

a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2019

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
School of Management

 Egea

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

4 **Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e performance economiche dei grandi gruppi sanitari italiani¹**

di Michela Bobini e Alberto Ricci²

4.1 **Introduzione, obiettivi e metodi**

Gli erogatori privati accreditati combinano la natura istituzionale privata e la provenienza pubblica di una quota, spesso rilevante, delle risorse destinate a finanziare le prestazioni fornite ai pazienti³. Gli attori che popolano questo particolare circuito, dunque, sono caratterizzate da peculiarità di fondo che ne influenzano il posizionamento strategico e le scelte operative (Carbone, 2013).

In particolare, si osserva che:

- ▶ in quanto aziende di servizi appartenenti al settore sanitario, i processi produttivi degli erogatori privati accreditati necessitano la compresenza dell'utente (paziente) e dell'erogatore (medico)⁴; inoltre, sono aziende contraddistinte da rilevante complessità nella gestione dei professionisti sanitari (aziende *brain intensive*);
- ▶ in quanto aziende private, sono contraddistinte da una fondamentale autonomia nelle scelte strategiche ed operative (ad es. nell'organizzazione del proprio personale), dall'esposizione a forti meccanismi di mercato sia nelle scelte di acquisizione degli input che di cessione degli output, e, almeno di

¹ La ricerca è stata realizzata con il contributo incondizionato di Assolombarda, Confindustria Lombardia Sanità Servizi e della Fondazione Sanità Futura.

² Il capitolo aggiorna e amplia i contenuti del capitolo 4 del Rapporto OASI 2018 (Lega, Petracca e Ricci, 2018). Nonostante il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca congiunto degli autori, i §§ 4.1, 4.2, 4.6 e 4.7 sono attribuibili ad Alberto Ricci e i §§ 4.3, 4.4 e 4.5 a Michela Bobini.

³ Per una presentazione dei quattro "circuiti" del settore sanitario, ottenuti dalle relative combinazioni di pubblico e privato nelle forme di finanziamento e nelle modalità di erogazione, si veda il capitolo 8 del Rapporto OASI 2017.

⁴ Va però sottolineato come lo sviluppo di innovative soluzioni tecnologiche e informatiche (come, ad esempio, la telemedicina) abbia consentito, in alcuni casi, di superare il vincolo della compresenza.

- norma, dall'imperativo della sostenibilità economica e/o della generazione di utili (rispettivamente nel caso delle aziende *not for profit* e delle imprese);
- ▶ in quanto aziende accreditate, dipendono strettamente dalle dinamiche e dalle regole proprie dei sistemi pubblici, come, per esempio, i prezzi politici (tariffe) per tutti quei casi in cui i pazienti ricevono servizi sanitari in regime SSN. Inoltre, per la pianificazione di medio-lungo periodo e la programmazione dei flussi di cassa, queste aziende dipendono fortemente dalle scelte di pianificazione del sistema operate dal pubblico a livello nazionale e regionale⁵.

Il presente capitolo riporta un'importante parte delle analisi dell'Osservatorio Sanità Privata Accreditata (OSPA) del CERGAS-Bocconi. L'obiettivo dell'Osservatorio, e delle ricerche presentate ogni anno nel Rapporto OASI, è innanzitutto l'inquadramento del settore in una logica di confronto inter-temporale e interregionale. Inoltre, l'Osservatorio approfondisce alcune dinamiche emergenti del settore, di particolare rilievo, selezionate di anno in anno dai ricercatori CERGAS.

In particolare, come riportato dal Box 4.1, il capitolo analizza l'insieme degli erogatori privati accreditati (§ 4.2) evidenziandone la rilevanza dal punto di vista economico (§ 4.3), oltre alle caratteristiche dimensionali e i livelli di attività dell'assistenza ospedaliera (§ 4.4) e distrettuale (§ 4.5). Queste sezioni aggiornano i dati del capitolo 4 del Rapporto OASI 2018 (Lega, Petracca e Ricci, 2018) e, limitatamente ai dati sull'assistenza distrettuale accreditata, i dati del capitolo 6 del Rapporto OASI 2017 (Petracca e Ricci, 2017). Anche il § 4.6, che rappresenta l'approfondimento tematico di quest'anno, si pone in continuità con il capitolo 4 del Rapporto OASI 2018: il paragrafo prosegue l'analisi dei principali *player* della sanità privata italiana⁶, focalizzando l'attenzione su alcuni rilevanti indicatori economico-patrimoniali e gestionali utili a inquadrarne le recenti dinamiche di sviluppo (2014-2017). Il § 4.7, infine, raccoglie le conclusioni del contributo.

Sul piano metodologico (Box 4.1), i paragrafi di inquadramento del sistema (§ 4.2, 4.3, 4.4, 4.5) sono stati sviluppati raccogliendo e rielaborando i dati forniti da report e database amministrativi nazionali. Il § 4.6, invece, ha richiesto la

⁵ A riprova della prevalente dipendenza degli erogatori privati accreditati dalle scelte di pianificazione pubblica, nel 2012 l'incidenza dei ricoveri a onere privato sui volumi totali di erogazione risultava pari al 2% dei ricoveri del privato no profit e al 6,5% per il privato profit (Carbone *et al.*, 2014)

⁶ Come ricavabile dalle analisi del capitolo 4 del Rapporto OASI 2018 lette in parallelo con le analisi del paragrafo 4.6, i principali gruppi sanitari privati italiani sono composti, di norma in larga misura, da strutture accreditate. Da notare, comunque, che molti gruppi privati accreditati hanno sviluppato, e continueranno a sviluppare, rilevanti aree di attività sanitarie finanziate da risorse private; queste alimentano i ricavi dei gruppi assieme alle risorse pubbliche corrisposte per l'erogazione dei servizi in regime SSN.

Box 4.1 Obiettivi e fonti dell'indagine

Paragrafo	Obiettivo	Fonti e anno di riferimento
§ 4.2 Attori della sanità privata accreditata	Analisi delle strutture ospedaliere e territoriali oggetto di studio del capitolo	/
§ 4.3 Spesa privata accreditata	Analisi della rilevanza economica delle prestazioni e dei servizi offerti da strutture accreditate rispetto alla spesa totale del SSN	• Ministero della Salute (anno 2018)
§ 4.4 Assistenza ospedaliera	Analisi della rilevanza degli erogatori privati accreditati sul totale dell'offerta SSN; analisi del posizionamento erogativo.	• Ministero della Salute, Open Data, posti letto pubblici e privati accreditati (anno 2017) • Ministero della Salute, Rapporto SDO (anno 2017)
§ 4.5 Assistenza distrettuale	Analisi della rilevanza degli erogatori privati accreditati sul totale dell'offerta SSN; analisi del posizionamento erogativo.	• Ministero della Salute, Annuario Statistico del SSN (anno 2017)
§ 4.6 Il profilo economico finanziario e gestionale dei grandi player privati accreditati	Analisi dei trend dei principali parametri dimensionali, reddituali e gestionali dei principali erogatori privati accreditati	• Database AIDA-Bureau Van Dijk (anni 2014-2017), ultimo accesso 14 agosto 2019 • Rassegna siti internet di strutture ospedaliere e gruppi, stampa specializzata

rielaborazione del database AIDA, contenente i dati informatizzati di bilancio delle principali società italiane, oltre al reperimento di ulteriori informazioni attraverso i siti internet istituzionali dei gruppi.

4.2 Gli attori della sanità privata accreditata

Prima di analizzare il contributo degli erogatori privati accreditati al sistema salute del nostro Paese, risulta necessario individuare la complessa rete di strutture private accreditate oggetto di analisi del presente capitolo. Ai fini d'analisi, le strutture d'erogazione sono distinte per livello di assistenza: ospedaliera e distrettuale.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, il Ministero della Salute (Rapporto SDO 2017) considera le seguenti categorie di strutture private accreditate dotate di posti letto (PL):

- ▶ le case di cura private accreditate;
- ▶ gli IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) di diritto privato e gli IRCCS Fondazioni privati;
- ▶ i policlinici universitari privati;
- ▶ gli enti di ricerca;

- ▶ gli ospedali classificati;
- ▶ gli istituti qualificati presidio di ASL.

Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, invece, gli erogatori privati accreditati afferiscono a due principali categorie (Ministero della Salute, Annuario Statistico riferito all'anno 2017):

- ▶ gli ambulatori e i laboratori privati accreditati, che erogano attività specialistica clinica, di laboratorio e di diagnostica strumentale;
- ▶ le strutture residenziali e semiresidenziali, che erogano principalmente assistenza sociosanitaria, agli anziani non autosufficienti e ai disabili fisici.

4.3 La spesa SSN per l'assistenza sanitaria privata accreditata

Un primo indicatore della rilevanza del settore del privato accreditato in sanità è dato dal suo peso all'interno della spesa complessiva del SSN⁷. La Tabella 4.1 evidenzia la spesa pro-capite per le prestazioni a carico del SSN erogate da soggetti privati accreditati, suddivisa per le varie tipologie di attività (ospedaliera, specialistica, riabilitativa, altra assistenza). Nel 2018, la spesa SSN per assistenza privata accreditata ha registrato un valore medio di 392 € per abitante, pari al 20,3% della spesa complessiva del SSN, in aumento rispetto al 2017 (362 €; 18,8%). Tale incidenza varia sensibilmente a livello regionale, passando dai massimi registrati in Lombardia (27,5%), Lazio (24,5%) e Molise (23,2%), al minimo del 6,7% in Valle d'Aosta, unica regione insieme all'Umbria (9,3%) e alla PA di Bolzano (9,7%) sotto il valore del 10 per cento. A livello regionale, rispetto al dato 2017, si rilevano gli scostamenti più consistenti nella PA di Trento (+9,4%), in Liguria (+7,6%) e in Emilia Romagna (+3,1%). Anche in Friuli Venezia Giulia e nella PA di Bolzano si riscontrano scostamenti positivi superiori ai 2 punti percentuali, mentre l'incidenza della spesa SSN per assistenza privata si contrae maggiormente in Basilicata (-0,8%) e in Abruzzo (-0,7%).

Per quel che riguarda la composizione della spesa SSN gestita da erogatori accreditati, il 37,1% della spesa complessiva (146 € pro capite) è costituito da spesa per ricoveri ospedalieri in strutture accreditate, mentre un altro 35,5% è da imputare alla "Altra assistenza accreditata", legata prevalentemente all'assistenza territoriale socio-sanitaria presso strutture residenziali.

In valore assoluto, i dati di spesa pro capite registrano un incremento positivo a livello nazionale, con un aumento della spesa SSN per attività erogata da privati accreditati pari a 30 euro pro capite. Tutti i setting considerati risultano singolarmente stabili, ad eccezione di due macrovoci:

⁷ Per un quadro completo della spesa sanitaria si rimanda al cap. 3 del presente Rapporto.

Tabella 4.1 La spesa SSN per assistenza sanitaria privata accreditata (valori pro capite – 2018)

	Ospedaliera accreditata, €	Specialistica accreditata, €	Riabilitativa accreditata, €	Altra assistenza accreditata*, €	Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata pro capite, €	Totale spesa sanitaria nei SSR per la gestione corrente pro capite, €	% Spesa sanitaria SSN per assistenza privata accreditata 2018
Piemonte	109	61	43	141	354	2.017	17,5%
Valle d'Aosta	55	12	33	47	148	2.191	6,7%
Lombardia	227	109	9	221	566	2.056	27,5%
PA Bolzano	50	17	0	176	243	2.500	9,7%
PA Trento	108	49	1	331	489	2.350	20,8%
Veneto	111	68	6	175	360	2.000	18,0%
Friuli VG	54	43	13	124	234	2.159	10,8%
Liguria	135	73	61	126	394	2.170	18,1%
Emilia Romagna	140	49	0	198	387	2.180	17,8%
Toscana	81	40	22	127	270	2.104	12,8%
Umbria	46	27	10	113	196	2.103	9,3%
Marche	75	37	54	116	282	1.989	14,2%
Lazio	217	87	37	129	470	1.920	24,5%
Abruzzo	98	35	51	85	270	1.967	13,7%
Molise	237	127	44	102	510	2.200	23,2%
Campania	145	132	52	52	381	1.821	20,9%
Puglia	181	72	38	101	391	1.882	20,8%
Basilicata	21	64	68	66	219	1.956	11,2%
Calabria	97	59	35	79	270	1.861	14,5%
Sicilia	141	104	37	101	383	1.894	20,2%
Sardegna	48	74	30	89	242	2.064	11,7%
ITALIA	146	79	28	139	392	2.066	20,3%

*La voce "altra assistenza accreditata" include: prestazioni di psichiatria, distribuzione di farmaci File F, prestazioni termali, prestazioni di trasporto sanitario, prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria e consulenze per attività libero professionale intramoenia. La voce più cospicua è rappresentata dalla spesa per l'assistenza territoriale offerta dalle strutture socio-sanitarie private accreditate, principalmente dedicate alla lungodegenza.

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2018

- ▶ “Altra assistenza accreditata” che registra una ulteriore crescita del 17,6% rispetto al 2017 e del 21,8% rispetto al 2016. Tale voce raggiunge infatti i 139 euro pro capite nel 2018 rispetto ai 118 del 2017 e ai 114 del 2016;
- ▶ “Assistenza ospedaliera accreditata” che registra un incremento del 4,4% rispetto al 2017. Tale voce conta una spesa di 146 euro pro capite nel 2018 rispetto ai 139 del 2017.

A livello regionale, l’eterogeneità rilevata nell’incidenza percentuale della spesa SSN gestita da privati accreditati si riflette in una forte variabilità anche nella composizione della spesa stessa. In termini di *range* osservati, la variabilità è massima nel caso della spesa per “altra assistenza accreditata”: si passa da un valore massimo registrato nella Provincia Autonoma di Trento pari a 331 € (+ 230 € rispetto al 2017), con a seguire la Lombardia e l’Emilia Romagna (rispettivamente 221 € e 198 €), a un minimo di 47 € pro capite in Valle d’Aosta che insieme alla Campania (52 €) è l’unico contesto regionale con una spesa per “altra assistenza accreditata” inferiore a 60 €.

Se invece del delta tra valore massimo e minimo si considera il coefficiente di variazione – CV⁸, il setting che presenta la maggiore variabilità interregionale in termini di spesa per assistenza accreditata è quello riabilitativo non ospedaliero (CV: 73,3%). Rispetto a una spesa media pro capite pari a 28 euro a livello nazionale, infatti, si rilevano alcune regioni in cui l’attività riabilitativa è quasi integralmente erogata da strutture pubbliche (PA Bolzano, PA Trento, Emilia Romagna, Veneto e Lombardia, tutte con una spesa accreditata pro capite inferiore a 10 euro) mentre in altre si registra una presenza più cospicua di erogatori privati (la Basilicata presenta dati di spesa pro capite per assistenza riabilitativa privata accreditata pari a 68 €, con altri 4 contesti regionali che superano la quota dei 50 euro).

Anche per le restanti voci il *range* tra valore massimo e minimo resta considerevole, ma con variabilità interregionale complessivamente più contenuta. Nella “Ospedaliera accreditata” si passa da una spesa pro capite massima in Molise (237 €) a minima in Basilicata (21 €), con un valore medio pari a 146 € di spesa pro capite e un coefficiente di variazione pari al 41,9%. L’attività specialistica, infine, presenta una variabilità interregionale in termini di coefficiente di variazione pari a 41,0%, con valori particolarmente elevati in Campania e Molise (132 € e 127 € pro capite, rispettivamente).

⁸ Il coefficiente di variazione è una misura relativa di dispersione che permette di valutare la variabilità dei valori registrati attorno alla media: si calcola rapportando la deviazione standard alla media ed è particolarmente utile per confrontare gruppi con medie significativamente diverse.

4.4 L'assistenza ospedaliera

Il presente paragrafo, adottando la logica del focus sul singolo livello di assistenza, analizza l'assistenza ospedaliera distinguendo due differenti ambiti: la dotazione strutturale (con due digressioni sui dati dimensionali e servizi di emergenza-urgenza) e le attività di ricovero.

4.4.1 Dotazione strutturale, dati dimensionali e servizi di emergenza-urgenza

In termini strutturali, l'analisi a livello ospedaliero si focalizza sui posti letto (PL) e sulla loro recente evoluzione⁹. Considerando la dotazione complessiva di PL disponibile nel SSN al 2017¹⁰, l'insieme degli erogatori privati accreditati detiene il 31,3% dei posti letto totali a livello nazionale. Tali PL sono concentrati presso le case di cura per il 64,9% dei PL accreditati. IRCCS, Policlinici privati ed enti di ricerca hanno in dotazione il 21,4% dei posti letto accreditati: il 18,3% presso gli IRCCS e gli IRCCS Fondazione privati, il 2,7% presso i due Policlinici universitari privati¹¹ e lo 0,4% presso enti di ricerca. Il restante 13,7% dei PL privati accreditati è suddiviso tra ospedali classificati (9,8%) e istituti qualificati (3,9%). Ragionando per tipologia di ricovero ospedaliero, il peso del privato accreditato in termini di posti letto risulta minore nell'attività per acuti (23,5% dei PL per acuti totali del SSN, +0,9 rispetto al 2014), sostanzialmente equivalente a quello degli erogatori pubblici quando si considera la lungodegenza (51,7% dei posti letto per lungodegenza, +0,6 rispetto il 2014) e largamente prevalente nell'attività di riabilitazione (72,9%, -0,8). Per quanto riguarda il contributo delle diverse tipologie di strutture accreditate nei differenti segmenti di attività, per gli acuti la distribuzione percentuale dei PL accreditati è in massima parte allineata con quella generale, con un'incidenza leggermente inferiore delle case di cura (61,5%) a cui si contrappone un peso maggiore degli ospedali classificati (13,0%). Riguardo ai PL per la riabilitazione ospedaliera, invece, IRCCS e IRCCS Fondazione privati detengono il 22,6% dei posti letto; i PL accreditati per lungodegenza, infine, sono quasi esclusivamente localizzati presso case di cura accreditate (CdC), che ne detengono il 95,7%.

Il ruolo delle strutture di ricovero private accreditate nei sistemi di offerta dei SSR dipende dalle differenti scelte regionali di configurazione dell'offerta: si passa da una realtà come il Lazio, dove oltre la metà dei PL totali è situata presso strutture private accreditate (51,1%), a contesti, come quelli delle regio-

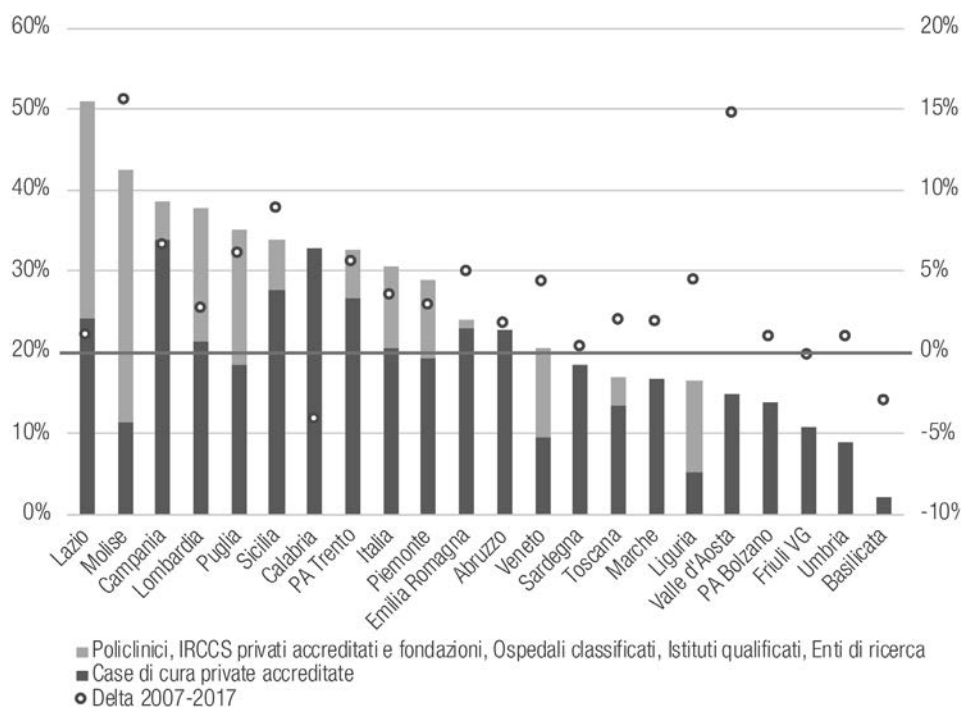
⁹ Per un approfondimento sul numero di strutture accreditate si rimanda al § 2.3.

¹⁰ L'ultimo aggiornamento sull'Open Data del Ministero della Salute è relativo al 2017.

¹¹ Il Policlinico Gemelli è qui ancora incluso come Policlinico universitario privato; dal 2018, ha ottenuto il riconoscimento di IRCCS.

ni Umbria e Basilicata, in cui meno di un posto letto su dieci (rispettivamente 8,9% e 2,1%) si trova presso strutture accreditate (Figura 4.1). Adottando la medesima classificazione delle strutture private accreditate presentata nel resto del capitolo¹², la Figura 4.1 mostra inoltre il contributo di ciascuna categoria in termini di posti letto a livello regionale. In linea con il livello nazionale, dove le

Figura 4.1 **Incidenza PL privati accreditati per regione e tipo erogatore privato accreditato 2017 (asse sx) e variazione 2007-2017 (asse dx)**



Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, 2017

case di cura detengono quasi i due terzi dei posti letto accreditati e il 20,3% dei PL totali del SSN, le case di cura risultano prevalenti nella maggior parte dei contesti regionali. Rivestono invece un ruolo minoritario in Molise, per via della compresenza di un Ente di ricerca e un IRCCS privato, oltre che in Veneto e in Liguria, dove è rilevante il peso degli ospedali classificati. In Lombardia, Puglia e Lazio, invece, si rileva una sostanziale equivalenza tra case di cura e altre strutture accreditate. Ciò è dovuto, nel Lazio, alle rilevanti dotazioni strutturali

¹² Gli erogatori accreditati sono stati raggruppati in due categorie: 1) IRCCS e Policlinici Universitari privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati, Enti di ricerca; 2) Case di cura private accreditate.

dei Policlinici Universitari e alla compresenza di diversi IRCCS; in Lombardia e Puglia, invece, si rileva un'elevata concentrazione di IRCCS privati e ospedali classificati.

Allargando l'ambito temporale dell'analisi, tra 2007 e 2017 si registra un delta positivo nell'incidenza dei PL accreditati pari a 4,3 punti percentuali a livello nazionale, con una crescita distribuita piuttosto equamente su tutto il territorio del Paese. L'unico caso vistosamente in controtendenza è quello della Calabria che, pur restando tra le regioni in cui il peso strutturale degli erogatori privati accreditati risulta maggiore del dato nazionale, registra una riduzione dell'incidenza dei PL accreditati pari a 4,1 punti percentuali nel periodo osservato. Il forte aumento della quota privata in Valle d'Aosta è dovuto all'accreditamento dell'Istituto Clinico Valle d'Aosta¹³, avvenuto nel 2013. Rispetto all'ultimo aggiornamento pubblicato nel Rapporto OASI 2017, le variazioni più significative nel peso dei PL privati accreditati si registrano in Molise (+2,1%) e in Basilicata (-2,9%). In termini assoluti, mentre in Basilicata si ha un aumento dei PL pubblici (+37) e una diminuzione di quelli privati (-56), in Molise si assiste invece ad una diminuzione dei PL pubblici (-71) a fronte di un numero di PL privati che è rimasto invariato.

La forte prevalenza delle case di cura in quasi tutti i contesti regionali ha delle naturali implicazioni in termini dimensionali: le strutture private accreditate hanno in media 120 PL accreditati, oltre il 56% delle stesse ha una dotazione di posti letto inferiore ai 100 PL accreditati, mentre soltanto il 12,7% supera i 200 PL accreditati. Le grandi strutture sono concentrate principalmente in Lazio e Lombardia, regioni nelle quali sono localizzate 39 delle 64 strutture con più di 200 posti letto (61%)¹⁴. Ad ogni modo, anche in queste regioni le strutture con dotazione superiore ai 200 PL non superano il 25% del totale delle strutture.

La dimensione degli ospedali privati accreditati è particolarmente rilevante anche perché è stata oggetto dell'intervento del regolatore tramite il "Regolamento per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (D.M. 70 del 02.04.15). Il provvedimento normativo prevedeva una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali, per cui le regioni non potrebbero più accreditare, a partire dal 1° gennaio 2015, nuove strutture dotate di meno di 40 PL per acuti né sottoscrivere dal 1° luglio 2015 contratti con strutture già accreditate con meno di 40 PL per acuti.¹⁵ A partire dal 1° gennaio 2017, invece, non è più pos-

¹³ Si tratta dell'unico ospedale privato accreditato presente nella regione.

¹⁴ In queste due regioni si concentrano circa 2/3 degli IRCCS e dei Policlinici Universitari privati in termini sia di sedi, sia di posti letto. Consultando l'elenco pubblicato sul sito del Ministero della Salute al 2018, 28 dei 40 IRCCS privati hanno sede tra Lombardia e Lazio. A questi si aggiungono i Policlinici Universitario Privati.

¹⁵ Dal suddetto provvedimento sono escluse le strutture monospecialistiche, per le quali resta in vigore la valutazione regionale dei singoli contesti.

sibile sottoscrivere contratti con le strutture con posti letto per acuti compresi tra 40 e 60, a meno che non siano state interessate dai processi di riconversione e aggregazione favoriti dal Decreto.¹⁶

L'intervento regolatorio sembra avere avuto un impatto importante sul dimensionamento medio del settore privato accreditato: nel 2014, prima dell'introduzione del decreto, circa il 22% delle strutture accreditate risultava dotato di meno di 40 PL per acuti, mentre un altro 10% aveva una dotazione compresa tra 40 e 60 PL per acuti (Carbone e Petracca, 2015). Nel corso dei tre anni successivi, la quota di piccole strutture accreditate con meno di 60 PL risulta dimezzata: analizzando i PL nazionali al 2017, essa risulta pari al 13,1%. La progressiva disponibilità di dati relativi agli anni successivi all'introduzione del decreto permetterà una sempre migliore interpretazione dell'effettivo impatto del DM 70 sulla riorganizzazione della capacità produttiva degli erogatori privati accreditati.¹⁷

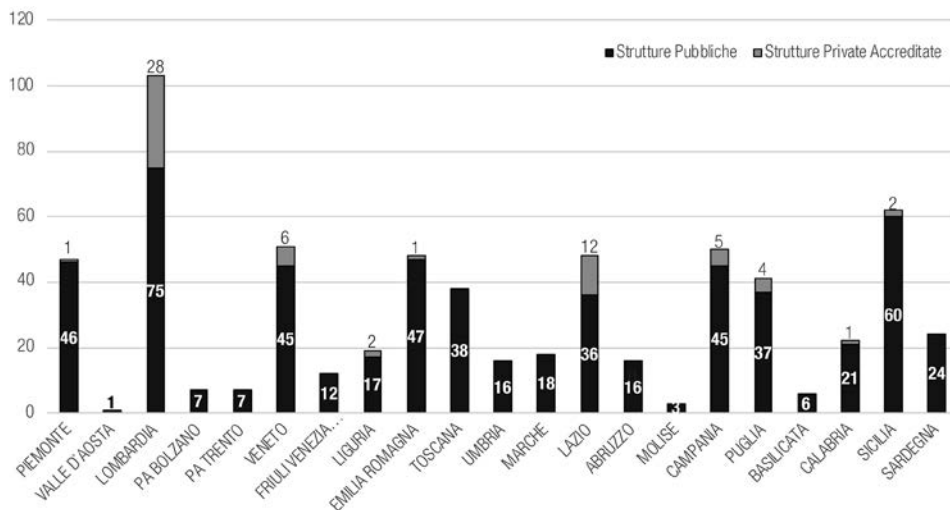
L'erogazione di servizi di emergenza ospedaliera garantisce agli erogatori privati un'integrazione ancora più profonda nella rete d'offerta del SSN: questi servizi, infatti, devono essere accompagnati da specifiche discipline a complessità crescente, coerentemente con il bacino di utenti servito (cfr. capitolo 9 del Rapporto OASI 2016). La Figura 4.2, che riporta la distribuzione geografica dei 640 ospedali pubblici e privati accreditati dotati di Pronto Soccorso (PS) o Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Accettazione (DEA) nelle regioni italiane¹⁸, mostra che 62 di questi (9,7%) sono privati accreditati. Quasi la metà degli ospedali privati accreditati con servizi di emergenza è situata in Lombardia (28 strutture, pari al 27,2% degli ospedali dotati di servizi di emergenza a livello regionale); seguono Lazio (12; 25,0%) e Veneto (6; 11,8%). Complessivamente, il 12,3% delle strutture private accreditate è sede di PS o DEA. In termini di accessi i privati accreditati hanno garantito nel 2017 l'8,5% del totale degli accessi in PS, dato sostanzialmente inalterato rispetto a quello 2016 (8,6%, -0,1 punti percentuali). Il numero medio di accessi per struttura privata accreditata dotata di PS è inferiore rispetto a quello delle strutture pubbliche (27.525 contro 31.860). A livello regionale, i territori in cui almeno il 10% degli accessi è coperto da privati accreditati sono Lazio, Lombardia, Campania e Liguria (27,5%, 17,6%, 11,3% e 11,0%, rispettivamente).

¹⁶ Per il nuovo soggetto giuridico che viene a formarsi, la soglia prevista si alza fino agli 80 PL per acuti. Per ulteriori approfondimenti al riguardo si veda il cap. 5 del Rapporto OASI 2015.

¹⁷ Al momento, gli unici dati disponibili su cui poter basare alcune considerazioni sono quelli relativi all'indirizzario del Ministero della Salute che tiene traccia dell'elenco delle strutture di ricovero: tra il 2014 e la fine del 2016, il numero degli erogatori accreditati è diminuito di sole 8 unità, per la massima parte riconducibili a case di cura private accreditate (6).

¹⁸ Si considerano i PS con almeno 400 accessi annui; sono inclusi i PS situati nelle strutture monospécialistiche.

Figura 4.2 **Distribuzione dei servizi di emergenza-urgenza presso strutture pubbliche e private accreditate, per regione (2018)**



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute e AGENAS, Programma Nazionale Esiti 2018.

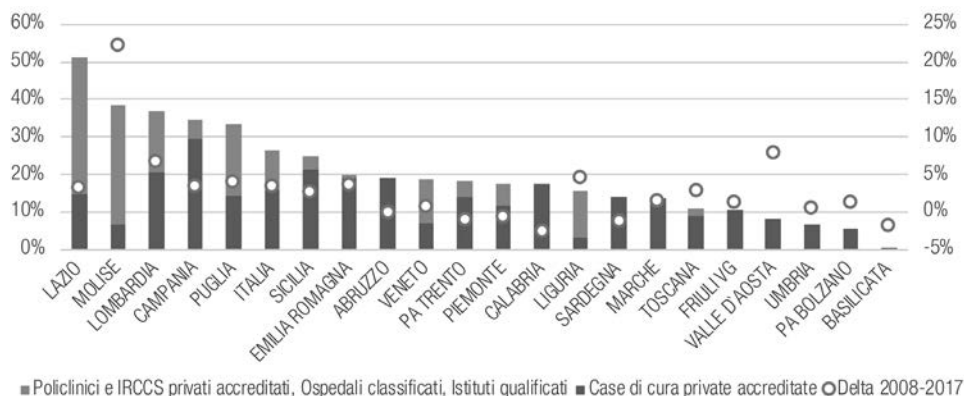
4.4.2 L'attività ospedaliera degli erogatori privati accreditati

Nel 2017, le strutture private accreditate hanno erogato il 26,5% dei ricoveri in regime SSN. Più nel dettaglio, il 16,1% delle 8.449.662 dimissioni presso strutture pubbliche o accreditate per conto del SSN è stato effettuato da case di cura accreditate, mentre gli IRCCS, Policlinici privati, ospedali classificati e gli istituti qualificati hanno erogato il 10,4% dei ricoveri.

Anche per quanto riguarda i ricoveri si rilevano forti differenze a livello regionale¹⁹. Il Lazio è l'unica regione in cui il peso del privato accreditato è equivalente a quello pubblico (51,4% dei ricoveri), mentre il Molise e altre tre regioni di grandi dimensioni, Lombardia, Campania e Puglia, presentano un dato superiore alla media nazionale: in esse il peso degli erogatori accreditati, in termini di volumi di attività, è superiore a un terzo del totale. Come evidenziato dalla Figura 4.3, tutte le altre regioni si trovano al di sotto della media nazionale e sono 4 le realtà in cui la quota del privato accreditato è inferiore al 10% del totale regionale (Basilicata, PA di Bolzano, Umbria e Valle d'Aosta). Relativamente al contributo di ciascuna categoria di erogatori privati accreditati, la Figura 4.3 conferma quanto evidenziato in termini di posti letto (Figura 4.1), con le case di cura a erogare la maggior parte dei ricoveri privati accreditati in

¹⁹ I dati sono calcolati sui ricoveri complessivi erogati dalle strutture localizzate nella regione, a prescindere dalla regione di residenza dei pazienti. Includono quindi la mobilità.

Figura 4.3 **Incidenza dei ricoveri da strutture private accreditate 2017 per regione e tipo erogatore privato accreditato (asse sx) e variazione 2008-2017 (asse dx)**



Fonte: elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2017.

svariati SSR e la presenza di alcune eccezioni di rilievo (Lazio, Puglia, Veneto, Liguria e Molise). Le case di cura registrano il peso percentuale massimo in Campania (29,6% dei PL regionali), mentre per Policlinici, IRCCS privati, ospedali classificati e istituti qualificati il valore più elevato è quello del Lazio (36,7% dei PL del SSR). Il peso percentuale dei ricoveri da strutture accreditate è cresciuto di 3,5 punti a livello nazionale negli ultimi 9 anni, con un delta positivo in quasi tutte le regioni italiane²⁰. Le regioni a mostrare i differenziali negativi più importanti sono la Calabria e la Basilicata che registrano rispettivamente delta di 2,5 e 1,6 punti percentuali.

In linea con quanto espresso per l'aspetto dimensionale, anche per l'attività il peso dei ricoveri accreditati varia notevolmente a seconda della tipologia di attività considerata. L'attività per acuti (94,7% dei ricoveri totali SSN) è principalmente presidiata dal pubblico, mentre gli erogatori privati accreditati garantiscono il 24,1% dei ricoveri, con un peso leggermente difforme tra regime ordinario e diurno (rispettivamente pari a 23,0% e 28,2%). Nella comparazione interregionale, il Lazio si riconferma il SSR dove il privato accreditato riveste un ruolo focale nel rispondere anche ai bisogni di salute acuti (49,2% dell'attività per acuti), mentre in 7 SSR il peso degli erogatori accreditati è al di sotto del 10%. Per converso, nelle restanti classi di attività il privato assume un ruolo centrale: garantisce il 43,6% dei ricoveri per lungodegenza e il 75,8% dei ricoveri totali per riabilitazione.

²⁰ Il volume dei ricoveri privati accreditati si è ridotto tra il 2008 e il 2017 del 14,9%, principalmente per effetto della riduzione dei budget ospedalieri. Tuttavia, questa riduzione è più contenuta rispetto a quanto occorso tra gli erogatori pubblici (-31,3%), il che spiega l'aumento percentuale della categoria delle strutture accreditate.

Un tradizionale indicatore di analisi dell'attività ospedaliera è la degenza media, che consente di operare una valutazione sull'efficienza operativa²¹. Gli standard ospedalieri del D.M. 70/2015 indicano una soglia di riferimento per la degenza media dei ricoveri ordinari per acuti pari a 7 giorni, anche se, per valutare l'efficienza operativa di una struttura o di un insieme di strutture, è necessario valutare la complessità della sua casistica. La degenza media dell'attività per acuti in regime ordinario, a livello nazionale, si è attestata nel 2017 a 6,9 giorni. La Tabella 4.2 mostra il confronto della degenza media per tipo di attività in regime ordinario e tipo di struttura. Mediamente, le strutture private si caratterizzano per una degenza media inferiore a quelle pubbliche nel segmento degli acuti (5,6 rispetto a 7,4 giorni), mentre presentano degenze medie superiori per la riabilitazione (25,8 rispetto a 24,8 giorni) e per la lungodegenza (27,5 rispetto a 20,9). Negli acuti, tutte le tipologie di strutture pubbliche presentano una degenza media superiore alle 7 giornate, con massimo registrato nelle Aziende Ospedaliere pari a 7,9 giornate²²; al contrario, gli istituti accreditati mostrano degenze medie inferiori alle 7 giornate, con un valore minimo presso le Case di Cura pari a 5,0 giornate. Nell'ambito di riabilitazione e lungodegenza si rileva

Tabella 4.2 **Degenza media per tipo di attività e struttura erogatrice (2017)**

	ACUTI	RIABILITAZIONE	LUNGODEGENZA
Aziende ospedaliere	7,9	28,0	18,0
Ospedali a gestione diretta	7,2	25,3	21,5
Policlinici universitari pubblici	7,6	29,8	18,3
I.R.C.C.S. pubblici	7,2	16,0	20,9
ISTITUTI PUBBLICI	7,4	24,8	20,9
Case di cura private accreditate	5,0	24,6	27,8
I.R.C.C.S. privati	6,2	28,2	48,5
Ospedali classificati	6,5	28,7	19,5
Istituti qualificati	5,3	31,6	40,4
Policlinici universitari privati	7,0	20,2	18,3
Enti di ricerca	6,6	11,4	–
ISTITUTI PRIVATI ACCREDITATI	5,6	25,8	27,5

Fonte: Elaborazione OASI su Dati Ministero della Salute, SDO, 2017.

²¹ Una maggiore appropriatezza degli ambiti di cura e della durata della degenza ospedaliera, oltre che strumento per recuperare efficienza operativa, può tradursi in un beneficio per il paziente, aumentando la coerenza e la rispondenza dell'offerta ai bisogni del malato e incrementando quindi anche l'efficacia della prestazione. D'altra parte, degenze media troppo ridotte potrebbero segnalare trattamenti clinici non adeguati (per esempio, dimissioni precoci).

²² A partire dal 2016, il Rapporto SDO del Ministero della Salute ha rivisto la classificazione delle strutture: a seguito del riordino del SSR lombardo (LR 23/2015), le Aziende Ospedaliere sono state sostituite dalle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), la cui attività viene adesso ricompresa tra gli ospedali a gestione diretta. Per ulteriori approfondimenti si rimanda al Cap. 2 del Rapporto OASI 2018.

una maggiore omogeneità al variare della natura istituzionale delle strutture, con valori significativamente superiori per IRCCS privati e istituti qualificati per la lungodegenza.

4.5 L'assistenza distrettuale privata accreditata

L'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale rappresenta uno dei principali obiettivi di politica sanitaria che i sistemi sanitari più avanzati stanno facendo proprio per far fronte alle sfide demografiche ed epidemiologiche. Questo paragrafo approfondisce dunque alcuni aspetti dell'attività territoriale mettendo in evidenza il contributo del privato accreditato. Per quanto riguarda l'attività territoriale, le strutture che presidiano tale *setting* erogando prestazioni ambulatoriali e residenziali sono: ambulatori e laboratori; strutture residenziali; strutture semiresidenziali; altre strutture territoriali (centri di dialisi, stabilimenti idrotermali, centri di salute mentale, consultori familiari, centri distrettuali).²³

La Tabella 4.3 presenta la distribuzione delle strutture territoriali nelle diverse regioni italiane riportando, per ciascuna categoria, il totale per l'anno 2017 e l'incidenza delle strutture private accreditate nel 1998 e nel 2017. L'attività territoriale risulta gestita prevalentemente da erogatori privati accreditati²⁴, che hanno trovato spazi di sviluppo imprenditoriale sempre più ampi a fronte di una rete di offerta pubblica poco sviluppata. Nei 19 anni considerati il peso del privato in termini strutturali è cresciuto complessivamente dal 38,9% al 57,3%²⁵, con una crescita comune a tutte le categorie e una consistente variabilità interregionale:

- nel caso di “Ambulatori e Laboratori”, pubblico e privato accreditato continuano a equivalersi in termini di numerosità delle strutture a livello nazionale, con un lieve sbilanciamento a favore del privato accreditato (60,4% vs 39,6%) che mostra una tendenza in crescita negli ultimi 18 anni. La variabilità interregionale risulta sostenuta, con una forte dispersione intorno al dato medio. I valori massimi del contributo del privato accreditato sono raggiunti

²³ Per maggiori approfondimenti relativi ai distretti e alle strutture impegnate nell'erogazione di prestazioni territoriali si veda il §2.3.2 del presente Rapporto.

²⁴ Tale analisi confronta erogatori pubblici e privati accreditati in meri termini strutturali, non essendo possibile valutare anche l'aspetto dimensionale servendosi dei dati di attività.

²⁵ Tale crescita in termini strutturali è determinata da due differenti trend: per ambulatori e laboratori che erogano attività specialistica si registra, lungo i 19 anni considerati, una contrazione nel numero di strutture private accreditate meno marcata rispetto a quella del pubblico; per le altre categorie di strutture, invece, nel privato accreditato si registra un importante aumento nel conteggio delle strutture (tutte le categorie hanno almeno triplicato il proprio numero), mentre nel pubblico il numero è rimasto stabile o in riduzione.

Tabella 4.3 Presenza di strutture territoriali e peso degli erogatori privati accreditati, per regione (1998-2017)

Regioni	Ambulatori e Laboratori			Strutture residenziali			Strutture semiresidenziali			Altri tipi di strutture territoriali			Totale strutture territoriali		
	Totale strutture		% Ambulatori e Laboratori privati accreditati	Totale strutture		% Strutture residenziali private accreditate	Totale strutture		% Strutture semiresidenziali private accreditate	Totale strutture		% Altre strutture territoriali private accreditate	Totale strutture		% Totale strutture territoriali private accreditate
	2017	1998	2017	2017	1998	2017	2017	1998	2017	2017	1998	2017	2017	1998	2017
Piemonte	397	21,4%	22,4%	1.256	57,3%	87,4%	231	42,1%	78,4%	361	2,1%	5,5%	2.245	23,9%	61,8%
Valle d'Aosta	8	22,5%	62,5%	13	1,9%	92,3%	2	-	100,0%	25	0,0%	4,0%	48	4,2%	41,7%
Lombardia	663	40,9%	61,2%	1.466	68,1%	88,5%	717	40,8%	81,6%	708	1,6%	17,7%	3.554	34,0%	67,9%
Prov. Auton. Bolzano	51	16,8%	43,1%	95	52,2%	89,5%	9	-	33,3%	79	1,6%	22,8%	234	16,4%	54,7%
Prov. Auton. Trento	50	17,5%	56,0%	95	20,0%	80,0%	39	0,0%	82,1%	40	0,0%	17,5%	224	15,1%	63,8%
Veneto	442	46,4%	50,7%	833	51,2%	87,0%	516	43,3%	71,1%	528	20,9%	24,2%	2.319	38,9%	62,3%
Friuli Venezia Giulia	108	23,8%	36,1%	187	45,3%	61,0%	88	7,7%	55,7%	98	4,3%	6,1%	481	24,4%	43,2%
Liguria	335	30,9%	20,0%	296	57,1%	88,2%	66	7,1%	68,2%	121	0,0%	5,8%	818	25,5%	46,5%
Emilia Romagna	447	31,2%	39,6%	853	46,6%	84,9%	546	31,6%	87,4%	605	5,6%	5,5%	2.451	31,2%	57,6%
Toscana	551	35,9%	33,6%	502	49,8%	70,7%	252	12,4%	44,4%	466	6,9%	6,0%	1.771	30,3%	38,4%
Umbria	159	14,6%	23,9%	180	37,2%	67,2%	94	0,0%	26,6%	127	3,0%	3,9%	560	14,8%	33,8%
Marche	185	29,6%	62,2%	254	14,0%	66,5%	66	13,8%	53,0%	142	2,0%	6,3%	647	23,8%	50,7%
Lezso	789	58,6%	70,1%	288	37,6%	77,1%	77	0,0%	14,3%	435	3,2%	7,4%	1.589	45,9%	51,5%
Abruzzo	141	44,4%	54,6%	87	80,0%	71,3%	15	100,0%	13,3%	132	0,0%	2,3%	375	38,4%	38,4%
Molise	54	48,8%	75,9%	17	0,0%	88,2%	14	0,0%	100,0%	18	0,0%	5,6%	103	40,4%	68,9%
Campania	1.439	73,6%	82,7%	138	29,9%	48,6%	88	23,5%	20,5%	474	2,1%	36,9%	2.139	65,2%	67,8%
Puglia	685	47,2%	62,0%	386	60,0%	94,6%	151	21,4%	88,7%	320	0,5%	4,4%	1.542	38,1%	60,8%
Basilicata	124	21,5%	37,9%	48	23,1%	75,0%	8	100,0%	12,5%	50	4,2%	14,0%	230	20,4%	39,6%
Calabria	393	49,4%	57,0%	133	45,7%	80,5%	21	12,5%	38,1%	161	14,3%	10,6%	708	45,1%	50,3%
Sicilia	1.499	72,2%	80,5%	168	14,6%	57,1%	66	14,3%	12,1%	521	2,7%	15,0%	2.254	61,6%	61,6%
Sardegna	347	45,7%	56,2%	77	18,2%	80,5%	20	7,7%	45,0%	175	1,0%	5,7%	619	36,3%	44,6%
Italia	8.867	49,3%	60,4%	7.372	50,4%	82,3%	3.086	29,6%	68,6%	5.586	5,1%	13,0%	24.911	38,9%	57,3%

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO 2017

- in Campania (82,7%) e Sicilia (80,5%), mentre i valori più bassi si registrano al Nord, in Piemonte (22,4%) e Liguria (20,0%);
- ▶ con riferimento alle strutture “Residenziali” e “Semiresidenziali”, il privato accreditato registra nel periodo di tempo osservato una crescita in entrambi i segmenti che l’ha portato a occupare, a livello strutturale, un ruolo predominante (82,3% delle strutture residenziali e 68,6% di quelle semiresidenziali). Nel confronto interregionale sono soprattutto le regioni del Nord Italia a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate (86,2% delle strutture residenziali, 78,6% delle semiresidenziali), mentre le regioni del Centro e del Sud presentano valori sotto la media nazionale. Il gap è particolarmente pronunciato nel segmento delle semiresidenziali, dove per Centro e Sud il peso degli accreditati scende rispettivamente al 37,4% e al 50,7%. Fanno eccezione Molise e Puglia, che per entrambe le tipologie presentano dati superiori alla media nazionale. Rispetto al 2013, le regioni che hanno registrato un maggior incremento in termini di strutture residenziali, sia pubbliche che private, sono Piemonte e Puglia con un aumento pari a 234 e 94, mentre si registra le riduzioni più consistenti in Toscana ed Emilia Romagna (rispettivamente -47 e -26 strutture residenziali);
 - ▶ per quanto riguarda le «Altre strutture territoriali», che raggruppano in logica residuale le strutture che svolgono attività di tipo territoriale e non ricadono nelle precedenti classi, il privato accreditato ha conservato un ruolo residuale e nel 2017 presentava una quota pari al 13,0% del totale delle strutture. Il contributo risulta limitato ad eccezione di qualche contesto territoriali: la Campania presenta una percentuale pari al 36,9, mentre Veneto e PA Bolzano superano la soglia del 20% (rispettivamente, 24,2% e 22,8%).

Ci si focalizza ora sulla specialistica ambulatoriale, la cui complessiva riprogettazione, in termini di servizi e modalità di erogazione degli stessi, rappresenta una delle principali sfide per i moderni sistemi sanitari in risposta ai cambiamenti epidemiologici e alla crescente prevalenza delle cronicità. Le strutture deputate all’erogazione delle prestazioni ambulatoriali in nome e per conto del SSN sono gli ambulatori e i laboratori, pubblici e privati accreditati. Queste strutture, prevalentemente di tipo extra-ospedaliero, erogano tradizionalmente tre principali categorie di attività²⁶:

²⁶ A queste prestazioni tradizionali, sotto la spinta volta a trasferire in regime ambulatoriale una quota crescente delle prestazioni erogate in day hospital, si sono progressivamente aggiunti pacchetti di prestazioni ambulatoriali coordinate e complesse (PAC), che assicurano al paziente una maggiore facilità d’accesso alle prestazioni e raggruppano un insieme di indagini cliniche e strumentali multidisciplinari. Tali prestazioni vengono garantite dagli ambulatori ospedalieri o dai poliambulatori territoriali dotati di tutte le discipline previste dagli specifici percorsi di cura.

- ▶ l'attività clinica, che include le visite specialistiche, le prestazioni riabilitative e terapeutiche, che assolvono alla funzione di consulenza diagnostica o terapeutica;
- ▶ le indagini di diagnostica strumentale (RX, TAC, ECG, ecc.), a supporto della formulazione delle diagnosi e delle successive terapie per mezzo di apposite tecniche strumentali;
- ▶ le analisi di laboratorio.

La Tabella 4.4 riporta il confronto tra strutture pubbliche e private accreditate in termini di specializzazione per tipo di assistenza. Emerge un posizionamento altamente differenziato.

Tabella 4.4 **Confronto ambulatori e laboratori pubblici e privati accreditati per tipo di assistenza erogata e macroarea geografica (2017, %)**

	Pubblico			Privato accreditato		
	Clinica	Diagnostica	Laboratorio	Clinica	Diagnostica	Laboratorio
Nord	95,3%	41,4%	38,0%	77,0%	51,2%	29,9%
Centro	96,7%	33,0%	26,9%	51,2%	38,2%	48,8%
Sud	94,8%	39,5%	33,0%	42,6%	22,0%	49,2%
Italia	95,4%	38,8%	33,7%	50,8%	30,5%	45,3%

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute – Attività gestionali ed economiche delle ASL e delle AO 2017

Il 95,4% delle strutture pubbliche eroga attività clinica, con sostanziale omogeneità su tutto il territorio nazionale, mentre, tra gli erogatori privati accreditati, solo uno ogni due (50,8%) garantisce visite specialistiche e altre attività terapeutiche, con una differenza marcata al Nord, dove si rilevano dati intermedi (77,0%) tra quelli delle strutture accreditate del Centro e Sud Italia e quelli pubblici. Le strutture pubbliche offrono più frequentemente anche prestazioni di diagnostica strumentale rispetto a quelle accreditate (38,8% contro 30,5%), mentre l'erogazione di indagini di laboratorio è mediamente più frequente tra le strutture private accreditate (45,3% contro il 33,7% del pubblico). Complessivamente, pur tenendo presente il notevole livello di aggregazione dei dati disponibili, si registra una maggiore tendenza alla specializzazione tra le strutture private accreditate: in media, infatti, ambulatori e laboratori accreditati si focalizzano esclusivamente su un solo tipo di assistenza (meno di un quarto delle strutture accreditate eroga congiuntamente almeno due categorie di assistenza), mentre tra le strutture pubbliche è molto più comune la multi-specializzazione (il numero di tipi di assistenza medio per struttura è pari a 1,26). Tali differenze tendono ad acuirsi passando da Nord, dove gli erogatori privati accreditati mostrano un posizionamento in termini di linee di attività simile a quello pubblico,

a Sud, dove tra i privati accreditati prevale una specializzazione su una o due tipologie di assistenza, con una forte focalizzazione sul laboratorio.

4.6 Il profilo economico finanziario e gestionale dei grandi player privati accreditati

Il paragrafo presenta i più rilevanti indicatori economico-patrimoniali e gestionali utili a inquadrare le recenti dinamiche di sviluppo (2014-2017) dei principali gruppi sanitari privati accreditati del Paese. L'analisi si pone in continuità con gli approfondimenti sul dimensionamento dei gruppi e sulle relative strategie di integrazione verticale e orizzontale (cfr. capitolo 4 del Rapporto OASI 2018 – Lega *et al.*, 2014), ma anche con precedenti lavori che, relativamente al periodo 2010-2014, hanno presentato una rassegna delle performance economiche dei grandi player sanitari del Paese (Mediobanca, 2016; Longo e Ricci, 2016).

4.6.1 Inquadramento dimensionale dei principali gruppi sanitari

La Tabella 4.5 presenta i 10 principali gruppi privati attivi nel settore sanitario italiano, considerando come criterio di ordinamento i ricavi delle vendite al 2017 (“fatturato”). Sono inoltre riportati la natura istituzionale, il numero di regioni di operatività (tra parentesi il numero di regioni del Sud), il valore dell'attivo patrimoniale e il numero di dipendenti. Si specifica che nelle analisi che seguono sono sommati algebricamente, senza ulteriori operazioni di consolidamento, i valori economici e gestionali delle entità giuridiche operanti in prevalenza nell'area merceologica dei servizi sanitari²⁷, con sede legale in Italia e partecipazione di controllo (>50%) da parte di una stessa capogruppo. Questa scelta metodologica ha il vantaggio di rendere confrontabili i valori dei gruppi con i dati del settore sanitario italiano. Allo stesso tempo, non consente sempre un agevole confronto con alcune rendicontazioni consolidate fornite dai gruppi stessi. Queste ultime, in alcuni casi, includono enti giuridicamente autonomi che, ad esempio, si occupano di *fundraising*, ricerca, trasferimento tecnologico o assistenza sociale, oppure società operanti nel settore sanitario ma con sede all'estero²⁸. Inoltre, è possibile che alcune attività di carattere non sanitario (ri-

²⁷ Codice 86 sulla base della classificazione merceologica NACE rev. 2.

²⁸ Tra le maggiori discrepanze riscontrate tra informazioni consolidate relative ai gruppi e dati presentati di seguito, si segnalano quelle che riguardano il gruppo Villa Maria, che globalmente, secondo il Sole 24 Ore, segnala ricavi globali vicini ai 680 milioni di Euro (cfr. <https://www.ilsole24ore.com/art/il-re-sanita-sansavini-punta-30-milioni-terme-castrocaro-ACvSCED>); il gruppo KOS, che sulla base del bilancio 2017 della controllante CIR, segnala ricavi globali per 544 mln €; infine, il gruppo IEO, che sulla base del Comunicato stampa di presentazione del bilancio consolidato 2017, segnala ricavi complessivi di 333 mln €.

cerca, assistenza socio-sanitaria, ecc.) siano comunque ricomprese nei conteggi di seguito riportati.

Tabella 4.5 **Inquadramento dimensionale dei principali gruppi sanitari**

Denominazione	Natura istituzionale	Regioni di operatività	Ricavi delle vendite (€/000), 2017	Attivo patrimoniale (€/000), 2017	Dipendenti, 2017
Gruppo S. Donato (Papiniano Spa)	For Profit	2	1.528.609	2.316.300	10.549
Gruppo Humanitas (TEUR Spa)	For Profit	3 (1)	825.399	834.914	4.218
Fondazione Policlinico univ.A. Gemelli	Not for Profit	2 (1)	668.504	nd	5.269
Gruppo Villa Maria Spa	For Profit	10 (3)	501.452	629.917	2.524
Gruppo KOS (CIR Spa)	For Profit	11 (1)	404.872	525.401	4.947
Gruppo Istituto Europeo di Oncologia Srl	For Profit	1	290.621	310.210	1.883
ICS Maugeri SB	For Profit	8 (4)	288.617	412.685	3.536
Fondazione Don Gnocchi	Not for Profit	9 (2)	273.788	353.456	3.818
Gruppo Multimedita Spa	For Profit	1	219.400	270.465	1.980
Synlab Holding Italy Srl	For Profit	7 (1)	209.155	138.581	1.255

Fonte: per i dati economici e i dipendenti, banca dati AIDA (società) e bilanci di missione (fondazioni). Per il numero di regioni di operatività, siti istituzionali

I primi dieci erogatori sanitari privati, insieme considerati, contabilizzano 5,3 miliardi di euro di ricavi per attività di cura e assistenza. Per fornire un termine di paragone, tali ricavi corrispondono al 9% della spesa per prestazioni sanitarie erogate da soggetti privati (in qualsiasi regime, SSN o privato) e al 3% della spesa sanitaria complessiva. Tutti gli erogatori si pongono al di sopra dei 200 milioni di euro di ricavi e dei 1.000 dipendenti, quattro volte al di sopra della soglia di 50 milioni di € e dei 250 dipendenti che qualifica le realtà aziendali come “di grandi dimensioni” secondo il Ministero dello Sviluppo Economico (MISE, 2016). Tuttavia, il Gruppo S. Donato – GSD, con 1,5 miliardi di ricavi 2017, si distingue nettamente dagli altri gruppi sul piano dimensionale, rappresentando il 29% dei fatturati della *top ten*. Il GSD spicca anche per entità dell’attivo, seguito da Humanitas, e per numero di dipendenti, seguito in questo caso dal Policlinico Gemelli. Questi primi tre gruppi equivalgono al 57% dei ricavi della *top ten* e sono accomunati dal comprendere un grande *hub* ospedaliero da almeno 400 milioni di fatturato²⁹. La diffusione geografica, che varia da un massimo di 11 a un minimo di una sola regione di presenza, non appare invece associata alle dimensioni, quanto alla presenza di una forte specializzazione erogativa, soprattutto nell’ambito della post-acuzie. Sette gruppi su dieci registrano la presenza nelle regioni del Sud, ma tutti restano baricentri al Centro-Nord. Si registra una prevalenza di realtà *profit* (8 su 10), contraddistinte dalla forma societaria, e di gruppi che erogano sia servizi di ricovero che ambulatoriali (9 su 10), con l’unica rilevante eccezione di Synlab.

²⁹ I ricavi dell’Ospedale S. Raffaele raggiungono i 551 mln € nel 2017; Humanitas Mirasole, che comprende IIRCCS di Rozzano (Mi) contabilizza 399 mln € nel 2017 e 430 mln nel 2018.

4.6.2 La redditività dei principali gruppi sanitari for profit

La Tabella 4.6 presenta tre grandezze economiche idonee a descrivere l'andamento della redditività degli 8 principali gruppi privati di natura istituzionale societaria: il fatturato (ricavi delle vendite delle prestazioni sanitarie³⁰) con la sua variazione media annua, il margine operativo lordo³¹ (MOL) in percentuale ai ricavi e il risultato netto medio annuale dal 2014 al 2017³². Si aggiungono ROA e ROE, due indici idonei a rapportare i flussi di reddito (rispettivamente, della gestione operativa e netto) a grandezze patrimoniali (rispettivamente, il totale dell'attivo aziendale e il patrimonio netto o capitale proprio).

Tabella 4.6 **Redditività dei principali gruppi sanitari for profit**

Denominazione	Ricavi delle vendite (€/000) 2017	Variazione % media annua dei ricavi, 2014-2017*	Incidenza % MOL/ricavi 2017	Risultato netto medio annuale (€/000), 2014-17*	ROA 2017	ROE 2017
Gruppo S. Donato (Papiniano Spa)	1.528.609	2%	11%	54.726	3%	9%
Gruppo Humanitas (TEUR Spa)	825.399	11%	17%	59.493	12%	22%
Gruppo Villa Maria Spa	501.452	10%	6%	4.903	2%	4%
Gruppo KOS (CIR Spa)	404.872	nd	15%	nd	6%	9%
Gruppo Istituto Europeo di Oncologia Srl	290.621	3%	8%	10.228	3%	6%
ICS Maugeri SB	288.617	nd	5%	nd	1%	1%
Gruppo Multimedita Spa	219.400	2%	12%	1.927	5%	1%
Synlab Holding Italy Srl	209.155	40%	20%	13.476	18%	26%

(*) Per il GSD, il periodo di riferimento è 2015-2017.

Fonte: banca dati AIDA.

³⁰ Non sono inclusi gli "altri ricavi" che spesso fanno riferimento a partite di giro su fattori di costo (es. rimborsi per personale in servizio presso altri enti) oppure ad attività molto eterogenee ma legate indirettamente all'erogazione delle prestazioni sanitarie (ricavi per parcheggi gestiti direttamente, proventi da attività di ristorazione, contributi alla ricerca, ecc.). Anche questa scelta metodologica contribuisce ad alcune discrepanze riscontrabili rispetto al dato dei ricavi complessivi comunicato dalle singole società o dai gruppi.

³¹ Qui considerato sinonimo di EBITDA. Il MOL rappresenta il risultato della gestione operativa; dunque, non considera le componenti reddituali (positive o negative) della gestione finanziaria e tributaria, né gli ammortamenti, né le operazioni di natura straordinaria.

³² Non è stato possibile ricostruire la serie storica per il gruppo KOS a causa delle forti discontinuità nei valori economici della principale società del gruppo, KOS Care. Quest'ultima dal 2017 incorpora l'area socio assistenziale (Anni Azzurri), in precedenza separata in una società a parte. Anche per ICS Maugeri non è stato possibile ricostruire la serie storica anteriormente al 2016, prima della costituzione della società benefit e la disponibilità in AIDA dei dati di bilancio. Per il GDS, la serie storica è stata ricostruita a partire dal 2015, al termine del processo interno di riorganizzazione che ha previsto l'accorpamento di più strutture all'interno di un numero più ristretto di società. Ad esempio, l'Istituto Clinico San Siro è stato incorporato nello stesso perimetro societario dell'IRCCS Galeazzi.

Complessivamente, i parametri mostrano gruppi caratterizzati da buone se non ottime *performance* reddituali. In ordine decrescente percentuale, spiccano gli incrementi medi annui dei ricavi di Synlab (+40%, equivalente a +128 mln € totali tra 2014 e 2017), Humanitas (+11%, +245 mln € nel 2014-17) e Villa Maria – GVM (+10%, +143 mln €). La crescita dimensionale di questi gruppi deriva in buona parte dalle numerose acquisizioni. Tra le principali, si annotano le seguenti.

- ▶ Nel 2017, l'acquisizione delle società padovane Data Medica ed Euganea Medica da parte di Synlab ha incrementato i ricavi del gruppo di circa 27 mln; al 2014 risale invece l'acquisizione dell'IRCCS SDN di Napoli (+44 mn €).
- ▶ Nel 2016, Humanitas ha acquisito le CdC S. Pio X (Milano) e Gradenigo (Torino) che insieme considerate hanno aumentato i ricavi del gruppo di circa 102 milioni.
- ▶ Nel 2015, GVM ha acquisito le CdC Montevergine (Avellino) e Santa Maria (Bari) che insieme considerate hanno aumentato i ricavi del gruppo di quasi 80 milioni. Risale invece al 2015 l'acquisizione dell'ospedale classificato S. Carlo di Nancy, che a regime ha aumentato i ricavi del gruppo di circa 43 milioni.

In parallelo alle acquisizioni, si registrano anche dinamiche di crescita di strutture già presenti nei gruppi: per Humanitas, è il caso dell'IRCCS di Rozzano "Humanitas Mirasole" che è cresciuto di 72 milioni di euro tra 2014 e 2017 (da 328 a 400 milioni), con i ricavi 2018 che raggiungono i 430 milioni (dato non incluso nella precedente tabella). La relazione alla gestione indica che la crescita dei ricavi è riconducibile in misura consistente all'attività svolta in regime privato, che tra 2014 e 2017 passa da 71 a 102 milioni di euro (+31 milioni, +45%) per raggiungere i 116 milioni nel 2018 (+64 mln, +65% rispetto al 2014); tenendo sempre presente il periodo 2014-18, i ricavi per attività SSN a tariffa registrano un aumento pari a 29 milioni (+12%). Considerando come denominatore i ricavi per attività tariffabili, al 2018 Humanitas Mirasole registra un 32% di incidenza del regime privato. Anche il gruppo IEO, al 2018, registra quote di attività privata comparabili: quasi 100 milioni, equivalente al 34% della produzione medico-sanitaria. La rilevanza della componente di ricavi da spesa out of pocket e intermediata, in crescita, accomuna molte altre grandi strutture, seppure con percentuali di incidenza minori sul totale della produzione tariffata: sempre all'interno del gruppo Humanitas, si registrano i 26 milioni della clinica Gavazzeni (19%); all'interno del GSD, spiccano i dati degli IRCCS Ospedale S. Raffaele (98 milioni, 20%) e dell'Istituto Galeazzi (18 milioni, 10%); l'IRCCS Multimedita registra 31 milioni (14%). I grandi *player* privati accreditati restano prevalentemente erogatori di attività in regime SSN; quest'ultimo, però, è contraddistinto da risorse a disposizione pressoché costanti (si veda il paragrafo. 4.3); il mercato a pagamento, nel quale confluisce una quota della domanda insoddisfatta del SSN, diviene un'area sempre più strategica (cfr. cap. 4 del Rapporto OASI 2018).

Tutti e sei i gruppi per i quali il dato è disponibile registrano un risultato netto che, nel periodo considerato, si mantiene positivo. GSD, Humanitas, Synlab e IEO registrano valori più elevati se consideriamo la media dei risultati netti conseguiti. GSD e Humanitas producono, in media, 55 e 59 milioni di utili annui. Per il GSD, l'utile è riconducibile in consistente misura all'apporto dell'IRCCS Policlinico San Donato che, in media, nel triennio 2015-17 registra un risultato positivo di circa 16 milioni, e degli Istituti Ospedalieri Bergamaschi, con un utile medio annuo di 11 milioni. Per il gruppo Humanitas, è determinante il contributo dell'IRCCS di Rozzano che registra un utile medio annuo di quasi 32 milioni.

L'incidenza del MOL sui ricavi indica che nel 2017 cinque gruppi su 8 riescono a destinare il 10% dei ricavi alla copertura degli ammortamenti, ai costi delle gestioni non operative e alla remunerazione del capitale, mentre IEO, GVM e ICS Maugeri registrano costi operativi tra il 92% e il 95% dei ricavi. Il risultato netto 2017 e gli indici di redditività sono in positivo per tutti i gruppi; da segnalare le ottime performance di Humanitas e Synlab: rispettivamente, ROA 12% e 18%, ROE 22% e 26%.

Infine, un accenno ai risultati dei grandi erogatori *no profit*, che vanno interpretati coerentemente con la loro natura istituzionale, che non prevede la remunerazione del capitale, ma l'eventuale reinvestimento dei surplus gestionali. Sulla base dei rispettivi bilanci di missione, sia la Fondazione Policlinico Gemelli sia la Fondazione Don Gnocchi – FDG registrano un miglioramento del risultato economico: dopo la perdita di 0,5 milioni del 2014, il risultato netto della FDG si è stabilizzato su un utile attorno ai 7-8 milioni, mentre il Policlinico Gemelli ha ridotto la perdita dai 17,1 milioni del 2015 ai 2,9 milioni del 2017, registrando poi un utile di quasi un milione nel 2018.

4.6.3 L'impiego dei fattori produttivi dei principali gruppi sanitari for profit: alcuni indici gestionali

La Tabella 4.7 introduce alcuni dati e indici gestionali dei principali gruppi sanitari for profit, per comprendere, al di là dei buoni od ottimi risultati di redditività, quali possono essere le scelte di impiego dei fattori produttivi (capitale e lavoro) che caratterizzano le scelte gestionali dei gruppi e le loro performance economico-finanziarie.

Analizzando il periodo 2014-17, coerentemente con la dinamica di acquisizioni osservata, si nota che i gruppi con la maggiore crescita dei ricavi (Synlab, Humanitas, GVM) sono anche quelli contraddistinti da una maggiore crescita dei dipendenti. Si mantiene, inoltre, una marcata eterogeneità nell'incidenza dei costi del personale (dipendente e in libera professione) sui ricavi. Tale variabilità può essere solo in parte ricondotta alla tipologia di attività sanitaria: due gruppi focalizzati sull'acuzie ad alta complessità, come GVM e IEO, presenta-

Tabella 4.7 **Dati e indici gestionali dei principali gruppi sanitari for profit**

Denominazione	Dipendenti 2017	Variazione % media annua dipendenti, 2014-2017*	Incidenza costo del personale/ricavi 2017	Incidenza oneri finanziari/ricavi 2017	Incidenza oneri finanziari/MOL 2017
Gruppo S. Donato (Papiniano Spa)	10.549	2%	30%	1%	9%
Gruppo Humanitas (TEUR Spa)	4.218	12%	25%	0%	1%
Gruppo Villa Maria	2.524	21%	18%	3%	44%
Gruppo KOS (CIR Spa)	4.947	nd	38%	1%	7%
Istituto Europeo di Oncologia Srl	1.883	1%	42%	0%	1%
ICS Maugeri SB	3.536	nd	58%	1%	26%
Gruppo Multimedita	1.980	1%	35%	1%	6%
Synlab Holding Italy	1.255	32%	23%	0%	1%

(*) Per il GSD, il periodo di riferimento è 2015-2017

Fonte: banca dati AIDA.

no valori molto distanti (rispettivamente 18% e 42%); la ragione è con tutta probabilità da ricondurre alla maggiore o minore propensione alle forme di esternalizzazione del personale di comparto e alle diverse contrattualizzazioni possibili del personale medico.

Infine, un'annotazione sugli oneri finanziari, che presentano un'incidenza sui ricavi limitata; il ricorso al capitale di prestito non è stato determinante in una fase di acquisizioni che è stata finanziata prevalentemente con risorse proprie. La parziale eccezione è costituita da GVM, che registra un'elevata incidenza degli oneri finanziari (44%) sul margine dell'attività operativa.

4.7 Conclusioni

Le analisi condotte in questo capitolo mostrano numeri e trend che consentono alcune riflessioni conclusive di ordine generale.

In particolare, se ne propongono due.

La prima riflessione riguarda il ruolo rilevante del privato accreditato come componente del SSN. I dati confermano il contributo importante e crescente che il privato accreditato apporta al SSN. Ciò è riscontrabile in termini di incidenza sulla spesa sanitaria pubblica (20%), così come in termini di volumi erogati (27% dei ricoveri, +3,5 punti percentuali rispetto al 2008) e come mix di produzione. Rispetto a quest'ultimo punto, si pensi all'area della non-acuzie ospedaliera, sempre più rilevante alla luce dei cambiamenti epidemiologici in corso, rispetto alla quale il privato garantisce il 42% dei ricoveri per lungodegenza e il 76% dei ricoveri per riabilitazione. Passando al tema della cronicità e dell'assistenza socio-sanitaria, il privato accreditato gestisce il 59% degli am-

bulatori, l'82% delle strutture residenziali e il 68% di quelle semiresidenziali. L'area dell'emergenza-urgenza rappresenta ancora per molti pazienti il primo accesso alle cure e il "biglietto da visita" del SSN: anche in questo ambito tradizionalmente presidiato dal pubblico, sulla base degli indirizzi della committenza regionale, il privato accreditato può svolgere un ruolo rilevante. È il caso delle tre aree più popolose e urbanizzate del Paese: Lazio (28% degli accessi presi in carico dal privato accreditato), Lombardia (18%) e Campania (11%).

La seconda riflessione riguarda le opportunità aperte per la sanità italiana e per il SSN dalle dinamiche di sviluppo dei grandi gruppi privati. Si tratta di realtà che, sul versante *profit*, sono cresciute e ancora possono crescere in termini dimensionali, sia per acquisizione, sia sviluppando il mercato a pagamento (mentre il finanziamento SSN appare pressoché costante). La crescita dei ricavi attraverso acquisizione è associata a una crescita dei dipendenti, con realtà che sotto il profilo occupazionale si collocano tra le grandi se non grandissime imprese del Paese. In parallelo, si registra il raggiungimento di risultati di equilibrio economico da parte delle due maggiori realtà sanitarie *no profit* del Paese (Policlinico Gemelli e Fondazione Don Gnocchi). Il processo di risanamento di queste realtà di eccellenza clinica meriterebbe un approfondimento e non è detto che sia definitivo; per ora è sufficiente registrare che il processo di crisi e/o di trasformazione istituzionale degli ospedali di ispirazione religiosa non è ineluttabile.

La redditività di molti gruppi *profit*, pur con alcuni distinguo, è buona o eccellente; questo, assieme alle dinamiche epidemiologiche e demografiche e alla nota frammentazione del settore, suscita l'interesse per il settore da parte di investitori istituzionali (si veda il caso dell'ingresso del fondo Trilantic come socio di ICS Maugeri) e di gruppi esteri come Synlab. Infine, il limitato grado di indebitamento rende ancora possibile, per molte realtà, il ricorso alla leva finanziaria. Si può dunque prevedere che le dinamiche di aggregazione e concentrazione del settore proseguiranno, aprendo almeno due opportunità per il SSN.

Innanzitutto, i segnali di espansione verso le regioni del Sud e la possibile formazione di gruppi di respiro nazionale potrebbero favorire quella circolazione di *best practices* cliniche e manageriali che viene invocata da tempo, ma che trova un limite nella governance regionalizzata della sanità pubblica. Tuttavia, l'auspicata circolazione di competenze non si concretizzerebbe se l'espansione verso le regioni del Sud fosse principalmente una strategia finalizzata a intercettare i pazienti per poi svolgere le principali fasi terapeutiche al Nord. La seconda opportunità riguarda invece il governo dei consumi sanitari privati, che dovrebbe passare attraverso un'attività di analisi, regolazione e collaborazione su specifici progettualità. Tale linea di politica sanitaria sarebbe senz'altro più attuabile interloquendo con un numero ridotto di entità, o quantomeno più ridotto rispetto ad oggi.

La preconditione per trarre beneficio dalle opportunità sopra esposte è il riconoscimento istituzionale del contributo attuale e potenziale del privato accreditato, e quindi la sua traduzione in un coinvolgimento/responsabilizzazione negli assetti di *governance* e nei processi programmatori in ciascun SSR, anche al di là dei contesti in cui tale coinvolgimento è già avviato.

Bibliografia

- Agenas e Ministero della Salute (2018), Programma nazionale esiti, sezione su Servizi di Emergenza-Urgenza, disponibile on line: <https://pne.agenas.it/>
- Carbone C. (2013), *Le aziende sanitarie private accreditate: regole e posizionamento strategico*, Milano, Egea.
- Carbone C., Longo F., Ricci A., (2014), «Il posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati: analisi delle leve competitive», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2014*, Milano, Egea, pp. 437-462.
- Carbone C., Petracca F. (2015), «Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività», in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2015*, Milano, Egea, pp. 185-209.
- Longo F., Ricci A. (2016), «Attrarre capitali per i sistemi di offerta di servizi sanitari», *Mecosan 99*, pp. 117-124.
- Mediobanca, Area Studi (2016), «I maggiori gruppi ospedalieri privati italiani 2010-14», disponibile on line <https://www.mbres.it/>.
- Ministero della Salute (2019), Rapporto SDO 2017, disponibile on line http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3682
- Ministero della Salute (2018), Database Posti letto per struttura ospedaliera 2010-17, disponibile on line <http://www.dati.salute.gov.it/dati/elencoDataset.jsp?menu=dati>
- Ministero dello Sviluppo Economico (2016), «Chiarimenti in materia di diagnosi energetica delle imprese», p. 3, disponibile on line <https://www.assolombarda.it/servizi/energia-e-gas/informazioni/definizione-grande-impresa-aggiornamento-chiarimenti-mise>.
- Petracca F., Ricci A. (2017), «Gli erogatori privati accreditati: attività ospedaliera, distrettuale e valutazione esplorativa degli esiti», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2017*, Milano, Egea, pp. 257-289.