

***“IL BUSINESS DELLA SANITÀ PRIVATA IN ITALIA:  
MODELLI ORGANIZZATIVI, SISTEMI DI GESTIONE E  
RELAZIONE CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE”***

Prof. Giovanni Fiori

RELATORE

Matteo La Gioia 270651

CANDIDATO

# **CAPITOLO PRIMO - STRUTTURA DEL SETTORE SANITARIO IN ITALIA**

**1.1 Il sistema sanitario italiano: pubblico vs privato**

**1.2 Evoluzione normativa e istituzionale**

**1.3 I principali attori della sanità privata**

**1.4 Trend demografici, tecnologici e socio-economici della sanità in Italia**

**1.5 Il ruolo delle assicurazioni sanitarie e del welfare integrati**

# **CAPITOLO SECONDO - LE AZIENDE SANITARIE PRIVATE: ASSETTI ISTITUZIONALI E GESTIONALI**

**2.1 Classificazione delle aziende sanitarie private**

**2.2 Finalità istituzionali: profit vs no-profit**

**2.3 Le specificità aziendali del settore sanitario**

**2.4 Il ciclo operativo ed economico nelle aziende sanitarie**

**2.5 I modelli organizzativi prevalenti**

# **CAPITOLO TERZO - STRATEGIA E MODELLI DI BUSINESS NELLA SANITÀ PRIVATA**

**3.1 Le fonti di vantaggio competitivo**

**3.2 Le strategie di differenziazione e specializzazione**

**3.3 L'innovazione tecnologica e digitale**

**3.4 L'espansione attraverso operazioni di M&A**

**3.5 Analisi di business model: cliniche private, gruppi sanitari, reti ambulatoriali**

## **CAPITOLO QUARTO - ANALISI ECONOMICO-FINANZIARIA DELLE AZIENDE SANITARIE PRIVATE**

**4.1 Struttura dei costi e dei ricavi**

**4.2 Marginalità, profittabilità e sostenibilità economica**

**4.3 La gestione del capitale circolante**

**4.4 Key Performance Indicator**

**4.5 La rendicontazione economica**

## **CAPITOLO QUINTO - IL CONTROLLO DI GESTIONE E LA GOVERNANCE AZIENDALE**

**5.1 Il sistema di budgeting e controllo nei servizi sanitari**

**5.2 Il ruolo del management e dei sistemi informativi**

**5.3 Modelli di corporate governance nelle imprese sanitarie**

**5.4 La gestione dei rischi**

## **CAPITOLO SESTO - CASE STUDY**

**6.1 Presentazione del caso: GVM Care & Research**

**6.2 Analisi del modello organizzativo e strategico**

### **6.3 Analisi economico-finanziaria**

### **6.4 Best practices e criticità**

### **6.5 Confronto con altri player nazionali**

## **CONCLUSIONI**

- Sintesi dei principali risultati
- Implicazioni manageriali e di policy
- Limiti dello studio
- Spunti per futuri approfondimenti

Fonti:

Articoli accademici;

Normativa di settore;

Report di aziende e associazioni di categoria;

Fonti statistiche

## INTRODUZIONE

Un contesto sociale davvero difficile quello in cui stiamo vivendo, nel quale problemi di natura economica e di crisi diventano elementi decisivi per la rivoluzione che il nostro modello economico sociale sta subendo. Un governo che si succede ad un altro, ereditando e provocando nuove situazioni non sempre risolte e, qualche volta, addirittura peggiorate. Il problema dell'indebitamento pubblico, i parametri imposti dalla comunità europea circa i rapporti tra indebitamento e PIL, la necessità di accedere ai finanziamenti Europei, il PNRR, e tanto altro impongono ai vari governi che si succedono nel corso degli anni una revisione dei costi per far sì che detti parametri possano essere rispettati.

Tra i tagli necessari a contenere la spesa pubblica, oltre l'Istruzione, la Giustizia, gli armamenti etc., spicca quello della Sanità pubblica. Quello dei numerosi tagli effettuati a danno della Sanità Pubblica è sicuramente uno dei temi più controversi, se non il più controverso. La salute, che è un bene primario, per poter essere curata necessita di innumerevoli elementi fondamentali per raggiungere questo obiettivo. Serve personale medico e paramedico, servono strumentazioni tecnologiche sempre più all'avanguardia, servono farmaci, serve la ricerca e con essi i ricercatori che la coltivano, insomma serve una quantità di denaro enorme per far fronte a tutte le esigenze che la sanità richiede. Ma il denaro non è l'unica discriminante necessaria, servono anche manager e amministratori capaci e onesti per far sì che la macchina sanitaria pubblica possa procedere e progredire. Tutto ciò, intuitivamente, non è cosa semplice, per cui si assiste ad un lento ma continuo degrado della macchina pubblica che fa registrare carenze gravissime di organico, medici costretti a turni a volte massacranti, così come abbiamo potuto apprendere dai media soprattutto nell'era del COVID, e pazienti costretti, specialmente al sud, a subire attese di numerose ore nei vari pronto soccorso distribuiti nel Paese. E ancora liste di attesa inaccettabili se si pensa che per una Risonanza Magnetica si può attendere anche qualche anno, per non parlare di tutti gli esami diagnostici che vengono proposti con tempi d'attesa biblici. Il tutto in un contesto nervoso, e privo di gratificazione degli operatori che, qualche volta, sono addirittura costretti a ricorrere loro stessi alle cure dei sanitari per le violenze subite di cui, sempre più spesso, si sente parlare in televisione. Questa complessa situazione ha trovato

terreno fertile per l'inserimento di massicci investimenti privati nella sanità, per cui si assiste ormai da tempo ad una Sanità sempre più privata che Pubblica. Sì perché diciamolo pure senza la voglia di denigrare o sottovalutare il lavoro fatto da chi opera nel Pubblico, ma nel privato si fa spesso il contrario di ciò che si fa nel pubblico. Il motivo per cui il privato si è ormai inserito energicamente nel mondo della Sanità trova ragione nella qualità dei servizi. Tempi di attesa velocissimi, cortesia, affidabilità dei medici, ambienti e ambulatori carini, personale gentile, attrezzature all'avanguardia, sono solo alcuni degli elementi che hanno decretato il successo delle aziende sanitarie private nel sistema sanitario nazionale. Nei prossimi capitoli tenterò con la mia modesta cultura economica acquisita in questi anni di studio universitario, di spiegare **il BUSINESS DELLA SANITA' PRIVATA**, evidenziando aspetti indispensabili per capire come funziona la Sanità privata, non solo effettuando una analisi degli assetti istituzionali e gestionali delle stesse, ma anche cercando di spiegare le strategie poste in essere dalle stesse per il raggiungimento degli scopi sociali e societari. Non so se ci riuscirò, attesa la enorme complessità della materia, ma mi auguro che si possa quantomeno apprezzare lo sforzo e il coraggio per aver intrapreso un argomento così delicato e complicato, dove le variabili in gioco sono davvero tante.

## **OBIETTIVI DELLA TESI**

La presente tesi ha l'obiettivo di analizzare il **modello economico e gestionale della sanità privata in Italia**, ponendo specifica attenzione alle sfide finanziarie e organizzative che questi attori si trovano ad affrontare, alla luce del ruolo crescente che gli operatori privati hanno assunto nel sistema sanitario nazionale.

Per poter conseguire il nostro obiettivo è:

- indispensabile comprendere il ruolo della sanità privata nel contesto del sistema sanitario italiano, in un'ottica di complementarità e integrazione con il pubblico.
- analizzare i principali modelli di business adottati dai gruppi sanitari privati, facendo luce sulle dinamiche di finanziamento e le strategie di crescita e la gestione dei servizi.

- valutare l'impatto economico-finanziario delle imprese sanitarie private, tramite indicatori di redditività, solidità patrimoniale e sostenibilità operativa.
- esaminare il quadro normativo, istituzionale e territoriale che regola l'erogazione delle prestazioni sanitarie da parte dei soggetti privati accreditati.
- approfondire casi studio di gruppi privati italiani (es. GVM, SAN DONATO, HUMANITAS) per confrontare modalità di gestione, performance e strategie di innovazione.
- conoscere l'evoluzione storica e normativa della sanità privata italiana;
- evidenziare le criticità, ma anche le opportunità, che le imprese sanitarie private devono affrontare in un contesto di crescente domanda di servizi sanitari, e di invecchiamento della popolazione.
- capire come l'innovazione tecnologica unitamente alla digitalizzazione e alla diversificazione dei servizi possono diventare delle leve per essere sempre più competitivi nel settore.
- confrontare e analizzare le performance economiche-finanziarie tra diversi gruppi sanitari per evidenziare modelli virtuosi comparando i vari gruppi GVM, SAN DONATO e GHC.
- offrire spunti di riflessione strategica su come pubblico e privato possano coesistere in modo efficiente ed equo.

Attraverso una analisi che passa attraverso tutti gli obiettivi sopra menzionati mi prefiggo di **comprendere e valutare obiettivamente il business della sanità privata in Italia**, ponendo attenzione agli aspetti economici, etici, normativi e strategici.

## **METODO DI ANALISI**

Per analizzare il business della sanità privata è necessario effettuare preventivamente una disamina di alcune tra le più rilevanti fonti accademiche (articoli scientifici e pubblicazioni di sanità e management sanitario), oltre alcuni documenti strategici costituiti da bilanci sociali dei gruppi sanitari privati più importanti e, infine, una serie

di articoli economico finanziari tratti da Il Sole 24 ore, Startmag, Sda bocconi, ecc. Successivamente è necessario effettuare una **analisi comparativa** dei più rilevanti operatori italiani del settore, in particolare:

- **GVM Care & Research**
- **Gruppo San Donato**
- **Humanitas**
- **Garofalo Health Care**
- **Kos**

Per ciascun gruppo è utile analizzare

- dati di bilancio (ricavi, EBITDA, ROE, ROI, ROS, indebitamento)
- modelli organizzativi e strategici
- fonti di finanziamento
- investimenti in tecnologia ed innovazione

Tutto ciò al fine di giungere a capire i punti di forza e le aree di criticità dei modelli di business.

## **RILEVANZA DELL 'ARGOMENTO**

Negli ultimi venti anni, la sanità privata ha assunto un ruolo sempre più rilevante nel sistema sanitario italiano, andando ad integrare in modo significativo l'offerta pubblica.

Infatti, circa il 30/35% delle prestazioni sanitarie totali vengono erogate da gruppi sanitari privati accreditati e non, soprattutto nell'ambito della riabilitazione, della diagnostica, della lunga degenza e in ambiti ad alta specializzazione.

È intuitivo capire che il settore privato rappresenta un attore imprescindibile nella programmazione sanitaria nazionale e regionale.

I numeri che lo stesso genera sono estremamente rilevanti in termini economici e finanziari.

Il fatturato aggregato dei principali gruppi privati supera i **6 miliardi di euro l'anno**, generando decine di migliaia di posti di lavoro tra lavoratori diretti ed indiretti.

I gruppi privati italiani attraggono investimenti anche da fondi infrastrutturali e finanziari italiani ed esteri.

In contrapposizione a tutta una serie di vincoli alla spesa pubblica, il business della sanità privata assume un ruolo di motore di innovazione, efficienza e sostenibilità.

Si pensi all'aumento delle liste d'attesa nel pubblico, alla difficoltà di accesso ai servizi e all'equità del sistema sanitario, tutti temi dibattuti a livello politico e di opinione pubblica.

In questo contesto la crescita del privato solleva questioni complesse ma cruciali:

- può il privato contribuire a migliorare l'efficienza del sistema?
- Quali sono i rischi di una eccessiva privatizzazione?
- Come garantire l'accessibilità economica e territoriale?

Tutte domande complesse che generano risposte altrettanto complesse, ma al tempo stesso indicative dell'importanza che il business della sanità privata ha raggiunto in Italia.

Studiare il business della sanità privata significa dunque affrontare un argomento attuale, strategico e multidisciplinare, che tocca da vicino la salute dei cittadini, le politiche pubbliche e le dinamiche del mercato.

## **STRUTTURA DEL LAVORO**

Il presente lavoro è articolato in sei capitoli:

### **CAPITOLO 1 – Struttura del settore sanitario in Italia**

### **CAPITOLO 2 – Le aziende sanitarie private: assetti istituzionali e gestionali**

### **CAPITOLO 3 – Strategia e modelli di business nella sanità privata**

### **CAPITOLO 4 – Analisi economico-finanziaria delle aziende sanitarie private**

### **CAPITOLO 5 – Il controllo di gestione e la governance aziendale**

### **CAPITOLO 6 – Case Study**

# **CAPITOLO 1 - STRUTTURA DEL SETTORE SANITARIO IN ITALIA**

## **1.1 Il sistema sanitario italiano: pubblico vs privato**

### **Il settore pubblico**

Il Sistema Sanitario Italiano (SSN) è stato istituito con la **legge n.833 del 1978**. L'articolo 1 del titolo 1 recita al capo 1 “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività. Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.”

Il principio su cui è basato il SSN è quello **della universalità, della eguaglianza e della solidarietà**, ed è stato creato sulla base di un modello universalistico a finanziamento pubblico, traendo ispirazione dal modello del Servizio Sanitario Nazionale britannico (NHS). La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

**L'articolo 32 della Costituzione** recita: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.” Dunque, in Italia tutti i cittadini hanno il diritto alla tutela della salute,

indipendentemente dalla condizione economica e sociale. Tuttavia, fin dalla sua origine, il SSN ha incluso al suo interno anche soggetti privati accreditati, configurando un sistema misto nel quale pubblico e privato coesistono e collaborano nella erogazione di servizi e prestazioni sanitarie. Il settore pubblico è formato da Aziende Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere pubbliche (AO), da Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici, e da Policlinici universitari e ospedali militari. Le caratteristiche principali del settore pubblico sono individuabili nel finanziamento tramite fiscalità generale (tasse regionali e statali), nella programmazione sanitaria decisa a livello regionale, e nei servizi offerti gratuitamente o con ticket tramite pronto soccorso, ricoveri, farmaci, medico di base, e medici specialistici.

### **Il settore privato**

Il settore privato comprende:

- 1. Strutture sanitarie private accreditate**  
Operano in regime convenzionato con il SSN. Forniscono prestazioni pubbliche (a carico del SSN), ma con gestione privata. Sono regolamentate dalle Regioni e soggette a standard di qualità e requisiti di accreditamento.
- 2. Strutture sanitarie private non accreditate (in solvenza):**  
Operano in libero mercato, offrendo prestazioni sanitarie a pagamento diretto o tramite assicurazioni sanitarie private.
- 3. Cliniche, centri diagnostici, laboratori, RSA, e case di cura:**  
Possono lavorare sia con il SSN (in parte) sia in autonomia. Il rapporto tra le due realtà sanitarie in Italia è andato via via intensificandosi nel corso degli anni trascorsi, e al momento ci sono fondati motivi per ritenere che questo trend continui a mantenersi costante. Il privato accreditato eroga circa il 30/35% delle prestazioni complessivamente erogate in Italia. In Lombardia e Lazio tale percentuale sale al 40%. Il motivo per cui sempre più spesso i pazienti si rivolgono al privato sono da ricercarsi nei tempi di attesa più brevi e nella specializzazione in settori quali la diagnostica per immagini, la chirurgia elettiva e la riabilitazione, il tutto gestito con una maggior flessibilità operativa. Tuttavia, non mancano squilibri e tensioni tra le due realtà, squilibri dovuti essenzialmente alla **disomogeneità territoriale** nell'accesso ai servizi tra il Nord e il Sud, e anche differenze nella qualità dei servizi offerti. Non manca neppure una sorta di differenziazione tra classi sociali divise tra

chi può permettersi servizi privati e chi invece è costretto ad affidarsi esclusivamente al SSN. Ed infine non mancano neppure questioni su problematiche di carattere etico-sociale, laddove risorse pubbliche vengono convogliate verso soggetti privati.

## **1.2 Evoluzione normativa e istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale.**

In questo paragrafo si vuole ripercorrere le principali tappe normative ed istituzionali che hanno segnato la storia del SSN.

Nel 1978 tramite la già menzionata **legge 833/1978** si istituisce il SSN. Con la legge 833 si segna il passaggio dal sistema mutualistico (basato sulle casse mutue e sulla frammentazione assicurativa) ad un modello di carattere universale e centralizzato.

L'obiettivo di tale passaggio era quello di assicurare accesso gratuito o con ticket alle prestazioni sanitarie essenziali, attraverso una gestione statale tramite il Ministero della Sanità.

Si crearono così le **USL (Unità Sanitarie Locali)** che fungevano da enti erogatori.

**1 Rosario Ferrara (2023)** – *“Il servizio sanitario nazionale oggi e gli operatori privati nel campo della sanità: qualche semplice spunto di riflessione”*: paper pubblicato nel fascicolo 2/2023 che analizza il rapporto tra soggetti pubblici e privati e il suo impatto sul diritto alla salute e l'organizzazione del SSN

Nel 1990 si assiste ad un processo di Federalismo Sanitario avvenuto tramite un forte processo di decentramento.

**Il Dlgs 502/1992 (Riforma De Lorenzo) trasforma** le USL in Aziende Sanitarie Locali (ASL) dotandole di personalità giuridica.

Si introduce così il concetto di azienda sanitaria pubblica con criteri di efficienza economica, gestite da manager veri e propri che avevano il compito di vegliare sui conti delle Aziende Sanitarie Locali, amministrandole come tutte le altre aziende pur essendo aziende pubbliche.

Si potenzia anche l'accreditamento istituzionale per i soggetti privati.

**Nel 1993 tramite il Dlgs 517/93** si rafforza il concetto di aziendalizzazione anche per gli ospedali, introducendo i Direttori Generali come figure manageriali con poteri decisionali e gestionali.

**Nel 1999 la legge 229/1999**, cosiddetta riforma Bindi, si consolida l'approccio regionale, consentendo alle Regioni di assumere la piena responsabilità della programmazione sanitaria.

Si introducono i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) come standard minimi uniformi su tutto il territorio nazionale, e si crea una maggiore integrazione tra pubblico e privato accreditato.

Nel 2001 si dà luogo alla **Riforma del Titolo V della Costituzione**, con la quale si sancisce che la tutela della salute è materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni.

Le Regioni hanno potere legislativo su organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, generando così un sistema fortemente regionalizzato, creando così differenze significative tra Nord Centro e Sud.

Tra gli anni 2000 e 2020 si accentua **il controllo della spesa pubblica** e della sua sostenibilità, a fronte di una sempre più crescente spesa pubblica della quale la voce Sanità rappresenta sicuramente la più onerosa. Nasce così l'esigenza di contenere il dilagare della spesa sanitaria tramite piani di rientro per le regioni in deficit, introduzione di meccanismi di benchmarking tra aziende sanitarie e promozione dell'efficienza economico-finanziaria (sistema di monitoraggio LEA, cruscotti di controllo, spending review).

Nel 2020 con l'avvento della Pandemia da Covid 19 si sono evidenziati i punti di fragilità e di forza del SSN.

Si è reso necessario effettuare un rilancio degli investimenti in sanità tramite il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ma anche una riforma della medicina territoriale, l'assistenza domiciliare e la digitalizzazione (telemedicina, fascicolo sanitario elettronico).

Il tutto nella logica di una sempre più crescente collaborazione con il settore privato soprattutto per lo smaltimento delle liste d'attesa e per il potenziamento e l'investimento in innovazione.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> *Manuale di Legislazione Sanitaria (Edizioni Giuridiche Simone, 2013)*

### 1.3 I principali attori della sanità privata

Negli ultimi anni si è sviluppato un sistema sanitario privato costituito da migliaia di strutture di piccole e medie dimensioni, e contemporaneamente, specie negli ultimi due decenni, si sono creati grandi gruppi sanitari che operano con logiche e assetti industriali, sviluppandosi su scala nazionale e, in alcuni casi su scala anche internazionale.

Questi operatori differiscono per dimensioni, forma giuridica, modello organizzativo e grado di integrazione con il Servizio Sanitario Nazionale. Si rilevano Strutture private accreditate con il SSN, unitamente a strutture private non accreditate. I primi operano in regime di convenzione alle Regioni e ricevono quali corrispettivi rimborsi per le prestazioni rese che vengono remunerate in base a tariffe predefinite e contemplate nel nomenclatore delle prestazioni sanitarie (DRG). Queste strutture coprono servizi sanitari essenziali quali la diagnostica, la chirurgia e la riabilitazione.<sup>3</sup> I secondi operano direttamente con il pubblico che paga direttamente per le prestazioni e i servizi sanitari ricevuti, oppure tramite assicurazioni sanitarie private. Queste strutture sono prevalentemente concentrate in grandi città, poiché si rivolgono ad una fascia di utenza in grado di sostenere direttamente i costi. I servizi offerti sono ad alta redditività, come la medicina estetica, check up e chirurgia elettiva. Infine ci sono gruppi sanitari privati e operatori finanziari che aggregano più strutture in un'unica holding o gruppo, ed operano sia in accreditamento che in solvenza, spesso partecipati da fondi di investimento, assicurazioni o gruppi industriali. I principali operatori del settore sono i seguenti:

**GVM Care & Research**, presente in 10 regioni con oltre 30 strutture. Hanno anche strutture all'estero.

**Gruppo san Donato (GSD)** leader di mercato, presente in Lombardia, include l'IRCCS San Raffaele.

<sup>3</sup> *Exploring the determinants of private healthcare providers' market power: A performance-based perspective" (Forgione & Noto, 2024)*

**Humanitas**, presente in Lombardia, piemonte, emilia. Si focalizza prevalentemente sulla ricerca, la formazione e la oncologia.

**Kos Group**, specializzato in riabilitazione, RSA e psichiatria. Parte del gruppo CIR.

**Garofalo Health Care (GHC)**, operatore quotato in Borsa. Presente in più regioni e opera strategie di M&A attiva.

**Policlinico Gemelli Isola Tiberina**, collegato all'università cattolica, si focalizza sulla eccellenza clinica. Oltre i su menzionati attori ce ne sono altri che partecipano al sistema sanitario privato e sono le assicurazioni sanitarie e fondi integrativi, che influenzano la domanda di prestazioni sanitarie soprattutto nel campo del welfare aziendale. Poi ci sono operatori internazionali come Fresenius (Germania), Sanitas (Spagna) , Ramsay (Francia). Infine, ci sono enti no profit e strutture religiose come il Fatebenefratelli, Ordini ospedalieri, Croce Rossa ecc.

Tutto il settore è soggetto a forti processi di acquisizione e di concentrazione del mercato. Si assiste ad un progresso anche dal punto di vista manageriale delle strutture che acquisiscono logiche aziendali e strumenti di controllo della gestione. Si assiste anche a forti investimenti in tecnologia ed innovazione: digital health, intelligenza artificiale, chirurgia robotica. È legittimo affermare che gli attori della sanità privata non sono più semplici cliniche, bensì strutture complesse e multidisciplinari con **logiche industriali** che guardano avanti per capire quali sono le logiche di mercato e per poter ottenere profitti sempre più vantaggiosi investendo in tecnologia e in ricerca e formazione.

#### **1.4 Trend demografici, tecnologici e socio-economici della sanità in Italia**

Il sistema sanitario italiano sta affrontando una profonda trasformazione per effetto di dinamiche demografiche, tecnologiche e socio-economiche che influenzano profondamente la domanda di servizi sanitari, la loro offerta e la sensibilità del sistema. L'Italia è uno dei Paesi con la popolazione più anziana del mondo:

Gli over 65 rappresentano circa il 24% della popolazione (fonte ISTAT)

Gli over 80 in aumento costante, con previsione entro il 2050 di superare il 10%.

Questo aspetto demografico comporta di logica conseguenza delle implicazioni a livello sanitario. Si assiste infatti ad un aumento della domanda di cure sanitarie a lungo termine, assistenza domiciliare e riabilitazione. Si assiste anche ad una crescita delle patologie croniche (diabete, ipertensione, demenze), con conseguente necessità di continuità assistenziale e gestione multidisciplinare del paziente.

Spinta anche dalla pandemia e dal PNRR, la sanità sta attraversando un periodo di transizione digitale accelerata.

**Tra le tecnologie emergenti spiccano la telemedicina e assistenza da remoto, il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), l'intelligenza artificiale e Big Data per diagnosi, prevenzione e predittività, la Chirurgia robotica e i Dispositivi wearable per il monitoraggio in tempo reale.**

L'innovazione tecnologica e la digitalizzazione determinano maggiore efficienza e personalizzazione delle cure, una riduzione delle ospedalizzazioni ed un crescente bisogno di competenze digitali e di investimenti infrastrutturali. Dal punto di vista socio-economico si osservano significativi cambiamenti nei comportamenti e nelle condizioni sociali. Nello specifico si assiste ad un crescente fabbisogno sanitario che cresce più velocemente del PIL. Di contro il finanziamento pubblico della sanità è limitato da vincoli di bilancio, a volte imposti anche dalla Comunità europea. In questa situazione le liste di attesa diventano sempre più lunghe e i cittadini vengono spinti verso la sanità privata. Non è un caso, infatti che la spesa Sanitaria privata in Italia sia circa il 23-24% del totale (fonte OCSE), e sempre più famiglie si affidano ad assicurazioni sanitarie integrative, welfare aziendale e fondi mutualistici.

## **1.5 Il ruolo delle assicurazioni sanitarie e del welfare integrativo nel sistema sanitario nazionale.**

Il sistema sanitario nazionale, fondato sul principio dell'universalità e finanziato principalmente con risorse pubbliche, sta sperimentando un ruolo sempre più rilevante di altri pilastri finanziari. Le **assicurazioni sanitarie** e forme di welfare integrativo sono

entrate in forma massiccia nel finanziare il gap determinato dalla crescente domanda di sanità e dai vincoli di bilancio. Questo processo è favorito da un crescente bisogno di salute, dalle lunghe liste d'attesa e dalle nuove esigenze della popolazione. Riepilogando il primo pilastro resta sempre il SSN, pubblico e universale, il secondo pilastro include i fondi integrativi, spesso legati al contratto di lavoro (per es. **METASALUTE**), ed il terzo pilastro è rappresentato dalle polizze assicurative individuali o familiari.

È evidente che l'integrazione tra pubblico e privato non è solo nell'erogazione dei servizi, ma anche nelle forme di finanziamento che portano ad un sistema sempre più misto e in continua evoluzione. Se si pensa che i **premi** raccolti crescono costantemente, e secondo ANIA, nel 2023 si è superata quota **5 miliardi di euro**, e che più di 12 milioni di Italiani dispongono di una qualche copertura assicurativa che coprono visite specialistiche, diagnostica, interventi chirurgici, cure odontoiatriche, fisioterapia ecc., si intuisce l'entità del fenomeno a cui stiamo assistendo nei tempi attuali. Anche il **welfare contrattuale** è in forte espansione. I fondi sanitari contrattuali previsti dal CCNL (Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro) sono il cuore del secondo pilastro e sono obbligatori in molti settori quali il commercio, industria e servizi. Essi offrono prestazioni sanitarie gratuite o rimborsate coinvolgendo parecchi fondi nazionali come FASDAC, FASI, METASALUTE, FONDO EST, SANITA' INTEGRATIVA GARAZIA, ecc.

Accanto al welfare contrattuale si espande anche il welfare aziendale. Le aziende possono offrire voucher sanitari, check up gratuiti, visite specialistiche, operando in partnership con gruppi sanitari privati, rendendo più flessibile la domanda di sanità da parte dei dipendenti.

## CAPITOLO 2 - LE AZIENDE SANITARIE PRIVATE: ASSETTI ISTITUZIONALI E GESTIONALI

### 2.1 Classificazione delle aziende sanitarie private

Le aziende sanitarie private rappresentano un settore altamente eterogeneo in termini di dimensioni asset giuridico, modello operativo e rapporti con in Servizio Sanitario Nazionale. Ci sono **aziende accreditate con il SSN** che operano in convenzione con il sistema pubblico, ricevendo rimborsi in base a tariffe DRG o nomenclatori regionali. Esse forniscono servizi essenziali quali pronto soccorso, chirurgia, diagnostica e riabilitazione, assumendo così un ruolo centrale della sanità privata istituzionale. Tra queste spiccano il gruppo GVM Care & Research, Gruppo san Donato e Humanitas.

Poi ci sono le **Aziende non accreditate**. Esse operano esclusivamente in regime privato (out of pocket) o tramite assicurazioni/fondi integrativi. Sono essenzialmente focalizzate su servizi ad alto valore aggiunto quali la chirurgia elettiva e la medicina estetica, check up, e odontoiatria, e sono fortemente orientate al cliente e alla customer experience. Tra queste ci sono molte cliniche odontoiatriche private e centri diagnostici specialistici. **Le grandi imprese sono costituite tramite Spa o tramite Holding**, sono strutture con asset manageriale e capitali privati, spesso partecipate da fondi. Nel settore socio-sanitario invece si predilige la **forma di cooperativa** (RSA, servizi domiciliari). Ci sono poi **Associazioni ed Enti Religiosi** che operano in accreditamento e con vocazione non profit. Gli ambulatori e **piccole realtà imprenditoriali invece sono costituite in forma di srl o di società di persone**. In base alle dimensioni le suddette aziende operano con una rete di strutture quali ospedali, cliniche e laboratori. Spesso presenti in più regioni con alta capacità di negoziazione e dotati di governance finanziaria. Es. GVM, HUMANITAS, GAROFALO ecc.

Esistono anche **reti in franchising** o affiliate, molto presenti in settori quali la fisioterapia, la radiologia e la medicina estetica. Offrono standardizzazione dei servizi e vantaggi commerciali. La classificazione delle aziende sanitarie private è essenziale per comprendere le diverse logiche imprenditoriali, le strategie di posizionamento nel mercato sanitario e le opportunità di crescita, anche in relazione ai trend demografici e digitali.

## 2.2 Finalità istituzionali: imprese sanitarie profit vs no-profit

Le imprese sanitarie private possono operare con diverse finalità istituzionali che incidono profondamente sul modello di business, sulle logiche gestionali ed organizzative, sulle modalità di reinvestimento degli utili e sul rapporto con il SSN ed i pazienti. La distinzione più rilevante è quella tra le imprese a scopo di lucro e quelle che invece non hanno scopo di lucro. Le imprese **for-profit** hanno come obiettivo quello di generare utili da distribuire ai soci oppure agli azionisti, ottimizzare i ricavi espandendoli anche a segmenti a pagamento (solvenza, assicurazioni).<sup>4</sup> Sono normalmente costituite in Spa oppure in Srl, ed hanno come modello imprenditoriale l'obiettivo della **efficienza e della redditività**. Sono altresì caratterizzate da una maggiore flessibilità strategica e decisionale, e gli investimenti sono mirati a migliorare la competitività, la tecnologia e il branding. Sono finanziate da capitali privati reperiti dai soci, oppure da investitori o da fondi di investimento. Si finanziano anche con le prestazioni a pagamento, dalle assicurazioni e dalle convenzioni con il SSN. Nel caso di imprese di grandi dimensioni è possibile anche una apertura al mercato dei capitali (**quotazione in borsa**). Gli enti sanitari **no-profit** hanno come finalità quella erogare servizi con una missione sociale che **non ha caratteristiche di lucro**. Gli eventuali utili prodotti vengono reinvestiti per migliorare i servizi e le strutture, spesso orientati a garantire accesso equo e solidaristico alle cure. **L'asset giuridico è la fondazione, oppure ente religioso, cooperativa sociale e associazione**. Tutte con forte attenzione alla dimensione etica, sociale e territoriale. Sono più vincolate alla trasparenza e alla rendicontazione sociale, e sono fortemente presenti in ambito riabilitativo, socio-sanitario e RSA. Si finanziano con contributi del SSN, con donazioni e lasciti e con contributi pubblici. Gli Istituti più importanti in Italia sono la **Fondazione Don Gnocchi, il Fatebenefratelli**, i Camilliani, l'ANFFAS, Auxilium ecc. Bisogna però evidenziare la distinzione tra imprese profit e no-profit non sempre è netta, dal momento che alcune imprese no-profit operano con logiche imprenditoriali, mentre al contrario strutture for-profit adottano missioni etiche. Entrambe le forme comunque svolgono un ruolo complementare dal punto di vista della sostenibilità del sistema sanitario.

<sup>4</sup> *“Gli assetti organizzativi a supporto della gestione operativa: esperienze a confronto” (2012) – Villa, Giusepi, Lega*

## 2.3 Le specificità aziendali del settore sanitario privato

Le aziende del **settore sanitario privato** si distinguono per una serie di **caratteristiche peculiari**, derivanti sia dalla **natura del servizio** (la salute) sia dalla **logica di gestione** (tipicamente imprenditoriale). Queste aziende, pur operando in un ambito ad alto valore sociale, perseguono obiettivi di **sostenibilità economica, efficienza** e spesso **profitto**. Le aziende sanitarie private sono imprese a tutti gli effetti, creano produzione, organizzano risorse, generano ricavi e devono essere sostenibili economicamente. Tuttavia erogano indiscutibilmente servizi sensibili, legati alla salute e alla vita umana, che comportano **responsabilità etiche** e professionali elevate. Rispetto al pubblico le aziende sanitarie private hanno strutture più snelle e maggiore capacità di adattamento al mercato, all'innovazione e alle richieste del paziente. Possono attivare nuovi servizi più rapidamente rispetto al pubblico.

Anche il paziente viene visto come un cliente e come tale le aziende sanitarie private puntano al **customer satisfaction**, ponendo attenzione alla qualità dei servizi offerti, all'opinione del paziente (a volte anche tramite richieste di recensioni) e a fornire al paziente/cliente tutto il comfort possibile, non ultimo i tempi più rapidi di prenotazione delle metodiche. Le aziende sanitarie devono rispettare la normativa sanitaria nazionale e regionale. Se accreditate devono anche rispettare i requisiti per erogare prestazioni a carico del SSN. L'accreditamento può rappresentare una strategia di crescita e di diversificazione dei ricavi.

## **2.4 Il ciclo operativo ed economico nelle aziende sanitarie private**

Il **ciclo operativo** rappresenta il flusso delle attività che trasformano risorse in prestazioni sanitarie, articolato nelle seguenti fasi:

### **1. Acquisizione dei fattori produttivi**

- Personale medico e sanitario
- Farmaci, dispositivi medici, macchinari
- Servizi esterni (laboratori, diagnostica...)

### **2. Erogazione dei servizi sanitari**

- Visite specialistiche
- Ricoveri e interventi
- Esami diagnostici e riabilitazione

### **3. Relazione con il paziente-cliente**

- Prenotazione, accoglienza, assistenza
- Personalizzazione del servizio

- Fidelizzazione e marketing sanitario

#### 4. Fatturazione e incasso

- A differenza del pubblico, qui il pagamento può avvenire:
  - direttamente dal paziente (**out of pocket**)
  - tramite assicurazione sanitaria
  - tramite convenzioni con il SSN (in caso di accreditamento)

Il **ciclo economico** riguarda la gestione dei **costi e dei ricavi** collegati all'attività:

- **Costi**

- Variabili: farmaci, materiali sanitari, energia, consulenze
- Fissi: personale, ammortamenti, manutenzioni, strutture

- **Ricavi**

- Da prestazioni private a pagamento
- Da rimborsi assicurativi o fondi integrativi
- Da convenzioni (se accreditate con il SSN)

### Principio della competenza

Anche nelle aziende sanitarie private si applica il principio della **competenza economica**: i costi e i ricavi devono essere rilevati nel momento in cui si **maturano**, non quando avviene il flusso finanziario. Gli obiettivi della gestione delle imprese private puntano alla **massimizzazione della redditività**, a garantire l'efficienza operativa per ridurre sprechi e tempi di attesa. Puntano altresì alla fidelizzazione del paziente e al rispetto delle normative sanitarie, fiscali e di accreditamento. Il collegamento tra il ciclo operativo e quello economico sta nel fatto che il ciclo operativo produce l'evento dal quale poi scaturisce un movimento economico.

### 2.5 I modelli organizzativi prevalenti delle aziende sanitarie private

Le aziende sanitarie private adottano modelli organizzativi flessibili, orientati alla efficienza, alla qualità del servizio e alla competitività. La loro organizzazione deve coniugare la gestione imprenditoriale con la centralità del paziente e il rispetto delle normative sanitarie. Esistono diversi modelli organizzativi. Il **Modello funzionale** (per funzione) è basato sulla divisione per funzioni aziendali (medica, amministrativa, tecnica, commerciale, ecc). È caratterizzato da una

struttura verticale e gerarchica, e da una specializzazione per ambiti omogenei. **Il modello per centri di responsabilità/profit center** invece è caratterizzato da una suddivisione dell'organizzazione in unità autonome (es. centro diagnostico, chirurgia, laboratorio), con propri budget ed obiettivi economici e clinici. È caratterizzato dalla responsabilizzazione dei dirigenti di area, oltre che da un maggior controllo economico e dalla facilitazione della valutazione delle performance. Questo modello è molto diffuso tra le cliniche private strutturate o nei gruppi sanitari. **Il modello per processi/per percorsi clinici** ha invece una organizzazione centrata sui percorsi di cura del paziente, con team multidisciplinari.<sup>5</sup> Questo modello richiede coordinamento tra le varie figure professionali, un continuo miglioramento della continuità assistenziale, ed una focalizzazione sul risultato clinico e sulla qualità. Il limite è rappresentato dalla necessità di avere una forte integrazione interna e maggiore complessità nella gestione.

Questo modello è adatto a quelle strutture sanitarie che puntano alla qualità e alla personalizzazione della cura (es. centri oncologici, riabilitativi e poli ad alta specializzazione).

**Il modello a rete** (multi-struttura o gruppo sanitario) è applicato da gruppi privati con più sedi, specializzazione o brand (es. Humanitas, GVM, Gruppo San Donato). Presentano sedi interconnesse con funzioni condivise, (es. amministrazione, marketing), possibilità di centralizzare alcuni servizi e possibilità di sviluppo su scala nazionale o regionale. Tutto ciò determina maggiori economie di scala e maggiore presenza sul territorio. Tale modello ben si adatta alle grandi Holding sanitarie private o ai grandi gruppi accreditati. **Il modello misto** è un modello ibrido, che combina elementi funzionali per centri di responsabilità e per processi. Questo modello consente meglio di adattarsi alle dimensioni e al mercato, e all'integrazione della innovazione, del controllo e della qualità clinica. In conclusione le aziende sanitarie private scelgono il proprio modello organizzativo in base alle dimensioni e alla complessità dell'azienda, ma anche in base alla specializzazione dell'offerta, agli obiettivi strategici e al tipo di utenza.<sup>5</sup>

*5- Modelli Organizzativi Sanitari Pubblici E Privati Tra Integrazione, Complementarità E Out-Of-Pocket» (Giannetti et al., 2014)*

# CAPITOLO 3 - STRATEGIA E MODELLI DI BUSINESS

## NELLA SANITÀ PRIVATA

### **3.1 Le fonti di vantaggio competitivo**

Le fonti di vantaggio competitivo delle aziende sanitarie private derivano la capacità che dette aziende hanno rispetto a quelle pubbliche, di rispondere in modo più efficace e personalizzato alla domanda di servizi sanitari. Questi vantaggi si manifestano su più livelli: strategico, organizzativo, tecnologico e relazionale.

Dal punto di vista **organizzativo e gestionale** le aziende private hanno una maggiore capacità decisionale autonoma. Tale capacità consente tempi più rapidi nelle assunzioni, negli investimenti e nelle scelte strategiche; inoltre detta flessibilità consente alle imprese private di essere più reattivi ai cambiamenti del mercato e dei bisogni dei pazienti. Per esempio, le aziende private prestano più attenzione alla customer experience, curando gli ambienti per esempio, oppure ridurre i tempi di attesa creando servizi personalizzati. Tutto ciò genera nel paziente la percezione di servizi di qualità superiore, favorendo maggiore attrattività verso utenti paganti o assicurati. Dal punto di vista **tecnologico**, la maggiore flessibilità delle aziende sanitarie private consente investimenti in tecnologie all'avanguardia quali acquisizioni di macchinari sempre più performanti, telemedicina ed intelligenza artificiale. Generando elevati standard di comfort, privacy e cura del paziente. Le aziende sanitarie private, a differenza delle aziende sanitarie pubbliche, hanno possibilità di reclutare personale medico e paramedico di eccellenza, offrendo contratti più vantaggiosi per i propri consulenti medici, e creando anche sistemi di incentivazione legati alle performance e alla produttività. Logicamente i medici sono più motivati e più disponibili ad offrire prestazioni più elevate. Anche dal punto di vista **economico** le aziende sanitarie private possono attuare una gestione imprenditoriale dei costi, con attenzione alla sostenibilità e ai margini di ogni singola operazione utilizzando analisi dei costi finalizzate ad ottimizzare i servizi, ed avendo un miglior rapporto costi/benefici nei servizi offerti. Quando le aziende sono gestite in maniera corretta ed i suoi bilanci mostrano un buono stato di salute, di conseguenza, cresce l'appeal sul mercato degli investitori.

Non è un caso che molti fondi privati, venture capital e gruppi assicurativi sono interessati a finanziare le aziende sanitarie private, favorendo l'acquisizione di strutture, migliorando la capacità di espansione e di modernizzazione dell'azienda.

### 3.2 Le strategie di differenziazione e specializzazione

Le strategie di differenziazione e specializzazione delle imprese sanitarie sono approcci fondamentali per affrontare la crescente complessità e competitività del settore sanitario, sia pubblico che privato. La differenziazione consiste nell'offrire **servizi sanitari percepiti come unici dal paziente** rispetto ai concorrenti. La differenziazione può essere realizzata su vari livelli.

Innanzitutto negli investimenti in tecnologie avanzate, come più volte detto, e poi tramite una differenziazione per **customer experience**, laddove vengono ridotti i tempi di attesa, realizzati ambienti più confortevoli e accoglienti e servizi accessori quali piattaforme digitali per prenotazione, referti on line, telemedicina ecc. Anche la differenziazione per brand/reputazione ha la sua importanza. Per esempio, le certificazioni di qualità ISO, JCI, oppure la partecipazione a programmi di eccellenza clinica. La strategia di specializzazione implica la concentrazione delle risorse e delle competenze su aree cliniche o servizi sanitari specifici. Consente di migliorare l'efficienza e la qualità, rafforzando il posizionamento competitivo. La specializzazione clinica consente di **creare centri altamente specializzati** in oncologia, cardiologia, ortopedia, ecc. La **specializzazione per target** dei pazienti consiste nell'offrire servizi dedicati a specifiche fasce d'età, come ad esempio pediatria, geriatria, oppure realizzare un focus su malattie rare, croniche o condizioni particolari quali ad esempio cure palliative, disturbi della condotta alimentare, disturbi del sonno, ecc. La specializzazione tecnologica implica l'utilizzo di tecnologie specifiche come robotica chirurgica, intelligenza artificiale, diagnostica e sistemi informativi sanitari avanzati.

### 3.3 L'innovazione tecnologica e digitale

L'innovazione tecnologica e digitale delle imprese sanitarie rappresenta oggi uno dei principali driver di trasformazione del settore, contribuendo a migliorare l'efficienza operativa, la qualità delle cure e l'esperienza del paziente. L'innovazione tecnologica si riferisce alla adozione di strumenti, sistemi e modelli digitali e tecnologici finalizzati a migliorare la diagnosi, la cura e il monitoraggio dei pazienti. Aiuta a rendere più efficienti e sostenibili i processi sanitari e a facilitare l'interazione tra medico e paziente. Tra i principali ambiti di innovazione tecnologica nelle imprese sanitarie c'è la **Cartella clinica elettronica (CCE)**, che consente la informatizzazione dei dati clinici, condivisibili tra medici e strutture. I **referti on line e la firma digitale** consentono invece lo snellimento dei flussi documentali. La gestione informatizzata delle risorse consente di gestire in maniera più efficiente le prenotazioni, i turni, le sale operatorie. La Telemedicina consente di eseguire delle televisite e consultare un medico a distanza anche da smartphone o da PC.

Il **telemonitoraggio** consente di monitorare a domicilio i pazienti cronici quali diabetici, cardiopatici ecc.

La **teleriabilitazione** consente percorsi riabilitativi e personalizzati a distanza.

L'**intelligenza artificiale** è l'ultima tra le grandi innovazioni del progresso tecnologico.

La sua applicazione alla diagnostica per immagini (ad es. mammografie, TAC e risonanze magnetiche) ha consentito di migliorare sensibilmente la qualità delle immagini, riducendo ulteriormente i margini d'errore nella refertazione delle varie metodiche.

Tramite l'utilizzo di **algoritmi predittivi** si migliorano le analisi del rischio clinico fornendo un valido supporto alle decisioni.

Infine, chatbox e assistenti virtuali vengono utilizzati per triage o informazioni sanitarie.

La **Robotica** e l'automazione viene utilizzata soprattutto nella chirurgia, consentendo interventi di maggior precisione e di minore invasività.<sup>6</sup>

#### ***<sup>6</sup> Gli ibridi pubblico-privati (PPH) e la generazione di valore***

Si assiste all'utilizzo della robotica anche nel campo della riabilitazione motoria che, attraverso l'utilizzo di protesi robotizzate, consentono a pazienti totalmente inermi di poter migliorare la loro mobilità. Infine, esiste tutta una serie di **wearables e dispositivi mobili** per il monitoraggio della frequenza cardiaca, del sonno e della glicemia. Applicazioni sanitarie che servono a fornire un promemoria dei farmaci o un diario clinico. Dispositivi che si integrano con i sistemi

clinici per interventi tempestivi. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha destinato oltre 15 miliardi alla sanità con focus sulle infrastrutture digitali, telemedicina e assistenza territoriale, Digital health records e fascicolo sanitario elettronico. Da questa breve analisi si intuisce l'importanza che l'innovazione tecnologica e digitale sta ridisegnando l'intero ecosistema sanitario, spingendo le imprese sanitarie verso un modello proattivo, predittivo e personalizzato. Si assiste oggi a fenomeni sino a qualche anno fa sembravano fantascientifici. Si pensi alla chirurgia robotica, alla radiocirurgia (c'è chi sostiene che il futuro della chirurgia sarà la radio chirurgia specialmente nelle patologie oncologiche), alla diagnostica per immagini che fornisce immagini sempre più nette ed eloquenti, consentendo di ridurre al minimo i margini di errore nella refertazione. L'innovazione tecnologica non è più solo una scelta strategica, ma una necessità strutturale per affrontare sfide della sostenibilità, della cronicità e della domanda di qualità.

### **3.4 L'espansione attraverso operazioni di M&A**

L'espansione attraverso operazioni di **M&A (Merger & Acquisition)** nel settore sanitario è una strategia sempre più diffusa, soprattutto nei gruppi sanitari privati e realtà ospedaliere che intendono consolidare la propria posizione nel mercato per accrescere l'offerta o penetrare in nuovi territori. Le operazioni di M&A (Fusioni e acquisizioni) sono processi attraverso i quali una impresa sanitaria acquisisce il controllo di un'altra struttura o gruppo, oppure si fonde con un'altra entità per costituire una nuova realtà integrata (merger). Queste operazioni riguardano Ospedali privati, gruppi ambulatoriali e diagnostici, cliniche specialistiche e laboratori di analisi, e sempre più spesso riguardano anche strutture pubbliche privatizzate o in regime di partenariato pubblico-privato. Le M&A hanno diversi obiettivi, tra i quali quello della crescita dimensionale e geografica, acquisendo presenze in nuove città o regioni, o della acquisizione di nuove fasce di mercato quali pazienti privati, convenzionati o esteri. C'è anche un obiettivo di ampliamento del portafoglio servizi, tramite l'ingresso in aree cliniche specialistiche (es. cardiocirurgia, oncologia). Si punta ad una ottimizzazione dei costi (acquisti, personale ecc.) e ad aumentare la capacità di attrarre investimenti anche tramite il rafforzamento del brand e della reputazione. I principali modelli di M&A nel settore sanitario privato sono catalogati in base agli obiettivi che si è prefissato di ottenere. Il modello di **acquisizione verticale** prevede l'integrazione tra livelli diversi es. laboratorio e clinica. Il modello di **acquisizione orizzontale**

è finalizzato alla unione di strutture simili. **Il merger strategico** consiste nella fusione di due realtà finalizzato a creare un nuovo gruppo integrato. Acquisizione da parte di fondi, fondi di private equity che acquistano, riorganizzano e rivendono. Negli ultimi anni il settore ha evidenziato un forte impulso alle M&A, spinto dal PNRR, dalla crisi post-covid che ha reso molte piccole strutture vulnerabili e da un forte interesse crescente dei fondi di investimento nel settore healthcare.

Tra gli esempi più evidenti spicca il Gruppo San Donato che ha acquisito più strutture ospedaliere lombarde, ampliando il proprio network. Anche GVM Care & Research ha esteso la rete in Italia e all'estero con acquisizioni mirate. Fondo Ardian ha investito in gruppi diagnostici e specialistici italiani. Santagostino ha integrato ambulatori e poliambulatori digitalizzati in diverse città italiane.

L'M&A rappresenta una leva importante per la crescita e l'innovazione delle imprese sanitarie a condizione però che sia gestito strategicamente e responsabilmente, dal momento che non si tratta di crescere solo dal punto di vista del fatturato, ma di migliorare la qualità e la sostenibilità del sistema sanitario.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> *PwC – Global & Italian M&A Trends in Health Industries (2024 e 2025)*

### **3.5 Analisi di business model: cliniche private, gruppi sanitari, reti ambulatoriali.**

In questo paragrafo si farà una analisi del business model di tre tipologie di imprese sanitarie private: cliniche private, gruppi sanitari e reti ambulatoriali. Ogni modello ha caratteristiche specifiche in termini di offerta, struttura, target, ricavi e strategie di crescita.

Le **Cliniche private** sono strutture sanitarie di dimensioni medio-piccole, spesso specializzate in uno o più ambiti (chirurgia, ortopedia, medicina estetica etc.), con ricovero oppure in day hospital. Offrono prestazioni sanitarie di alta qualità, tempi brevi, comfort e assistenza personalizzata. La loro utenza è rappresentata da pazienti privati, assicurati, convenzionati con il SSN. Le prestazioni sono a pagamento diretto o rimborsate dal SSN. I costi sono relativi al personale sanitario, alle tecnologie mediche e alla gestione delle infrastrutture. I canali utilizzati per la loro promozione sono i medici referenti, il web, le convenzioni e la pubblicità diretta. Le risorse di una clinica privata sono rappresentate dagli specialisti che operano al suo interno,

dalle apparecchiature diagnostiche e chirurgiche e dall'accreditamento al SSN. Le attività chiave sono rappresentate dalla diagnosi, dagli interventi e dall'assistenza pre e post-operatoria.

I **Gruppi sanitari** hanno una organizzazione multisito in quanto presenti su più territori, e con gestione centralizzata. Possono includere cliniche, ambulatori, centri diagnostici, laboratori ecc.

Hanno una offerta integrata e capillare di cure (diagnosi, intervento, riabilitazione) con una standardizzazione di qualità. La loro clientela è molto ampia e varia tra pazienti privati, assicurati, aziende e convenzionati SSN. I ricavi provengono dalla attività privata, da quella convenzionata e dai fondi integrativi. La struttura dei costi è molto complessa ed è costituita dai costi del personale medico e paramedico, oltre che dalla manutenzione e dalla gestione dei vari siti. I canali di promozione di questi gruppi sono rappresentati da CRM, dal digital marketing, da medici fidelizzati, brand awareness. Le risorse dei gruppi sanitari sono le infrastrutture, il network sanitario, le tecnologie e il personale qualificato. La loro attività è incentrata sul coordinamento dei servizi, sugli investimenti IT, sull'innovazione e su M&A.

Le **Reti ambulatoriali** sono strutture ambulatoriali, non ospedaliere orientate a servizi di diagnostica, visite specialistiche e piccola chirurgia, spesso con forte vocazione digitale e convenienza economica. Tra i loro punti di forza emergono l'accessibilità economica, la rapidità del servizio e le prenotazioni digitali. Si rivolgono a privati (con basso ticket), assicurazioni e aziende. I ricavi sono costituiti dalle prestazioni private (low cost), abbonamenti sanitari, welfare aziendale. I costi sono normalmente ridotti, pochi medici interni, ed hanno un'alta rotazione degli specialistici. È possibile prenotare online, oppure tramite app o tramite convenzioni aziendali. Sono localizzate in grossi centri urbanistici, e utilizzano piattaforme IT. Il loro punto di forza è la velocità con cui riescono ad erogare i loro servizi e le loro diagnosi.

In conclusione, emerge che ogni modello ha i suoi punti di forza e le sue criticità:

- Le cliniche private puntano alla qualità e alla specializzazione
- I gruppi sanitari puntano sulla integrazione, sulla efficienza e sul presidio territoriale.
- Le reti ambulatoriali puntano sulla velocità e sulla digitalizzazione.

# CAPITOLO 4 - ANALISI ECONOMICO-FINANZIARIA

## DELLE AZIENDE SANITARIE PRIVATE

### 4.1 Analisi economico-finanziaria delle aziende sanitarie private

I **ricavi** delle strutture sanitarie private sono rappresentati dai corrispettivi delle visite mediche che oscillano da 80 a 250 euro per visita specialistica, e dalla diagnostica (es. TAC o Risonanze) tra 200 e 500 euro. Gli interventi chirurgici e ricoveri oscillano da euro 3.000 a oltre 10.000 a seconda della complessità. Le cliniche accreditate ricevono rimborsi dal SSN per prestazioni erogate tramite convenzioni (ticket) con rimborso fissi per DRG chirurgici o medici. Altri introiti sono rappresentati da assicurazioni sanitarie e da abbonamenti sanitari e pacchetti benessere. L'intera sanità privata in Italia ha fatturato 10-12 miliardi di euro nel 2022-2023, in crescita rispetto al periodo pre-covid.

Tuttavia, la redditività operativa (EBIT margin) si attesta tra 1,8% e 3,7%, ancora inferiore ai valori pre-pandemici (5% circa). Alcuni segmenti mostrano margini più alti: diagnostica 11%, RSA 6,4%.

Le principali voci di **Costi** sono rappresentate da:

- Personale medico e paramedico 40/60% del totale ricavi, attestandosi tra i 10.000-25.000/mese per una clinica media
- Affitto locali da 3.000/8.000 euro mese
- Utenze da 1.000/3.000 euro mese
- Forniture mediche e materiali da 2.000/5.000 euro mese
- Manutenzione attrezzature da 500/ 1500 euro mese
- Assicurazioni (RC professionale, struttura) da 2.000/8.000 euro anno
- Software e IT da 500/1200 mese +canone gestione (5.000/8.000 anno)
- Marketing e promozione da 500/1500 mese
- Pulizia ufficio e altri da 500/1200 euro mese.

Gli **Investimenti iniziali** richiedono un capitale di partenza da 100.000 a 300.000 per cliniche medie, con 40/50% destinato a ristrutturazioni e 30/40% ad attrezzature medico sanitarie (ecografo 15.000/30.000, ECG 3000/8000).

Software gestionali investimento di 7k/20K più canone annuo sulla base dei posti letto/postazioni (5k-8k anno).

Il fondo capitale operativo iniziale necessario per coprire i costi dei primi 3-6 mesi oscilla tra 50.000-200.000 (tra 20.000-35.000 euro mese).

I **Margini e la Redditività** delle imprese sanitarie private oscillano tra:

- Margine lordo tra 30/50% calcolato dal ricavo meno il costo diretto delle prestazioni
- Margine netto stimato tra il 10% e 20%

Le piccole cliniche possono generare fatturati tra 250.000 e 500.000 euro, con margini del 15/20% e utili che variano tra 35.000 e 70.000 euro.

Le medie e grandi cliniche arrivano a fatturare fino a oltre 2 milioni di euro con utili fino a 1,5 milioni di euro, con margini del 20/35%.

Per poter migliorare la redditività delle imprese sanitarie private è necessario porre in essere delle strategie chiave quali:

- Ottimizzazione dell'uso delle risorse tramite turnazioni efficienti, scheduling intelligente, massima occupazione sale visita /intervento.
- Diversificazione dell'offerta tramite servizi ad alto margine, medicina estetica, check up avanzati, screening specialistici premium. <sup>8</sup>
- Digitalizzazione e automazione, riduzione del costo amministrativo del 15/20% tramite cartelle elettroniche, prenotazioni, fatturazioni digitali.
- Accordi con i fornitori tramite acquisti centralizzati o accordi quadro per ridurre costi variabili del 10/15%.

<sup>8</sup>- *FIRSTonline / Fortune Italia su Mediobanca*

## 4.2 Marginalità, profittabilità e sostenibilità economica

La marginalità misura quanto un'impresa guadagna in rapporto ai costi sostenuti per l'erogazione dei servizi. Si esprime in percentuali di margine lordo (EBITDA) e margine netto. I margini tipici del settore sanitario variano a seconda del segmento sanitario

<b>Segmento Sanitario</b>	<b>Margine Lordo (%)</b>	<b>Margine Netto (%)</b>	<b>Fonte</b>
Diagnostica per immagini	30–40%	10–15%	Mediobanca, ilmiobusinessplan
Ambulatori multispecialistici	25–35%	8–12%	GT Revenue
Cliniche chirurgiche	20–30%	5–10%	Mediobanca
RSA e strutture sociosanitarie	15–25%	4–6%	Mediobanca
Grandi gruppi ospedalieri privati	10–20%	2–5%	Mediobanca

**Cliniche piccole e medie:** spesso più redditizie in proporzione se ben organizzate, ma più vulnerabili alla variabilità della domanda e dei costi fissi.

**Strutture accreditate SSN:** marginalità spesso ridotta (anche sotto il 5%) se il rimborso DRG è basso o non aggiornato.

La **profittabilità** esprime la capacità di **generare utili nel tempo**, tenendo conto non solo dei margini, ma anche della **rotazione del capitale** e della **capacità di crescita del fatturato**.

### **Fattori determinanti:**

- **Efficienza operativa:** gestione dei turni, saturazione agende, riduzione degli sprechi.
- **Mix di servizi:** servizi ad alto margine (medicina estetica, diagnostica rapida) vs. basso margine (prestazioni convenzionate).
- **Tasso di occupazione:** nelle strutture con ricovero, è cruciale avere tassi superiori all'80%.

- **Digitalizzazione:** migliora l'efficienza e la scalabilità (es. prenotazioni, refertazione, follow-up automatizzato).
- **Customer retention:** fidelizzazione dei pazienti e convenzioni aziendali.

**Indicatori chiave:**

<b>Indicatore</b>	<b>Valori sani</b>	<b>Note</b>
ROI (Return on Investment)	>10%	Buona capacità di ritorno sul capitale investito
ROE (Return on Equity)	8–15%	Dipende dall'indebitamento
EBITDA Margin	10–30%	Varia fortemente per segmento
Break-even operativo	entro 12–18 mesi	Obiettivo realistico per cliniche ben gestite

La **sostenibilità economica** indica la capacità dell'impresa di **mantenere la propria attività nel tempo**, garantendo un equilibrio tra **ricavi, costi, investimenti e debito**.

**Condizioni per una sanità privata sostenibile:**

- **Diversificazione dei ricavi:** mix equilibrato tra prestazioni private, fondi assicurativi, convenzioni SSN.
- **Gestione flessibile dei costi:** outsourcing, uso efficiente del personale, riduzione sprechi.
- **Aggiornamento tecnologico continuo:** per evitare obsolescenza e aumentare l'efficienza.
- **Capacità di accesso a finanziamenti:** utile in fase di espansione o innovazione.
- **Adattamento normativo:** essere pronti a cambiamenti nei rimborsi o nella regolazione sanitaria.

### Esempio sintetico di profittabilità

<b>Voce</b>	<b>Valore (annuo)</b>	<b>stimato</b>	<b>Note</b>
Ricavi totali	€1.500.000		Ambulatorio multispecialistico
Costi diretti (personale, consumi)	€900.000		~60%
Costi indiretti (affitto, IT, utenze)	€300.000		~20%
Utile operativo (EBIT)	€300.000		~20% margine operativo
Utile netto	€180.000		~12% margine netto

In sintesi, le imprese sanitarie private possono essere altamente profittabili e sostenibili se riescono a mantenere un mix equilibrato tra qualità, efficienza ed innovazione. Fondamentale è una buona gestione economica e finanziaria, oltre che una capacità di adattamento e di percezione ai cambiamenti tecnologici e normativi.

### 4.3 La gestione del capitale circolante

La gestione del capitale circolante (o working capital management) è un'aspetto importante per **garantire la liquidità operativa**, stabilità finanziaria e sostenibilità economica nelle imprese sanitarie private. In un settore ad alta intensità di servizi, costi fissi elevati e tempi di pagamento spesso dilatati, un controllo attento del capitale circolante può fare la differenza tra solidità finanziaria e rischio di crisi di liquidità. Il Capitale circolante (CCN) è costituito dalla differenza tra le attività correnti e le passività correnti:

$$\text{CCN} = \text{ATTIVITA' CORRENTI} - \text{PASSIVITA' CORRENTI}$$

Nelle imprese sanitarie private in CCN è composto principalmente da

- Crediti verso pazienti, assicurazioni e SSN
- Scorte e materiale sanitario
- Disponibilità liquide
- Debiti verso fornitori e dipendenti
- Rate di leasing a breve termine.

I **crediti verso clienti** sono normalmente esigibili a breve termine (30 giorni). I crediti verso il SSN invece hanno dei tempi di incasso lunghi (90/180 giorni), con possibilità di creare problemi sulla liquidità dell'impresa sanitaria privata. I crediti assicurativi variano dai 30 ai 90 giorni a seconda dei contratti con i fondi. In un contesto del genere si rende necessario adottare sistemi informatici di magazzino, ridurre le scorte al minimo attivando procedure di riordino automatico, e chiedere delle anticipazioni bancarie (factoring sanitario). L'obiettivo è quello di minimizzare il capitale immobilizzato mantenendo l'efficienza del servizio.

Nella gestione del capitale circolante la gestione dei **debiti verso fornitori** assume un ruolo importante. Le imprese sanitarie spesso pagano i fornitori a 30/90 giorni, negoziando condizioni più favorevoli per migliorare la liquidità. L'insieme dei pagamenti scaglionati o rateizzati, unitamente alla aggregazione degli ordini per ottenere sconti e allo sfruttamento dei finanziamenti di filiera consentono di allungare i tempi con i fornitori senza però compromettere i rapporti con essi.

La gestione della liquidità è fondamentale per coprire tutte le spese correnti quali stipendi, canoni e urgenze. L'ideale sarebbe avere in anticipo la liquidità per coprire 2/3 mesi di spese correnti, creando un fondo di liquidità operativa minima. Gli strumenti per la gestione della disponibilità liquida sono rappresentati dalle linee di credito a breve termine, dalla pianificazione di cassa settimanale/mensile e dal monitoraggio continuo con strumenti digitali. Una cattiva gestione del capitale circolante può generare crisi di liquidità, aumenti dei debiti a breve, insoddisfazione nei pazienti e costi finanziari aggiuntivi. È per questo motivo che la gestione del capitale circolante rappresenta un elemento cruciale nella sanità privata. Una buona gestione consente di ridurre il ricorso al debito, con conseguente aumento della redditività.<sup>9</sup>

#### 4.4 Key Performance Indicator

**Key Performance Indicator (KPI)** sono **indicatori quantitativi** che misurano l'andamento, l'efficienza e la sostenibilità di un'impresa sanitaria privata. Rappresentano uno strumento strategico per il **controllo di gestione**, la **valutazione della performance clinico-organizzativa** e l'**ottimizzazione economica e finanziaria**.

---

#### Categorie principali di KPI in sanità privata

##### 1. KPI Operativi

Misurano l'efficienza dei processi sanitari e organizzativi:

<b>KPI</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Obiettivo</b>
<b>Tasso di occupazione posti letto</b>	% di utilizzo dei posti disponibili	> 80%
<b>Numero medio di prestazioni per medico/giorno</b>	Produttività del personale sanitario	Dipende dalla specialità
<b>Tempo medio di attesa per una visita/esame</b>	Accessibilità del servizio	< 7 giorni (ottimale)
<b>Durata media della degenza (DMS)</b>	Efficienza del ricovero (in giorni)	Variabile per specialità
<b>Tasso di riammissione entro 30 giorni</b>	Misura la qualità delle cure	< 5%
<b>Indice di rotazione agende</b>	% delle agende medico riempite	> 80%

## 2. KPI Economico-Finanziari

Valutano redditività, liquidità e sostenibilità economica:

<b>KPI</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Valore sano</b>
<b>EBITDA Margin</b>	Margine operativo lordo / Ricavi	10–30%
<b>Net Profit Margin</b>	Utile netto / Ricavi	5–15%
<b>DSO (Days Sales Outstanding)</b>	Tempo medio di incasso crediti	< 60 giorni
<b>DPO (Days Payables Outstanding)</b>	Tempo medio di pagamento fornitori	> 60 giorni
<b>Cash Conversion Cycle (CCC)</b>	Tempo tra uscita e incasso	< 30 giorni
<b>Current Ratio</b>	Attività correnti / Passività correnti	> 1
<b>Break-even point</b>	Ricavi minimi per coprire i costi	Inferiore ai ricavi reali

## 3. KPI di Qualità e Soddisfazione

Misurano la qualità percepita e l'esperienza del paziente:

<b>KPI</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Obiettivo</b>
<b>Net Promoter Score (NPS)</b>	Misura della soddisfazione del paziente	> 50 (buono), > 70 (eccellente)
<b>Tasso di reclami / pazienti trattati</b>	% di lamentele ricevute	< 1%
<b>Tasso di adesione ai follow-up</b>	% di pazienti che seguono il piano post-cura	> 80%
<b>Indice di fidelizzazione</b>	Ritorno degli utenti / nuove visite	> 60%

## 4. KPI HR e Risorse Umane

Monitorano efficienza e benessere del personale sanitario:

<b>KPI</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Obiettivo</b>
<b>Turnover del personale</b>	% di dipendenti che lasciano l'azienda	< 10%
<b>Assenteismo</b>	Giorni medi persi / totali lavorabili	< 5%
<b>Ore formazione pro capite</b>	Media ore di aggiornamento per addetto	> 20 ore/anno
<b>Costo medio per unità lavorativa</b>	Rapporto tra costo HR e personale attivo	Dipende dal ruolo e specialità

#### 5. KPI specifici per tipo di struttura

<b>Struttura sanitaria</b>	<b>KPI chiave</b>
<b>Ambulatorio privato</b>	Produttività per medico, NPS, tempo medio visita
<b>Clinica chirurgica</b>	DMS, tasso di complicanze, margine operativo per DRG
<b>Centro diagnostico RSA / sociosanitario</b>	Tempo medio refertazione, saturazione macchinari Costo medio per ospite, qualità della vita, occupazione posti

#### 6. Dashboard e monitoraggio

Le imprese sanitarie più evolute utilizzano **cruscotti KPI** su base **giornaliera, settimanale o mensile** integrati nei software gestionali (ERP/CRM):

- **Dashboard direzionali** → andamento ricavi, liquidità, break-even.
- **Dashboard cliniche** → volumi, qualità, outcome sanitari.
- **Dashboard HR** → produttività, carichi di lavoro, benessere interno.

Si può ragionevolmente concludere che la **misurazione costante dei KPI** permette alle imprese sanitarie private di:

- migliorare l'**efficienza operativa**,

- mantenere la **redditività**,
- garantire **qualità e sicurezza**,
- le decisioni strategiche su **espansione, investimenti e innovazione**

#### 4.5 La rendicontazione economica

La rendicontazione economica è il processo di raccolta, analisi e comunicazione dei dati finanziari economico-gestionali.

Si concretizza principalmente utilizzando:

- Bilancio d'esercizio (obbligatorio)
- Conto economico gestionale (analitico interno)
- Report periodici di controllo di gestione
- Rendiconti per centri di costo e profitto
- Cruscotti KPI economici e operativi.

Il **bilancio d'esercizio** delle aziende sanitarie private è redatto annualmente ai sensi dell'art. 2423 e seguenti del codice civile. È composto dallo Stato Patrimoniale (attività, passività e capitale netto), dal conto economico (ricavi, costi e risultato operativo netto), dalla nota integrativa (nella quale si spiegano i criteri contabili adottati e le voci rilevanti) ed il rendiconto finanziario (facoltativo per le PMI, nel quale si analizzano i flussi di cassa). Il conto economico gestionale è essenziale nel settore sanitario per valutare la performance per tipologia di prestazione (visite, chirurgia, diagnostica), per centro di costo (ambulatori, blocco operativo, accettazione), e per unità organizzativa (reparti, sedi, linee di servizio). **Esempio semplificato di voci:**

<b>Voce</b>	<b>Esempio</b>
Ricavi da prestazioni private	€ 850.000
Ricavi da SSN e fondi	€ 650.000

<b>Voce</b>	<b>Esempio</b>
Costo del personale sanitario	€ 800.000
Costi diretti di prestazione	€ 250.000
Costi generali	€ 200.000
EBITDA	€ 250.000
Ammortamenti	€ 80.000
Utile netto	€ 100.000

Gli strumenti di rendicontazione interna sono la contabilità analitica per centri di costo, i budget e forecast ed il reporting direzionale.

La contabilità analitica permette di calcolare i costi per reparto o servizio (es. radiologia, chirurgia).

I **budget e forecast** confrontano tra previsioni economiche e risultati effettivi, e sono fondamentali per piani d'investimento, aperture di nuove sedi ed acquisizioni.

Il **reporting direzionale** si basa su report mensili o trimestrali per CDA e investitori, ed include indicatori come EBITDA, cash flow, % costi personale.

Le aziende sanitarie private operano in settori ad alta intensità di costo, ragion per cui una rendicontazione economica ben strutturata consente di monitorare i costi fissi, quelli variabili, identificando i margini per tipo di prestazione ed agire sul pricing e sul mix di servizi offerti.

Le aziende sanitarie private, anche se non sono soggette alle stesse regole delle aziende pubbliche, specialmente quelle accreditate con il SSN devono comunque **presentare rendiconti periodici alla autorità sanitarie regionali**, fornire dati finanziari e prestazionali ai fondi integrativi e garantire la trasparenza verso pazienti e stakeholder.

Possiamo ragionevolmente concludere affermando che la rendicontazione economica delle imprese sanitarie private è uno strumento chiave di governo e accountability, aiuta a migliorare la redditività e l'efficienza, supporta le strategie e le decisioni di investimento e infine favorisce la trasparenza verso il mercato e le istituzioni.

# **CAPITOLO 5 - IL CONTROLLO DI GESTIONE E LA**

## **GOVERNANCE AZIENDALE**

### **5.1 Il sistema di budgeting e controllo nei servizi sanitari privati**

Il sistema di budgeting e controllo rappresenta una componente essenziale per la **gestione efficace dei servizi sanitari privati**, dove la sostenibilità economica deve integrarsi con l'efficienza operativa e la qualità dell'assistenza. In un settore caratterizzato da elevata complessità clinico-organizzativa, vincoli normativi e competizione crescente, un sistema di controllo ben strutturato consente di monitorare i risultati, pianificare le risorse e guidare le decisioni strategiche. Gli obiettivi del sistema di budgeting e controllo sono quelli di tradurre le strategie in obiettivi misurabili e di ottimizzare l'allocazione delle risorse. Il controllo dei costi e ricavi per area o centro di responsabilità unitamente alla misurazione delle performance fanno anche parte degli obiettivi necessari per avere un buon controllo di gestione e di governance aziendale.

Il processo di budgeting nei servizi sanitari prevede:

- Budget strategico
- Budget operativo annuale
- Budget economico e finanziario

Il **budget strategico** è basato sul piano industriale triennale. Definisce le linee guida per la valutazione di investimenti, espansione, e innovazione tecnologica. È utilizzato da gruppi sanitari e da grandi cliniche.

Il **budget operativo** annuale prevede volumi di prestazioni, ricavi attesi e costi previsti. Include obiettivi specifici per reparti, poliambulatori, centri di costo. Coinvolge la direzione generale, amministrativa, sanitaria e responsabili di unità.

Il **budget economico e finanziario** prevede il conto economico annuale per centro di responsabilità. Considera i costi del personale, materiali, tecnologie, fornitori, leasing, consulenze. Comprende il cash flow e il fabbisogno di finanziamento.

Il sistema di budgeting e controllo nei servizi sanitari privati è essenziale per governare la complessità operativa ed economica, oltre che massimizzare il valore prodotto e garantire un equilibrio tra efficienza, redditività e qualità dell'assistenza.

In un contesto dinamico e competitivo, solo le imprese capaci di monitorare in modo sistematico le proprie performance possono realizzare crescita, sostenibilità e qualità dei servizi sanitari offerti.

## 5.2 Il ruolo del management e dei sistemi informativi

Nel contesto delle imprese sanitarie private, il management strategico e operativo e i sistemi informativi aziendali (IT) rappresentano leve chiave per garantire efficienza, trasparenza, qualità delle cure e innovazione. A tale proposito stanno emergendo ruoli strategici e nuove figure professionali quali Health Information Manager, Chief Innovation Officer (CIO) e Data Scientist sanitario. Queste figure assumono ruoli sempre più centrali nella gestione e nell'analisi dei dati clinici ed operativi. Al **manager sanitario** è affidato il compito di coordinare progetti complessi integrando competenze cliniche, organizzative e tecnologiche. Il management è responsabile del change management, cioè dell'attivazione e del supporto ai processi di innovazione, anticipandone gli impatti organizzativi e umani. In un settore regolato ed accreditato (DL. 502/92), i manager operano in contesti ibridi tra pubblico e privato, con autonomie limitate ma obiettivi profit/qualità da perseguire.

Nei gruppi sanitari strutturati (corporate, multisito), il **CEO** e il team di vertice (TMT) coordina il management centrale, affiancato da coordinatori di dipartimento o sede, responsabili delle strategie locali. Sono diffusi modelli dove la responsabilità strategica è distribuita tra CEO, dirigenti amministrativi e direzione sanitaria, integrando governance clinica e aziendale. Per consentire il raggiungimento degli obiettivi aziendali il management ha necessità di utilizzare sistemi informativi e tecnologie abilitanti. Tra questi il **MIS (Sistema Informativo**

**Direzionale**) ha il compito di centralizzare i dati economico-gestionali, supportando pianificazione, controllo e decisioni strategiche: budgeting, reporting, Balanced scorecard, forecast, scenario analysis. Anche le **tecnologie di Business Intelligence (BI) (dashboard, cruscotti, analisi OLAP, predictive analytics)** consentono il monitoraggio in tempo reale delle performance, l'individuazione tempestiva delle anomalie e tendenze negative. E il supporto alle decisioni strategiche e operative. I sistemi **HR e Workforce Management** offrono soluzioni integrate per la gestione del personale (presenze, turnazione, ferie, assenze). I **dashboard Analytics** analizzano la produttività, l'assenteismo e pianificano il fabbisogno futuro di personale. La cartella clinica e la telemedicina tramite sistemi EHR/EMR integrati migliorano l'efficienza clinica, la tracciabilità e la sicurezza dei pazienti. La telemedicina poi consente la possibilità di eseguire visite e consulti a distanza. I manager, avvalendosi dell'innovazione tecnologica e servendosi dei sistemi informativi riescono così a pianificare scenari e processi di cambiamento, attribuendo così ai sistemi informativi un ruolo determinante per la governance, facilitando la collaborazione tra aree cliniche, amministrative e operative, garantendo **una visione unitaria dell'organizzazione**. Il successo delle aziende sanitarie private dipende in modo crescente dalla capacità del management strategico di governare l'innovazione e dal ruolo dei sistemi informativi aziendali nel **trasformare dati in decisioni, efficienza e qualità**. Solo un'integrazione efficace fra competenze manageriali, governance sanitaria e tecnologie IT può garantire sostenibilità, competitività e una cura sempre più centrata sul paziente.<sup>10</sup>

### **5.3 Modelli di corporate Governance nelle imprese sanitarie private**

La corporate governance nelle imprese sanitarie private riguarda l'insieme di principi, meccanismi e strutture che regolano i rapporti tra proprietà, management e stakeholder, con l'obiettivo di assicurare una **gestione trasparente**, sostenibile e responsabile dell'organizzazione.

In ambito sanitario, la governance ha caratteristiche peculiari: deve coniugare efficienza economica, qualità dell'assistenza e compliance normativa, in un contesto ad alto impatto

sociale e spesso regolato da sistemi misti pubblico/privato. La governance sanitaria privata prevede pianificazione e attenzione a molteplici aspetti di cui il manager deve tenere conto.

<sup>10</sup> *Belfiore, A. – Financial configurations of Italian private hospitals*

Bisogna prestare attenzione a:

- **multi-stakeholder**, che sono i proprietari, i fondi, i dirigenti, i medici, i pazienti e il SSN.
- **Governance clinica e aziendale**, necessaria per l'integrazione tra logiche mediche e manageriali.
- **Controlli regolatori esterni**, quindi all'accREDITamento e al rispetto di standard di qualità e sicurezza.
- **Finalità profit e impatto pubblico**, in quanto le imprese hanno finalità di lucro ma che operano anche in un settore sensibile.

I modelli di governance più diffusi sono:

- Modello tradizionale "monistico" (Board of Directors)
- Modello dualistico (Supervisory Board+ Management Board).
- Modello partecipativo e clinico integrato.

Il **modello monistico** prevede un Consiglio d'amministrazione (CdA ) che esercita poteri strategici e nomina un Amministratore Delegato (CEO). Il CEO e i dirigenti sono responsabili dell'attuazione operativa. Questo modello è diffuso in gruppi sanitari privati, holding sanitarie, ospedali privati accreditati.

Il **modello dualistico** prevede invece un Consiglio di Sorveglianza che vigila sulla gestione e un Consiglio di Gestione che conduce le attività operative. Questo modello è più comune in contesti corporate o partecipazioni finanziarie complesse (es. investitori, fondi sanitari).

Il **modello partecipativo** e clinico integrato coinvolge attivamente la direzione sanitaria, i primari e i coordinatori di reparto nelle scelte strategiche. Viene adottato da realtà dove è forte il peso della componente medica, o in poliambulatori specialistici e cliniche a governance mista.

Un modello di corporate governance efficace nelle imprese sanitarie private:

1. garantisce allineamento tra mission clinica e obiettivi economici,
2. assicura trasparenza e compliance normativa,
3. promuove una gestione sostenibile e centrata sul paziente,
4. e si adatta dinamicamente all'evoluzione digitale e regolatoria del settore.

#### **5.4 La gestione dei rischi nelle imprese sanitarie private**

La gestione del rischio (**Risk Management**) in sanità privata è un approccio sistematico finalizzato a tutelare la sicurezza dei pazienti, il personale, i beni aziendali e la reputazione dell'organizzazione, contribuendo alla sostenibilità complessiva dell'impresa. La normativa di riferimento tramite la legge Gelli-Bianco (L.24/2017) sancisce la sicurezza delle cure come diritto costituzionale, imponendo alle strutture sanitarie la gestione attiva del rischio clinico, compreso il coinvolgimento del personale e dei professionisti convenzionati.

Le imprese devono **redigere un piano annuale di Risk Management (PARM) ai sensi del decreto 232/2023 (attuativo dell'art. 10 L.24/2017) obbligatorio anche per strutture private accreditate.**

##### ***Fasi del processo di gestione del rischio***

Il ciclo di Risk Management sanitario, ispirato alla norma ISO 31000:2020, segue le seguenti tappe:

1. Identificazione: rilevamento rischi clinici (errori medici, eventi avversi), organizzativi (flussi, infrastrutture), tecnologici (cybersecurity), infettivi, e legali/contenziosi.
2. Valutazione/prioritizzazione: analisi probabilità e impatto su pazienti e struttura; utilizzo di matrici di rischio per assegnare priorità.
3. Mitigazione: interventi su processi, formazione, tecnologia, procedure strutturate.

4. Monitoraggio continuo: audit, analisi segnalazioni, verifica efficacia misure e aggiornamento continuo.
5. Reporting & feedback: documentazione di incidenti, eventi sentinella, tracciabilità delle azioni intraprese e delle performance nel tempo.

Aree di rischio chiave

- |                              |  |
|------------------------------|--|
| 1. Tipo di rischio           | 2. Specificità nel contesto sanitario                                |
| 3. Clinico                   | 4. errori di diagnosi, farmaci, emovigilanza, eventi sentinella      |
| 5. Organizzativo             | 6. inefficienze nei flussi, carenze di procedure, gestione operativa |
| 7. Tecnologico / informatico | 8. attacchi cyber, perdita integrità dei dati, non conformità GDPR   |
| 9. Regolatorio / legale      | 10. contenziosi medico-legali, responsabilità 231 e compliance       |
| 11. Sicurezza sul lavoro     | 12. infortuni operatori, gestione ambientale e normativa D.Lgs.81/08 |

La governance del rischio è gestita dal **Risk Manager**, figura incaricata del coordinamento del PARM e delle attività di risk management, in staff con la Direzione Sanitaria.

Il **Comitato Infezioni (NOCI)** è un organismo che si occupa della gestione e del monitoraggio dei rischi infettivi, integrato nella governance clinico-strategica della struttura sanitaria.

Il **Sistema di Controllo Interno (SCI)** integra processi formalizzati per valutazione e mitigazione dei rischi a tutti i livelli organizzativi.

Gli strumenti utilizzati dai manager per la gestione del rischio sono diversi: i più importanti sono il Risk Management Information System (RMIS) che è un software per documentare incidenti, tracciare segnalazioni, generare report e supportare decisioni basate su dati. La Formazione continua e la simulazione clinica si attua attraverso l'utilizzo di piattaforme di simulazione come CEMEDIS, per addestrare il personale senza rischi reali per il paziente. Si effettuano anche degli audit periodici e KPI di rischio tramite una misurazione sistematica di indicatori (tasso eventi avversi, reclami, compliance) e revisione periodica del piano di risk

management.<sup>11</sup> L'utilizzo di tutte queste metodiche consente una notevole **riduzione degli errori clinici, dei contenziosi e dei costi assicurativi**, oltre che un miglioramento della qualità dell'assistenza e un aumento della fiducia e della reputazione istituzionale. Infine, si realizza anche un rafforzamento della sostenibilità economica integrando la gestione del rischio nel controllo strategico dell'impresa. La gestione dei rischi nelle imprese sanitarie private non è solo una norma da rispettare, ma un processo strategico centrale per:

1. garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori;
2. proteggere reputazione, accreditamento e valore di marca;
3. integrare il risk management nel governo aziendale e nel controllo di gestione;
4. costruire una cultura organizzativa proattiva, resiliente e sostenibile.

<sup>11</sup> *Linee operative Risk Management in Sanità Anno 2025 – Fonte Regione Lombardia-*

## **CAPITOLO 6 - CASE STUDY**

### **6.1 Presentazione del caso: GVM Care & Research**

Il Gruppo GVM Care & Research fu fondato nel 1973 da Ettore Sansavini con la clinica Villa Maria a Cotignola (Ravenna). Attualmente il gruppo è costituito da 29 strutture ospedaliere, 4 poliambulatori e RSA in 11 regioni italiane, oltre a 15 ospedali in Francia, Polonia, Albania, Ucraina e Kosovo. Conta circa 11.800 dipendenti e un fatturato vicino a 900 milioni di euro nel 2023. Negli ultimi dieci anni ha investito oltre 1 miliardo di euro in infrastrutture, tecnologie diagnostiche, robotica, IT e formazione continua. Il Gruppo ha come obiettivo strategico quello di offrire assistenza ad alta specializzazione, accessibile e integrata, basata sulla centralità del paziente e sull'innovazione tecnologica. Particolarmente **specializzata sulla cardiocirurgia** e sulla cardiologia con centri di eccellenza quali quelli di Bari, Cotignola e Lecce, che registrano tassi di mortalità vicini allo zero nei bypass coronarici. Il Gruppo si è evoluto tramite un mix di collaborazione pubblico-privata già dagli anni 70, e acquisizioni mirate di strutture in Italia e all'estero. Il gruppo ha espresso una straordinaria integrazione tra Clinica, Diagnostica avanzata e Digital Health. Tra le strutture GVM, Anthea Hospital di Bari, Maria Cecilia di Cotignola e Villa Torri di Bologna figurano al top nazionale per qualità e volumi di interventi cardiocirurgici, con mortalità zero su bypass e valvuloplastica. Rapidi tempi di trattamento: il 92% dei pazienti con infarto acuto trattati entro 90 minuti a Bari e Cotignola. Nel 2023 il gruppo ha ottenuto un finanziamento di 20 milioni di euro con garanzia SACE (Banca MPS), per sostenere l'espansione in Europa e in Albania, con focus su capacità produttiva e servizi avanzati di patient care.

Il caso GVM Care & Research rappresenta un **esempio integrato di crescita multidimensionale** e di orientamento al value-based healthcare e alta specializzazione. Ma anche un esempio di governance moderna basata sul balance del management e dell'expertise clinico, con utilizzo di sistemi digitali evoluti al servizio delle performance operative e della qualità essenziale.

## 6.2 Analisi del modello organizzativo e strategico

Il fondatore del Gruppo GVM ha fondato la strategia e il modello organizzativo sulla base di una visione ispirata al **modello americano**, il quale prevedeva tariffe fisse, alta specializzazione, e focus sul paziente e sulle tecnologie avanzate fin dagli anni 70. Grazie alla collaborazione pubblico-privata con l'Emilia-Romagna, GVM ha consolidato il proprio ruolo come struttura sussidiaria al sistema pubblico fin dagli anni 70-80, raggiungendo fatturati di tutto rispetto (900 milioni di euro), con una presenza in 11 Regioni Italiane e altri 5 Paesi europei con circa 50 strutture e circa 12.000 dipendenti, un vero colosso della sanità privata. Il gruppo ha una struttura organizzativa basata su una holding e sulla GVM Servizi. La Holding dirige e coordina società sanitarie, di servizi, produttive e del settore biomedicale, garantendo un sistema integrato multi-ambito GVM SpA. La GVM Servizi coordina l'innovazione organizzativa e digitale, promuovendo il modello di "Smart Hospital" nelle strutture, e guida il management interno su piattaforme digitali e processi innovativi. L'obiettivo è la creazione di flussi integrati e digitalizzati per una esperienza paziente-centrica ed efficiente. Il Gruppo utilizza una strategia modellare, creando un modello organizzativo multidisciplinare basato sull'alta specializzazione, come nel caso dell'obesity center. In questo centro si porta avanti un progetto strategico-strutturale per la cura dell'obesità, con percorsi personalizzati, tutor dedicati e coordinamento su scala nazionale. Oltre a progetti come quello sopra descritto il Gruppo GVM Campus offre formazione specialistica per il personale sanitario e amministrativo. Tra le tante è presente anche una azienda biomedicale del Gruppo che sviluppa dispositivi innovativi, con oltre 50 brevetti. GVM utilizza altresì un cruscotto dedicato alla cardiocirurgia per la valutazione delle performance cliniche, il cui monitoraggio continuo alimenta una cultura delle performance e consente miglioramenti continui su base dati Cardiocirurgia. È facile intuire che una azienda così all'avanguardia e moderna sia inclusa tra i centri di eccellenza nel 2025, soprattutto per la cardiologia e ginecologia dall'Istituto Tedesco Qualità e Finanza. Il gruppo GVM è stato il primo gruppo sanitario italiano a ottenere contemporaneamente le certificazioni **ISO 37001** (anticorruzione), **UNI Pdr 125:2022** (parità di genere) e **ISO 30415:2021** (diversità e inclusione). Il piano strutturato per la parità di genere, bilancio di genere, sportelli di ascolto, e coaching alla maternità sono coordinati dall' AD

Eleonora Sansavini che guida iniziative legate a equity e leadership femminile (79% del personale). Il modello organizzativo e strategico di GVM Care & Research si caratterizza per la centralità della qualità clinica unitamente ad una forte specializzazione tecnologica. Si caratterizza anche per una governance integrata che bilancia controllo, compliance e innovazione, oltre ad un impegno strutturato su formazione, ricerca, sostenibilità ed inclusione.

### 6.3 Analisi economico- finanziaria del Gruppo GVM

#### 1. Performance economica e redditività

- **EBIT (semestre 2024):** ca. 33 415 mila €, rispetto a 26 010 mila € nello stesso periodo del 2023.
- **Risultato netto del gruppo (al 30 giugno 2024):** 19 016 mila €, +3 mila € rispetto a dicembre 2023 (13 647 mila €).
- **ROS (EBIT / Ricavi vendite):** 13,52% a giugno 2024, in leggera flessione rispetto al 14,25% di giugno 2023; ma sempre superiore al valore pieno 2023 (10,87%) .

**La redditività operativa è robusta** e in crescita anche se il margine ROS ha evidenziato una lieve flessione tra semestri.

#### 2. Struttura patrimoniale e solidità finanziaria

##### **Patrimonio netto:**

Al 31 dicembre 2024 il **patrimonio netto** del gruppo risulta cresciuto di circa 116 751 mila €, grazie a:

- una rinuncia al credito da parte del socio GVS Group (75 000 mila €),
- un utile d'esercizio di circa 39 920 mila €,
- riserve incrementate via incentive plan (1 646 mila €).

### **Indebitamento finanziario netto (IFN):**

Al 31 dicembre 2024 l'IFN risulta pari a **-219 786 mila €** (net cash positivo), in miglioramento rispetto a **-328 675 mila €** del 2023.

Questo indica una solida posizione di liquidità e una forte riduzione del debito netto.

### **Stato patrimoniale semestrale (30/6/2024):**

- Totale attività: 945 337 mila €
- Patrimonio netto di gruppo: **357 386 mila €**
- Passività non correnti: 368 743 mila €
- Passività correnti: 219 185 mila €.

Le attività non correnti (es. immobilizzazioni) rappresentano circa 67% del totale e riflettono investimenti in infrastrutture e tecnologie.

### **3. Fonti e uso dei finanziamenti**

- **Finanziamento BEI da 35 milioni € (dicembre 2024)** destinato a ricerca, sviluppo tecnologico, digitalizzazione e potenziamento infrastrutturale, incluso un nuovo impianto per Eurosets a Medolla entro il 2027.
- **Linea revolving da 20 milioni € (luglio 2023)** con Banca MPS garantita da SACE, finalizzata all'espansione internazionale in Francia, Polonia e Albania.

Si evidenziano strategie di diversificazione delle fonti (istituzionali, garantite) orientate a innovazione e internazionalizzazione.

---

### **4. Indicatori chiave sintetici**

<b>Indicatore</b>	<b>Valore / Trend</b>
<b>Fatturato 2022</b>	≈ 850 M€
<b>EBIT (H1 2024)</b>	33 415 k€ (+28% vs H1 2023)
<b>ROS (H1 2024)</b>	13,52% (vs 14,25% H1 2023)
<b>Risultato netto H1 2024</b>	19 016 k€
<b>Patrimonio netto (2024)</b>	+116 751 k€ rispetto al 2023

<b>Indicatore</b>	<b>Valore / Trend</b>
<b>IFN netto (2024)</b>	-219 786 k€ (miglioramento vs -328 675 k€)
<b>Finanziamenti recenti</b>	BEI 35 M€, SACE/MPS 20 M€

---

## 5. Analisi SWOT sintetica

### Punti di forza

- Margini operativi elevati e resilienza reddituale.
- Solida posizione di liquidità e riduzione del debito netto.
- Finanziamenti mirati supportano innovazione, R&S e internazionalizzazione.

### Debolezze

- Dipendenza da investimenti esterni (capitale di debito o BEI).
- Leggera flessione del ROS sul semestre, da monitorare.

### Opportunità

- Potenziamento infrastrutture (incl. Eurosets).
- Espansione internazionale consolidata in UE e Balcani.
- Crescente digitalizzazione e innovazione med-tech.

### Rischi

- Pressioni regolatorie e normative nel settore sanitario.
- Rischi operativi e clinico-gestionali di strutture multi-paese.
- Sensibilità ai costi finanziari con eventuali cambiamenti di tassi su debiti.

Il Gruppo GVM si presenta con i conti in ottima salute, con una traiettoria economico-finanziaria solida. Margini robusti, patrimonio netto in crescita ed indebitamento in netto miglioramento. I recenti finanziamenti attestano l'attenzione al futuro, puntando su innovazione, digitalizzazione e sviluppo estero.

#### 6.4 Best practices e criticità del Gruppo GVM

Il Gruppo GVM Care & Research si attesta tra le principali realtà sanitarie private Italiane ed Europee, con una forte vocazione all'espansione internazionale. Tuttavia, come ogni grande organizzazione presenta anche delle criticità sistemiche e gestionali che meritano la dovuta attenzione. Tra le best practices del Gruppo GVM spicca l'integrazione tra cura, ricerca e innovazione. Il modello GVM unisce attività ospedaliera, ricerca scientifica e innovazione tecnologica. Si sono fatti importanti investimenti in dispositivi biomedicali tramite Eurosets, che è un'azienda interna che sviluppa tecnologie per la cardiocirurgia, la dialisi e la ossigenoterapia. Per quanto riguarda la digitalizzazione dei processi sanitari si sono adottati alcuni sistemi informativi ospedalieri integrati, quali la cartella clinica elettronica e la gestione dei flussi clinico-amministrativi. E poi ancora si sono adottati progetti di telemedicina, prenotazione on line e referti digitali. Anche in campo internazionale si assiste ad una sempre maggiore presenza del Gruppo GVM con presenze in Polonia, Francia e Albania, con modelli di gestione replicabili e adattabili al contesto locale. Le fonti di finanziamento esterne (BEI, MPS/SACE) utilizzate in maniera efficiente, consentono la crescita senza sfociare nel sovraindebitamento. L'alta qualità clinica unitamente agli accreditamenti e ai rigorosi protocolli di qualità e sicurezza, fanno degli ospedali GVM un modello virtuoso tra i migliori del Sistema Sanitario Nazionale (es. Humanitas Gavazzeni, Maria Cecilia Hospital). In fine tra le best practices bisogna menzionare la sostenibilità economico-finanziaria che si afferma con Margini Redditali solidi e patrimonio netto in crescita, oltre che con un Indebitamento Finanziario Netto positivo. Tutti questi elementi valutati nella loro complessità fanno del Gruppo GVM un modello misto pubblico-privato che garantisce equilibrio tra sostenibilità finanziaria e accessibilità dei servizi. Tra le **Criticità** del Gruppo GVM bisogna menzionare la dipendenza da convenzioni con il SSN, poiché una parte rilevante dei ricavi deriva da accreditamenti regionali o convenzioni con il SSN. Ciò espone il Gruppo a rischi regolatori, ritardi nei rimborsi, e tetti di spesa regionali. Un'altra criticità è rappresentata dai rischi gestionali legati alla dimensione. La gestione di decine di strutture in Italia e all'estero può generare disomogeneità nei livelli di servizio, oltre che una complessità logistica e amministrativa e difficoltà nella standardizzazione dei protocolli clinici. Anche il turnover e gestione del personale sanitario crea delle difficoltà nella fidelizzazione del personale medico ed infermieristico. Il gap generazionale presente in alcune aree specialistiche rappresenta un

problema comune a tutto il settore sanitario italiano. Le pressioni su margini da inflazione e caro energia con costi crescenti per energia, materie prime biomedicali e logistica rischiano di erodere i margini se non compensati da efficienza operativa o revisione tariffaria. Tra le criticità bisogna altresì menzionare un problema di innovazione che non sempre è omogeneo, specialmente tra alcune strutture periferiche o di recente acquisizione che non sono ancora allineate agli standard di eccellenza clinica o di digitalizzazione del Gruppo, creando incertezza su tempi e costi di aggiornamento infrastrutturale.

Il **Gruppo GVM** è un modello di **eccellenza gestionale e clinica**, capace di coniugare risultati economico-finanziari solidi con un impatto positivo sul sistema sanitario. Tuttavia, per mantenere questo equilibrio, sarà cruciale:

- Ridurre la dipendenza dai fondi pubblici tramite diversificazione dei servizi (es. medicina preventiva, assicurazioni private).
- Investire nella **formazione e fidelizzazione del personale**.
- Uniformare gli **standard tecnologici e clinici** su tutto il territorio nazionale ed estero.
- Anticipare le evoluzioni normative e digitali in ambito sanitario.

### **6.5 Confronto del Gruppo GVM con altri player nazionali.**

Ecco un confronto aggiornato e dettagliato del **Gruppo GVM** rispetto ai principali player della sanità privata italiana — **Gruppo San Donato, Humanitas, KOS, e Garofalo Health Care** — evidenziando dimensioni, presenza territoriale, performance economiche e modelli di business.

#### **1. Dimensioni e fatturato (2022–2024)**

- **Gruppo San Donato (Papiniano)** è il leader italiano con **2,57 miliardi € di ricavi nel 2024**, in crescita dal 1,724 mld € nel 2019 (+49%).
- **Humanitas** è secondo, con circa **1,1 mld € nel 2021**, consolidando una posizione nazionale forte.
- **GVM** (Gruppo Villa Maria) si colloca al terzo posto: **≈ 840–798 milioni € di fatturato nel 2022–2021**.

- **Garofalo Health Care (GHC)** ha circa **470 milioni € di ricavi nel 2024**.
  - **KOS**, al quinto posto tra i principali, genera  $\approx$  **660–683 milioni €** di fatturato nel 2021–22.
- 

## 2. Presenza territoriale e internazionale

- **San Donato** concentra la sua presenza prevalentemente in **Lombardia** (19 ospedali, di cui 3 IRCCS) e ha una significativa espansione in **Emilia-Romagna**.
  - **Humanitas** ha base nel Nord, con strutture in **Lombardia, Piemonte, Sicilia**, ma non è così diffusa sul territorio nazionale come altri gruppi.
  - **GVM** è attivo in **10 regioni italiane** e ha **13–14 presidi esteri** (Francia, Polonia, Albania, Ucraina), che contribuiscono per circa il 13–14% dei ricavi.
  - **Garofalo (GHC)** opera in **otto regioni italiane**, con 37 strutture, e ha un portafoglio concentrato su servizi integrati paziente-centrici.
  - **KOS** è molto diversificato, presente in almeno 9 regioni e attivo soprattutto in RSA e riabilitazione socio-assistenziale, con forte esposizione in Germania.
- 

## 3. Modello di business e mix ricavi

- **San Donato** e **Humanitas** sono leader nelle II servizi ospedalieri accreditati, con un mix largamente pubblico-privato; Humanitas ha riconoscimenti di eccellenza e innovazione tecnologica (Intelligenza Artificiale, ricerca clinica).
  - **GVM** ha un modello ibrido: un buon mix tra ricavi in accreditamento e attività in solvenza privata, sostenuto anche dalle attività di **Eurosets** (biomedicale) integrata nel gruppo.
  - **Garofalo** si basa su un modello “patient-centered” con alta qualità, servizio integrato e governance strutturata.
  - **KOS** è orientato principalmente alla terza età e assistenza residenziale: il 35% circa dei ricavi proviene dalla produzione in solvenza privata, diversificata tra fondi integrativi, privati, aziende.
-

#### 4. Redditività e solidità finanziaria

- **San Donato** mostra margini e crescita stabili con riduzione dell'indebitamento (e abituale uso di spazi finanziari, IPO, joint-venture).
- **Humanitas** registra forti utili, elevati investimenti in infrastrutture e tecnologia, e posizionamento come ospedale top tecnologico italiano secondo Newsweek e Agenas.
- **GVM**, come già evidenziato, registra margini operativi sopra il 10 %, patrimonio netto in crescita, indebitamento netto positivo e investimenti in ricerca e crescita internazionale.
- **GHC** con EBITDA di 78,5 M€ su 470 M€ di ricavi e utile netto di circa 21,8 M€, mostra solidità moderata ma buona performance su scala regionale.
- **KOS** ha una performance economica mediamente solida, seppur più orientata alla quantità di presidi e scalabilità nel settore degli anziani.

#### 5. Conclusione comparativa

Caratteristica	<b>GVM (Gruppo Villa Maria)</b>	<b>San Donato</b>	<b>Humanita s</b>	<b>Garofalo (GHC)</b>	<b>KOS</b>
<b>Fatturato</b>	~800– 840 M€ (3° Italia)	~2,57 Mld in € (1°)	~1,1 Mld € (2°)	~470 M€	~660– 683 M€
<b>Presenza geografica</b>	10 regioni Italia + 14 estero	Lombardia + Emilia-Ro magna	Lombardia , Piemonte, Sicilia	8 regioni Italia	9 regioni + Germania RSA
<b>Internazionali zzazione</b>	Forte (13–14%)	In crescita	Marginale	Limitata	Forte component e estera
<b>Mix ricavi (pubblico/priv ato)</b>	Ibrido, buona quota privata (solvenza )	Prevalente mente accreditato	Accredita mento, ma con grandi contributi da privati	Bilanciato, qualità elevata	Importante quota solvenza (36–40%)

Caratteristica	<b>GVM (Gruppo Villa Maria)</b>	<b>San Donato</b>	<b>Humanita s</b>	<b>Garofalo (GHC)</b>	<b>KOS</b>
<b>Innovazione/R &amp;D</b>	Eurosets integrata, digitalizza zione crescente	Gestione ospedali IRCCS nuovi poli	Forte ricerca e clinica, AI, università	Modello patient-ce ntered	Focus riabilitazion e/RSA

### In sintesi

- **GVM** si distingue per la **diversificazione geografica e internazionale** e uno **stile ibrido** tra accreditamento e solvenza, con progetti innovativi come Eurosets.
- **San Donato** mantiene una **leadership dimensionale italiana** con una vasta rete in Lombardia ed espansione internazionale.
- **Humanitas** eccelle su reputazione tecnologica e centri clinici d'eccellenza.
- **Garofalo** si caratterizza per efficienza territoriale ed elevata qualità dei servizi.
- **KOS** è forte nel segmento RSA e assistenza socio-sanitaria, con diversificazione nel Nord Italia e all'estero.

# **CONCLUSIONI**

## **Sintesi dei principali risultati**

Bisogna innanzitutto rilevare che il comparto della sanità privata composto da ospedali, cliniche, RSA e ambulatori accreditati, risponde molto bene alla crescita della domanda di servizi sanitari, anche in considerazione dell'invecchiamento della popolazione, e ai tempi medi di attesa molto lunghi della sanità pubblica oltre che alle nuove necessità di cura. Hanno contribuito molto al raggiungimento di questo risultato i grandi gruppi di cui si è già parlato, primi tra tutti il Gruppo San Donato (prima azienda ospedaliera privata nazionale) e Garofalo Health Care con una grande presenza in più regioni italiane. Notevoli sono stati gli investimenti diretti ed indiretti nel comparto sanitario privato, con forte attrattività di fondi stranieri che sono sempre più interessati al mercato sanitario privato italiano.

Si può ragionevolmente concludere che il business delle aziende sanitarie private in Italia mostra segnali di **solidità e crescita**, con operatori privati accreditati in espansione, risultati economici positivi come Garofalo e Kos, ed un contesto di mercato favorevole all'innovazione digitale e all'integrazione con il comparto assicurativo.

## **Implicazioni manageriali e di policy**

Le **aziende sanitarie private** svolgono un ruolo sempre più rilevante nel sistema sanitario nazionale, sia come **soggetti integrativi** rispetto al pubblico, sia come **attori autonomi** nel mercato della salute. Questo comporta importanti **implicazioni** su due fronti principali:

---

### **1. Implicazioni manageriali**

Dal punto di vista della **gestione aziendale**, le aziende sanitarie private devono affrontare sfide complesse che richiedono un approccio professionale e strategico.

#### **a. Sostenibilità economica**

- Necessità di mantenere l'equilibrio economico-finanziario, garantendo qualità e accessibilità dei servizi.
- Gestione attenta dei costi fissi e variabili, in un contesto ad alta intensità di capitale umano e tecnologico.

#### **b. Gestione per obiettivi e controllo di performance**

- Adozione di strumenti di **controllo di gestione, budgeting, indicatori di performance clinico-economica**.
- Valutazione continua della **produttività** delle singole unità operative (es. per centro di costo).

#### **c. Customer experience e marketing sanitario**

- Il paziente è anche un **cliente**, quindi va fidelizzato, informato, coinvolto.
- Comunicazione, branding e qualità percepita diventano leve strategiche.

#### **d. Innovazione tecnologica e digitale**

- Investimenti in digital health, telemedicina, intelligenza artificiale diagnostica.
- Gestione dei dati clinici secondo logiche di interoperabilità e sicurezza (GDPR, fascicolo sanitario elettronico).
- **Gestione del personale sanitario**
- Reclutamento, motivazione e formazione continua di medici e professionisti sanitari in un contesto di forte concorrenza.
- Necessità di bilanciare logiche cliniche con logiche manageriali.

Le aziende sanitarie private, in quanto parte del sistema salute, interagiscono costantemente con il **quadro normativo e regolatorio**, influenzando e subendo decisioni pubbliche. Le strutture

sanitarie private accreditate sono indispensabili per garantire l'offerta complessiva di prestazioni sanitarie, per cui le policy devono essere regolamentate in modo chiaro nei rapporti contrattuali con il SSN, assicurando qualità, equità e sostenibilità. L'accreditamento e il convenzionamento con il SSN non è cosa semplice, e per altro variabile da regione a regione. Bisogna passare attraverso meccanismi di valutazione, standard e controlli per l'ingresso nel sistema pubblico. La crescita del privato può ampliare l'offerta, ma anche generare disuguaglianze sociali se non bilanciate da coperture pubbliche o assicurative. Servono policy che favoriscano l'accesso anche alle fasce più deboli, tramite convenzioni o voucher. Al fine di aumentare il controllo e la trasparenza delle aziende sanitarie private è necessario potenziare i sistemi di monitoraggio della qualità, e promuovere la trasparenza dei risultati clinici ed economici per favorire la fiducia e la comparabilità con il sistema pubblico. Le aziende sanitarie private rappresentano un pilastro complementare del sistema salute italiano ma a condizione che siano gestite e regolate in modo efficace, garantendo prestazioni di qualità, tutelando l'interesse pubblico e favorendo l'innovazione e la competitività del sistema sanitario nel suo complesso.

## **LIMITI DELLO STUDIO**

Lo studio del business delle aziende sanitarie private presenta alcune criticità metodologiche, informative e concettuali. Si evidenzia in primo luogo una certa difficoltà di accesso a dati economici omogenei a causa di uno scarso livello di trasparenza nei bilanci di molte strutture non quotate o a gestione familiare. In secondo luogo, si osserva che i dati finanziari sono spesso aggregati a livello di gruppo e non disaggregabili per singola struttura (es. diagnostica, degenza, chirurgia). In terzo luogo, si evidenzia la mancanza di un database nazionale unico che raccolga indicatori economico-finanziari delle aziende accreditate. Un ulteriore limite del presente studio è dovuto alla eterogeneità del settore, essendo il settore privato composto da realtà molto diverse tra di loro. La contemporanea presenza di cliniche accreditate, ambulatori specialistici, RSA e strutture socio-sanitarie, poliambulatori e grandi gruppi multiregionali, complicano moltissimo la possibilità di confrontare performance e modelli gestionali in modo coerente e standardizzato. Anche l'impatto sociale ed etico appare di difficile valutazione in quanto gli

studi economici tendono a privilegiare indicatori di redditività (ricavi, EBITDA, ROI) trascurando **gli effetti sull'equità dell'accesso alle cure e le disparità territoriali**. L'assenza di indicatori condivisi di performance clinica ed economica rappresenta ulteriore limite del presente studio, in quanto mancano esiti clinici circa l'efficacia delle cure, soddisfazione del paziente (customer satisfaction) e costo standardizzati per prestazione. L'assenza di detti indicatori non rende confrontabili il sistema pubblico con quello privato su base scientifica. Il sistema sanitario italiano è fortemente regionalizzato: le regole su accreditamento, tariffe e rimborsi variano tra le regioni. Questo crea distorsioni e disomogeneità nella valutazione del business della sanità privata sia dal punto di vista delle performance e sia dal punto di vista delle opportunità. Si può ragionevolmente concludere che lo studio del business della sanità privata deve essere affrontato con cautela, tenendo conto dei limiti informativi e delle difficoltà di confronto con il pubblico per via dei dati eterogenei di cui si è parlato sopra tenendo in debito conto il **rischio di ridurre il tutto ad un aspetto puramente economico** in un settore che ha ad oggetto il bene primario per eccellenza che è **la salute**.

### **Spunti per futuri approfondimenti**

Questi spunti offrono una base solida per **approfondire criticamente** il business della sanità privata, analizzandola sotto diverse angolazioni: economica, etica e manageriale. È necessaria una analisi comparata tra pubblico e privato tramite il confronto di performance economiche, qualità delle cure, tempi di attesa e soddisfazione dei pazienti tra strutture sanitarie private accreditate e aziende sanitarie pubbliche. L'obiettivo è capire se e dove il privato è davvero più efficiente o competitivo del pubblico. Utile anche riconoscere un ruolo crescente al **paziente come cliente**, attraverso studi di modelli di customer satisfaction e analisi delle strategie di marketing sanitario. Ritengo sia importante anche una analisi della **economia della sanità assicurativa privata e dei fondi integrativi**, per comprendere la loro diffusione in Italia e l'impatto sulla domanda di sanità privata e relativi effetti sul sistema pubblico. Anche l'analisi delle strategie dei grandi Gruppi sanitari privati offrono spunti interessanti per l'approfondimento di strategie di crescita, modelli di governance e investimenti in innovazione tecnologica. Utili anche sistemi di misurazione delle performance sanitarie private per poter avere aziende sempre più competitive sul piano internazionale ed appetibili per gli investitori

stranieri. Anche il business dei servizi legati alla cronicità e alla terza età merita il giusto approfondimento alla luce del ruolo crescente che hanno le RSA, centri riabilitativi, cure domiciliari e teleassistenza. L'invecchiamento della popolazione crea conseguenzialmente implicazioni di carattere economico e sociale. Infine, un ulteriore spunto per l'approfondimento del business della sanità privata è rappresentato dallo studio delle politiche regionali e nazionali di accreditamento, programmazione e controllo, formulando proposte finalizzate a regolare e integrare meglio il settore privato nel sistema sanitario nazionale.

## FONTI

### ARTICOLI ACCADEMICI

#### 1. Storia e trasformazioni istituzionali

- **Between Public and Private: The Business History of Hospitals in Italy (1968–2018)**

Felisini & Salsano (2024) esplorano le trasformazioni del sistema ospedaliero italiano, dalla costituzione del SSN nel 1978 fino alle riforme degli anni '90 e il crescente ruolo dei privati nel nuovo secolo.

---

#### 2. Modelli organizzativi, integrazione e spese private

- **Modelli organizzativi sanitari pubblici e privati tra integrazione, complementarità e out-of-pocket**

Giannetti et al. (2014) analizzano i modelli organizzativi del sistema sanitario italiano, il ruolo delle spese out-of-pocket e la sostenibilità del modello universalistico.

- **Private health care expenditure and quality in Beveridge systems: Cross-regional differences in the Italian NHS**

Del Vecchio, Fenech & Prenestini (2014) valutano la relazione tra qualità dei servizi pubblici e spesa sanitaria privata nelle regioni italiane, trovando risultati sorprendenti che mettono in discussione il semplice rapporto inverso tra qualità pubblica e spesa privata.

---

### **3. Equità, accesso e disuguaglianze**

- **The Italian NHS, the Public/Private Sector Mix and the Disparities in Access to Healthcare**

Toth (2016) evidenzia come circa il 23 % della spesa sanitaria italiana sia privata, mostrando come l'accesso ai servizi dipenda dal reddito e variare sensibilmente tra Nord e Sud.

---

### **4. Qualità delle cure: pubblico vs privato**

- **Do public and private hospitals differ in quality? Evidence from Italy**

Tosetti et al. (2020) utilizzano dati amministrativi della Lombardia (2012–14) per confrontare qualità e tempi di attesa tra strutture pubbliche e private: differenze minime, con qualche eccezione (es. esiti AMI migliori nei privati; maggiori riammissioni per protesi d'anca nei privati).

---

### **5. Spesa privata in aumento**

- **Changes in private health service utilisation and access to the Italian National Health Service between 2006 and 2019**

Uno studio comparativo mostra un aumento della spesa sanitaria privata completamente a carico del cittadino tra il 2006 e il 2019, soprattutto per aggirare le lunghe liste d'attesa e segnala un peggioramento dell'equità nell'accesso al SSN.

---

## 6. Inequità nella spesa sanitaria

- **Testing health expenditure rationing under universal healthcare coverage: the case of Italy**

Becchetti & Solferino (2025) su dati recentissimi mostrano come, a parità di condizioni di salute, le persone a reddito più elevato spendano in media circa 300 € in più all'anno rispetto a chi ha un reddito basso. Questo evidenzia una disuguaglianza strutturale nell'accesso alle cure.

---

## 7. Ristrutturazione e sostenibilità del SSN

- **Restructuring the Italian NHS: a case study of the regional hospital network**  
Castellana (2012) propone un modello di riconfigurazione delle reti ospedaliere regionali, con particolare riferimento al caso pugliese, per garantire efficienza senza compromettere i servizi pubblici.
- **Impact of the economic crisis on the Italian public healthcare expenditure**  
Sempre Castellana (2012) stima che la crisi finanziaria del 2008 abbia prodotto un deficit di circa 3–5 miliardi di euro nel sistema sanitario, sottolineando la vulnerabilità del SSN ai vincoli di bilancio.
- **The financial framework of the sustainability of health universal coverage in Italy**  
Olgiati & Danovi (2012) propongono un modello quantitativo per valutare la sostenibilità della copertura sanitaria universale in Italia, alla luce delle riforme economiche e politiche del periodo 2011–2014.

### Normativa di settore

#### 1. Costituzione Italiana

- **Art. 32** – “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”.
- **Art. 117** – Attribuisce la competenza legislativa in materia di tutela della salute alle **Regioni**, salvo la determinazione dei principi fondamentali (competenza dello Stato).

---

## 2. Leggi fondamentali

- **Legge n. 833/1978** – Istituzione del **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**.
  - Principio universalistico (assistenza per tutti).
  - Superamento delle mutue.
  - Introduzione delle **Unità Sanitarie Locali (USL)** (oggi ASL/ATS).
- **D.lgs. n. 502/1992** (riforma sanitaria, modificato da D.lgs. 517/1993 e 229/1999 – “Riforma Bindi”)
  - Aziendalizzazione delle ASL e AO (aziende ospedaliere).
  - Introduzione dell’**accreditamento** delle strutture private e del sistema “a concorrenza controllata”.
  - Ruolo delle Regioni nella programmazione e finanziamento.
- **Legge n. 42/2001** – Riforma del Titolo V Costituzione → rafforza competenze regionali.

---

## 3. Normativa su finanziamento e livelli di assistenza

- **DPCM 29 novembre 2001** – Definizione dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**.
- **DPCM 12 gennaio 2017** – Aggiornamento dei LEA (diagnostica, vaccini, protesi, ecc.).
- **D.lgs. n. 68/2011** – Federalismo fiscale: criteri di finanziamento del SSN.
- **Legge di Bilancio (annuale)** – aggiorna risorse destinate al Fondo Sanitario Nazionale.

---

## 4. Accredimento e settore privato

- **D.lgs. 502/1992, art. 8-quater** – disciplina l’**accreditamento istituzionale**:
  - le strutture private possono erogare prestazioni per conto del SSN se autorizzate e accreditate dalle Regioni.
- **DPCM 20 dicembre 2021** – definisce i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per autorizzazione ed accreditamento.

## 5. Norme di sicurezza e qualità

- **Legge n. 24/2017 (Legge Gelli-Bianco)** – responsabilità professionale e sicurezza delle cure.
  - **D.lgs. n. 81/2008** – tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (anche in ambito sanitario).
  - **Codice Etico e Deontologico Medico (FNOMCeO)** – linee guida professionali.
- 

## 6. Digitalizzazione e innovazione

- **Codice dell'Amministrazione Digitale (D.lgs. 82/2005)** e successive modifiche → **fascicolo sanitario elettronico (FSE)**.
  - **PNRR – Missione 6 (Salute)** → potenziamento medicina territoriale, telemedicina, case e ospedali di comunità.
- 

## 7. Norme su assicurazioni e fondi sanitari integrativi

- **D.lgs. n. 252/2005** (previdenza complementare) – disciplina anche i fondi sanitari integrativi.
- **Legge n. 296/2006 (Finanziaria 2007)** – stabilisce criteri di deducibilità fiscale per i contributi ai fondi sanitari.

## Report di aziende e associazioni di categoria

- **Area Studi Mediobanca**
  - *La sanità e i suoi maggiori operatori privati in Italia (Ed. 2024)* – analizza i dati finanziari di 31 operatori sanitari maggiori (bilanci 2022)
  - *I maggiori operatori privati della sanità in Italia (Ed. 2025)* – aggiornamento al 2025 con dati fino al 2023 per 34 operatori

- **Sbilanciamoci.info** – articolo “Quando la salute diventa un mercato”, con statistiche su spesa privata, assicurazioni integrative e operazioni di acquisizione (es. Unipol, Generali-San Donato)
- **Confindustria** – "La salute dei sistemi sanitari. Evoluzioni e prospettive future": approfondimento su spesa out-of-pocket (89 % nel 2022) e assistenza sanitaria integrativa
- **SalutePrivata.it** – “La Sanità Privata in Italia: Tendenze Attuali e Prospettive Future” (maggio 2024): dati su spesa privata (oltre 40 miliardi €; +17,3 % sul 2022), quote di mercato, principali gruppi e disparità regionali
- **IlSudEst.it** – “Sanità privata in Italia: crescita economica e nuove sfide tra demografia e disuguaglianze territoriali” (luglio 2025): dettagli su top operatori (es. San Raffaele, Humanitas), fatturati, occupazione e regionalizzazione

## FONTI STATISTICHE

### 1. ISTAT

- **Banca dati I.Stat** → Sezione “Sanità e salute”
  - Numero di **aziende sanitarie locali (ASL/ATS)**, aziende ospedaliere, IRCCS.
  - Personale dipendente e non.
  - Indicatori di attività sanitaria.

### 2. MINISTERO DELLA SALUTE

- **Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**
  - Pubblicato ogni anno.
  - Dati su **aziende sanitarie pubbliche**, ospedaliere e universitarie.
  - Posti letto, attività, mobilità sanitaria, spesa.
- **Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)**

- Raccoglie dati dettagliati su attività ospedaliera, farmaceutica, mobilità sanitaria e spesa delle aziende.

---

**Fonti su aziende private e accreditate**

### **3. AREA STUDI MEDIOBANCA**

- Rapporto annuale *“I maggiori operatori privati della sanità in Italia”*
  - Analizza i bilanci dei **principali gruppi sanitari privati** (San Donato, Humanitas, GVM, Kos, Garofalo Health Care, ecc.).
  - Dati su ricavi, redditività, occupazione, crescita settoriale.

### **4. AIOP (ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA)**

- **Rapporto Ospedali & Salute** (con Ermeneia)
  - Dati su ospedali privati accreditati.
  - Analisi su ruolo integrativo rispetto al SSN, costi, qualità e occupazione. Dati su ricavi, redditività, occupazione, crescita settoriale.

---

**Fonti associative e confindustriali**

### **5. FEDERSANITÀ (ANCI – AZIENDE SANITARIE LOCALI E OSPEDALIERE)**

- Report su governance, spesa sanitaria, modelli organizzativi delle aziende pubbliche.

### **6. CONFCOOPERATIVE – SETTORE SANITÀ E SOCIALE**

- Report statistici su **cooperative sanitarie e sociosanitarie**, con dati su addetti, imprese e fatturato.

### Bibliografia

<b>Tipo</b>	<b>Titolo / Autore</b>	<b>Anno</b>	<b>Focus Principale</b>
Monografia	Garofalo, <i>La straordinaria storia di Raffaele Garofalo</i>	2010	Storia imprenditoriale nel settore privato
Studio management	Bomparola & Chiapperino, <i>Operational excellence in sanità</i>	2010/11	Efficienza e gestione in strutture sanitarie
Report	Area Studi Mediobanca (2024, 2025)	2024–2025	Finanza e analisi operatori privati
Report di contesto	Sbilanciamoci.info – <i>Quando la salute diventa un mercato</i>	2022-23	Spesa privata, integrazione pubblico-privato
Report	Confindustria – <i>La salute dei sistemi sanitari</i>	–	Spesa out-of-pocket e assicurazioni private
Report online	SalutePrivata.it (2024) – <i>Tendenze attuali e prospettive future</i>	2024	Spesa, operatori privati, dinamiche regionali
Report online	IISudEst.it (2025) – <i>Crescita economica e disuguaglianze territoriali</i>	2025	Top operatori, mercato, lavoro nel privato
Studio accademico	Becchetti & Solferino – <i>Health expenditure rationing</i>	2025	Disuguaglianze nella spesa privata
Associazione	AIOP – Rapporto <i>Ospedali&amp;Salute</i> e pubblicazioni correlate	2010–2018	Evoluzione, quadri regolatori e gestione privata
Contesto generale	Marini et al., <i>Le organizzazioni evolute in sanità</i> ; Previtali (a cura di)	2010	