profit mostrano maggiore capacità di occupare il mercato della sanità a pagamento rispetto ai soggetti non profit. I flussi di mobilità inter-regionale sono superiori tra i profit al Nord Italia e i no profit al Centro. Questo dato rafforza l'intuizione secondo la quale è la capacità di svolgere attività ad alta complessità e ad alta specializzazione (si pensi a IRCCS e policlinici universitari) a influenzare il livello di attrattività extra-regionale delle strutture private, più che la loro natura profit o non profit. L'incidenza dei ricoveri con alta complessità è, in genere, maggiore nelle aziende profit rispetto a quelle non profit. I profili di inappropriatelyzza, seppur convergenti verso il miglioramento, sono peggiori nel caso di attori profit al Nord e al Sud, mentre il non profit presenta un profilo con maggiori margini di miglioramento nel Centro d'Italia.

Rispetto al panorama delle strutture sanitarie private, le differenze tra Nord, Centro e Sud sono molto marcate. La dimensione media delle strutture aumenta risalendo lungo la penisola. Allo stesso modo, i ricoveri ad alta complessità hanno maggiore incidenza nelle strutture del Nord rispetto al Centro e al Sud. All'opposto, i tassi di procedure a rischio di inappropriatelyzza sono peggiori nelle strutture private del Nord rispetto al resto d'Italia. Considerando il taglio generalizzato dei volumi di ricovero per acuti, solo i ricoveri per riabilitazione e lungodegenza sono cresciuti limitatamente al Mezzogiorno dell'8%. Questo dimostra l'inizio di un recupero del Sud, che, storicamente, registra un deficit di strutture intermedie e protette. Queste rilevanti eterogeneità suggeriscono *policy* profondamente differenziate per le strutture private accreditate, in funzione del *cluster* territoriale di appartenenza.

Tutte, o quasi, le tipologie di strutture private hanno capacità produttiva non utilizzata: evidentemente, i budget finanziari imposti dalle regioni limitano i volumi di attività rispetto al potenziale di erogazione. A questo proposito, le strutture

più in sofferenza sono quelle profit del Sud e del Centro Italia, che si fermano rispettivamente al 64% e 72% del potenziale. Le strutture no profit e pubbliche hanno, invece, tassi di utilizzazione della capacità produttiva maggiore, grazie a budget riconosciuti dalle Regioni, superando, però, di poco l'80%. Il tutto è dovuto a significative riduzioni dei volumi di ricovero nel periodo 2008-12, con tagli fino al 15%. Il quadro che emerge impone delle riflessioni al sistema. Le possibili alternative di *policy* non sono molte. La soluzione più semplice, un aumento dei budget SSR per i privati accreditati, è difficilmente praticabile nell'attuale congiuntura della finanza pubblica. Altre opzioni sono la riduzione «lineare» delle risorse assegnate, proporzionalmente uguale per tutti i produttori, oppure politiche che incentivino una maggiore concentrazione. Un'ulteriore alternativa è attivare processi guidati di trasformazione della rete di offerta per rimodulare nuovi e diversi *setting* assistenziali, più coerenti con il quadro epidemiologico. Di norma, questi *setting* sono a minore intensità assistenziale (per esempio, PL «subacuti» o strutture protette); ciò richiede una riorganizzazione delle capacità produttive e una modifica dagli *skill mix* impiegati. Lo scenario meno lungimirante da parte del regolatore e committente regionale sarebbe quello di lasciare rilevanti quote di capacità produttiva inutilizzate, senza azioni dirette di selezione dei propri erogatori accreditati e/o senza fornire chiari indirizzi di politica ospedaliera, impedendo, di fatto, l'attivazione di processi di trasformazione e riorganizzazione da parte dei soggetti privati.

Bibliografia

- Airoldi G., Brunetti G. e Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Carbone C., Prenestini A. (2012), «La strategia nelle aziende sanitarie pubbliche», in AAVV (a cura di) *Strategia e performance management nelle Aziende Sanitarie pubbliche*, Milano, Egea.
- Coda V. (1988), *L'orientamento strategico dell'impresa*, Torino, UTET.
- Ministero della Salute (2014), *Open data*, <http://www.dati.salute.gov.it/>.
- Longo F. (2013), «Postfazione», in Carbone C., *Le Aziende Sanitarie private accreditate*, Milano, Egea.
- Pfeffer, J., & Salancik, G. (1978), *The external control of organizations*, New York, Harper and Row.
- Thompson, J.D. (1967), *Organizations in action*, New York, McGraw Hill.