

13. LE IMPRESE PRIVATE NEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO (1978-2018)¹

Daniela FELISINI e Fernando SALSANO
Università di Roma Tor Vergata

INTRODUZIONE

La recente pandemia ha richiamato l'attenzione degli studiosi, dei media e dell'opinione pubblica sul funzionamento dei sistemi sanitari. Le diverse capacità di risposta allo shock pandemico hanno alimentato il dibattito sui modelli organizzativi adottati dai vari Paesi, che includono, con diverse impostazioni e dimensioni, il ruolo delle imprese private erogatrici di servizi sanitari.

Il tema dell'economia sanitaria sta assumendo dunque una crescente rilevanza, ed è stata pubblicata una messe di studi con vari approcci. Alla fine del secolo scorso era stata pubblicata una prima survey che censiva i diversi filoni di ricerca nell'ambito delle scienze sociali, alcuni centrati sulle trasformazioni demografiche e sociali e il formarsi della domanda di assistenza sanitaria; altri sull'offerta di servizi sanitari, sulla loro efficienza e di conseguenza, sulla qualità e il volume della spesa pubblica; altri ancora sugli aspetti legati all'innovazione e alla crescita dei settori produttivi connessi all'erogazione dei servizi sanitari (Sassi, 1995). È dunque un'area di studi molto ampia e diversificata in cui anche gli storici economici e di impresa stanno aprendo, accanto ad alcuni studi tradizionali sull'assistenza, talvolta di dimensione locale, nuove piste di ricerca, come emerge dallo Special Issue di *Business History* del 2019, curato da Paloma Fernández e Pierre-Yves Donzé su *Health industries in the 20th century*.

Il caso italiano merita certamente ulteriori approfondimenti, per la governance multilivello che lo caratterizza, per le modalità gestionali dei soggetti sanitari pubblici e per la rilevante presenza di soggetti privati erogatori di

1. Il presente lavoro è frutto della ricerca e della elaborazione comune dei due autori. L'introduzione e i paragrafi 1 e 2 vanno attribuiti a D. Felisini, il paragrafo 3 a F. Salsano.

servizi sanitari in integrazione e/o concorrenza con quelli pubblici. Nel nostro paper proponiamo i primi risultati di una ricerca ancora in corso sullo sviluppo delle imprese private nel quadro del sistema sanitario italiano nei quarant'anni tra il 1978 e il 2018.

Dedichiamo la prima parte all'illustrazione del quadro normativo e istituzionale per poi esporre alcuni casi di studio che abbiamo selezionato in quanto rappresentativi di un particolare processo di crescita dimensionale e diversificazione nell'offerta che ha caratterizzato la nascita e il consolidamento di alcuni dei più importanti gruppi privati italiani.

L'assetto istituzionale e il sistema normativo – sempre importanti nella vita delle imprese, come suggerisce Douglas North (1990), perché determinano il contesto rispetto al quale le imprese elaborano le loro strategie – lo è ancor di più nel caso delle imprese private di servizi sanitari, perché in Italia esse operano in base a un complesso sistema di autorizzazioni e di accreditamento che illustreremo tra breve.

Il quadro istituzionale plasma dunque i modelli di impresa e le loro strategie, anche se non possiamo trascurare che la normativa stessa è a sua volta il frutto delle negoziazioni politiche tra i vari livelli di governo e delle attività di lobby in cui si esprime la pressione degli operatori (Faccio, 2006; Unsal, Hassan, Zirek, 2016; Campos, Giovannoni, 2017). Alcuni studi hanno sottolineato, ad esempio, la natura discrezionale della concessione dell'accreditamento ai privati da parte delle Regioni, e i conseguenti limiti ad una effettiva concorrenza fra strutture sanitarie pubbliche e private (Füßer, Oss, 2008).

QUADRO NORMATIVO E POLITICHE SANITARIE: UNA SINTESI

Per comprendere la crescita che negli ultimi quarant'anni ha caratterizzato il settore della sanità privata in Italia è necessario considerare i cambiamenti delle politiche sanitarie e del quadro normativo. Nel periodo considerato si sono susseguite tre riforme principali, nel 1978, 1992 e 1999, che hanno modificato profondamente il sistema sanitario e hanno progressivamente aperto maggiori spazi alle imprese private, attribuendo loro il ruolo di erogatori di servizi sanitari, soggetti alla medesima regolamentazione delle strutture pubbliche e remunerati con fondi pubblici dalle Regioni in base alle prestazioni fornite.

Come in tutti i paesi industrializzati, anche in Italia l'organizzazione dell'assistenza sanitaria si è trasformata nel corso del ventesimo secolo, in relazione alla progressiva affermazione di un welfare universale e alla crescita della spesa pubblica. Sino alla fine degli anni Settanta, la sanità italiana era fondata su un sistema mutualistico caratterizzato da una marcata frammentazione su base professionale. L'assistenza ospedaliera e ambulatoriale era, infatti, finanziata da centinaia «Casse mutue» settoriali, che garantivano una copertura quasi universale per estensione (quasi il 92% della popolazione),

ma ampiamente diseguale riguardo alle prestazioni garantite. I servizi offerti variavano a seconda delle Casse, delle categorie e persino tra gli iscritti alla medesima Cassa. Tali diseguaglianze nella copertura assistenziale venivano accentuate dall'ineguale distribuzione territoriale dell'offerta ospedaliera. Nel complesso, il funzionamento del sistema mutualistico alimentava una distorsione dell'assistenza a favore della parte più sviluppata e prospera del paese, secondo il modello della *inverse care law* teorizzata da Tudor Hart (1971). Alla luce di tali criticità, l'esigenza di una riforma fu oggetto negli anni Settanta di un ampio dibattito. La crisi finanziaria degli enti mutualistici e la pressione esercitata dai movimenti sociali diedero la spinta decisiva per l'attuazione di una vera e propria rottura culturale nell'ambito del più ampio processo riformistico che caratterizzò quella stagione della storia repubblicana².

Nel 1978, al termine di un lungo iter parlamentare, fu approvata la legge 833, che soppresse il sistema mutualistico e istituì il Sistema Sanitario Nazionale, di carattere universalistico e solidaristico, teso a garantire l'assistenza sanitaria gratuita a tutti i cittadini senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito, lavoro, in coerenza il dettato costituzionale (articolo 32 della Costituzione Italiana) e con la coeva attuazione delle Regioni (Ferrera, 1984; Paci, 1989; Giorgi, Pavan, 2021). Finanziato dalla fiscalità generale, il nuovo sistema configurava l'accesso all'assistenza sanitaria non più come un privilegio dell'assicurato, ma come un vero e proprio diritto di cittadinanza (Luzzi, 2004; Mapelli, 2012a; Taroni, 2011; 2019).

La riforma del 1978 stabilì inoltre una ripartizione di competenze a livello territoriale. Allo Stato spettava il finanziamento del sistema in un quadro di programmazione generale, alle Regioni erano assegnate funzioni legislative e di coordinamento, i Comuni erano incaricati della gestione diretta dell'assistenza sanitaria tramite le Unità Sanitarie Locali (Usl), definite come «un complesso di presidi, uffici e servizi con il compito di integrare sotto il profilo organizzativo, gestionale e amministrativo tutte le attività di prevenzione, cura e riabilitazione a livello territoriale» (L. 833/1978). Ciascuna delle 657 Usl istituite dopo l'approvazione della legge era chiamata a operare in un ambito territoriale che poteva comprendere dai 50.000 ai 200.000 abitanti a seconda delle caratteristiche geografiche, sociali ed economiche della zona di competenza. Alle Usl furono inoltre accorpati gli ospedali, che rispondevano ai requisiti minimi previsti dalla cosiddetta legge Mariotti (legge 132/68), che nel 1968 aveva riformato gli enti ospedalieri. Un ruolo centrale fu assegnato ai medici cosiddetti «di base» o «di

2. L'istituzione del SSN fu portata a termine al termine di una fase caratterizzata da ampie mobilitazioni e riforme che, nell'ambito della salute, comprendevano la legge del luglio 1975 istitutiva dei consultori familiari, la cosiddetta legge Basaglia del maggio 1978 e la legge n. 194 sull'interruzione di gravidanza, anch'essa approvata nel maggio 1978 (Giorgi, Pavan, 2018).

medicina generale», liberi professionisti incaricati dell'assistenza primaria e remunerati dalle Usl in base al numero di pazienti a carico.

Alla sanità privata fu riservato un ruolo residuale. La riforma, imperniata sul primato della gestione pubblica, prevedeva la piena integrazione nel SSN solo per gli ospedali privati religiosi senza fini di lucro. Per gli altri ospedali e ambulatori privati era invece prevista un'integrazione sussidiaria nei piani regionali, in base alle esigenze dei vari territori, mediante il sistema delle «convenzioni», accordi stipulati con le Usl al fine di integrare l'offerta pubblica di servizi sanitari. Le organizzazioni di rappresentanza delle imprese private intervennero a più riprese presso le istituzioni, per contrastare quella che ritenevano una norma «punitiva» nei confronti dell'assistenza sanitaria privata, che ne limitava fortemente le potenzialità. L'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop) sottolineò che il principio fondativo della legge andava interpretato come garanzia di assistenza e di promozione della salute collettiva, ma che questa finalità sarebbe stata ugualmente perseguibile anche tramite un sistema misto pubblico-privato³. I dirigenti dell'Associazione si resero presto conto che non era questa interpretazione a prevalere e che, al contrario, l'assistenza sanitaria privata era considerata marginale rispetto a quella pubblica. Secondo l'Aiop, una simile impostazione del SSN privava i cittadini della libertà di scelta, e apriva la strada a un sostanziale monopolio pubblico. Il dibattito di protrasse per oltre decennio, in cui i rappresentanti delle imprese sanitarie private continuarono a sostenere la necessità di adottare un sistema pluralistico nel nome della concorrenza e degli «interessi generali della popolazione» (Aiop 2014).

Secondo i dirigenti dell'Aiop una delle principali resistenze culturali alla partecipazione dei privati al SSN traeva origine dall'ispirazione al modello britannico del National Health System britannico (NHS), costituito quasi esclusivamente da soggetti pubblici. In realtà, proprio mentre in Italia entrava in funzione il SSN, il NHS era oggetto di un profondo ripensamento. L'entrata in vigore della legge 833, momento culminante del processo di affermazione dello Stato sociale in Italia, andava, infatti, in controtendenza rispetto all'impostazione di altri paesi europei, che avevano già avviato il ridimensionamento dei propri sistemi di welfare. A livello internazionale la sanità stava diventando uno dei principali obiettivi delle politiche di contenimento della spesa pubblica nell'ambito di discipline di bilancio e politiche fiscali coerenti con il *neo-liberal turn*. La Gran Bretagna di Margaret Thatcher rappresentò il laboratorio in cui

3. Nel Notiziario Aiop del 1979 si sosteneva che «a livello ministeriale la nostra richiesta di partecipazione alla fase attuativa della legge 833 è stata presa in positiva considerazione, perché giudicata non soltanto legittima, ma anche utile. Riteniamo di essere nel vero se siamo persuasi che la funzione dell'ospedalità privata – laica e religiosa – è oggetto, anche da parte delle organizzazioni sindacali di una nuova valutazione, che finalmente sembra superare pregiudizi e slogan di non felice memoria». (Aiop, 2014).

fu sperimentato il modello definito dei «mercati interni» o dei «quasi-mercati» applicato ai principali ambiti delle politiche sociali. Nell'ambito delle politiche sanitarie il libro bianco *Working for patients* divenne un riferimento per i governi occidentali che ne applicarono le prescrizioni, seppure in diversa misura e con diverse combinazioni⁴.

L'eco del *neo-liberal turn* giunse in Italia proprio quando la riforma sanitaria iniziava a essere applicata. Le Regioni completarono l'adeguamento alla legge 833 tra il 1979 e il 1981. Il nuovo sistema consentì un ampliamento dell'offerta di servizi sanitari, ma fu ben presto oggetto di critiche relative all'efficienza gestionale e alla sostenibilità finanziaria. Le Usl, amministrate da comitati nominati dagli enti locali, erano sostanzialmente prive di responsabilità amministrativa e operavano senza vincoli di bilancio. La spesa sanitaria fu presto individuata come una grave criticità rispetto al tentativo di porre sotto controllo le politiche di bilancio, in seguito all'adesione al Sistema monetario europeo (1978) e al divorzio tra Banca d'Italia e Tesoro (1981). Una prima inversione di tendenza si realizzò in occasione dell'approvazione della legge finanziaria del 1982 da parte del secondo governo Spadolini (agosto-settembre 1982), che mirava a realizzare risparmi sulla spesa sanitaria e introduceva il principio che i livelli di spesa del SSN non dovessero essere determinati in base a previsioni ma alle effettive disponibilità finanziarie. Ne derivò un modesto contenimento della spesa, che suscitò però timori nell'opinione pubblica, per placare i quali la Relazione di accompagnamento dovette precisare che i principi fondamentali della legge 833 rimanevano validi, pur adattandosi alle «mutate ed oggettive condizioni economiche del paese» (Mapelli, 2012; Taroni, 2019).

Nel corso degli anni Ottanta l'idea che il sistema andasse riconfigurato si andò progressivamente affermando tra i policy-makers. All'inizio degli anni Novanta l'idea di trasformare il SSN in un «mercato sociale» mediante il *purchaser-provider split* – ossia la separazione tra produttori (ospedali, ambulatori, cliniche) e acquirenti dei servizi (Regioni, Usl) – fu rilanciata dal governo presieduto da Giuliano Amato (giugno 1992 – aprile 1993). La proposta segnò l'inizio di un generale ripensamento del SSN. Il contesto politico-economico italiano era profondamente cambiato rispetto al 1978. Nella cultura economica italiana si era una diffusa un'ampia critica alle inefficienze e alle distorsioni

4. Le azioni che il documento proponeva per riformare il sistema sanitario erano tre: creazione di un mercato delle prestazioni a partire dalla separazione tra produttori e compratori di servizi sanitari (*purchaser-provider split*); uso di incentivi monetari per indirizzare il comportamento degli operatori e degli utilizzatori (ora definiti clienti) e per governare il funzionamento delle organizzazioni sanitarie (modello manageriale del New Public Management); definizione di un pacchetto minimo di prestazioni garantite dal finanziamento pubblico, aprendo lo spazio per un mercato dei servizi sanitari esclusi dalla copertura pubblica (Mapelli, 2012a; Toth, 2009; Giorgi, Taroni, 2020).

generate dall'intervento dello Stato nell'economia. La stagione delle grandi privatizzazioni, come quella dell'IRI, fu segnata dalla crescente fiducia nei benefici derivanti da un'espansione del mercato, anche nel campo delle politiche sociali. Nel 1992, la crisi valutaria culminata nell'uscita della lira dal Sistema monetario europeo e l'adesione al trattato di Maastricht con i relativi vincoli di bilancio aprirono dunque la strada alla ristrutturazione della spesa pubblica e in particolare della spesa sociale. La cosiddetta «riforma della riforma» non fu il frutto di un organico disegno di legge ma di una serie di decreti che si succedettero nel biennio 1992-93, il più importante dei quali fu il D.lgs 502/1992⁵.

Con la riforma del 1992-93 furono introdotti principi di sostenibilità finanziaria, gestione imprenditoriale ed efficienza per le strutture sanitarie pubbliche, oltretutto di concorrenza pubblico-privato⁶. Il decreto assegnava al Piano Sanitario Nazionale il compito di individuare i livelli essenziali e uniformi di assistenza garantiti dal SSN, subordinati alla quantificazione delle risorse finanziarie disponibili. Il compito di attuare il piano era affidato alle Regioni, alle quali furono trasferite le competenze in merito al finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento dei servizi sanitari, compresa la responsabilità di far fronte con risorse proprie a eventuali eccessi di spesa rispetto alle risorse ricevute dal governo centrale. In breve tempo la spesa sanitaria divenne la voce principale dei bilanci regionali. Le USL cessarono di essere gestite dai Comuni per diventare ASL, aziende regionali dotate di autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale. I Comitati di gestione, espressione diretta della politica locale, furono sostituiti da direttori generali scelti dalle Regioni, con l'intento di costruire un management del settore pubblico più efficiente. La riforma prevedeva inoltre la trasformazione degli ospedali in Aziende ospedaliere autonome con vincoli di efficienza operativa e di sostenibilità finanziaria. Per ampliare l'offerta e conferire maggiore concorrenzialità al mercato dell'assistenza sanitaria, la riforma attribuì un ruolo importante alle imprese private, che potevano operare in base a un complesso sistema di accreditamento istituzionale. In questo nuovo quadro le imprese sanitarie private «accreditate» cessavano di essere meramente integrative delle strutture pubbliche, per diventare a tutti gli effetti erogatori di servizi sanitari, tenuti all'adempimento di requisiti prefissati ma potenzialmente

5. In soli tre mesi, dopo la crisi valutaria e l'uscita dallo Sme, fu approvata la legge delega (L. 419/1992), seguita poco dopo dal D.lgs. 502/1992 emanato dal ministro della Sanità Francesco De Lorenzo. L'anno successivo un nuovo decreto, che ridimensionava l'impatto di alcuni fu emanato da Maria Pia Garavaglia, ministra della Sanità nel governo presieduto da Carlo Azeglio Ciampi (D.Lgs. 517/1993).

6. In realtà il principio della concorrenza non era esplicitamente menzionato nel D.lgs. 502/1992, ma fu enunciato ufficialmente per la prima volta nel Piano Sanitario Nazionale 1994-96 (Mapelli, 2012a).

beneficiari di risorse pubbliche⁷. La piena applicazione del sistema di accreditamento procedette però a rilento; l'integrazione delle imprese private avvenne di fatto in regime di accreditamento provvisorio.

Nel 1995 fu inoltre introdotto un nuovo metodo di finanziamento basato sulla remunerazione delle prestazioni a tariffe predeterminate dalle Regioni. Sino ad allora le strutture sanitarie pubbliche erano finanziate in base ai fattori produttivi impiegati (personale, consumo di beni e servizi) e senza informazioni precise sui costi delle prestazioni erogate. I costi dell'attività sanitaria venivano calcolati sulla base della «diaria di degenza», ossia a partire da una cifra standard moltiplicata per il numero di giorni di ricovero, indipendentemente dal tipo di intervento effettuato sul paziente. Il metodo varato nel 1995 prevedeva invece l'adozione dei Diagnosis Related Group (DRG), mutuati dal sistema in vigore negli USA dal 1983, che consentivano l'attribuzione di un costo preciso a ogni prestazione e il conseguente rimborso alle tariffe stabilite da ciascuna Regione⁸. Il nuovo metodo di calcolo doveva valere sia per gli operatori pubblici che per le imprese private.

L'apertura del SSN ai privati era sollecitata, oltre che dalle imprese, anche dall'Autorità garante della concorrenza per consentire la competizione nel mercato delle prestazioni sanitarie. L'Aiop fu più volte consultata durante la gestazione della riforma (Aiop, 2014). Negli anni successivi non mancarono le proposte di fuga in avanti verso la privatizzazione dell'intero sistema, come quella avanzata da Confindustria di adottare il modello olandese delle assicurazioni private. Nel 1997 la Regione Lombardia attuò autonomamente una riforma del proprio sistema sanitario, stabilendo la completa separazione di tutti gli ospedali dalle Asl e la loro costituzione in Aziende ospedaliere.

Nel 1999, la terza riforma del SSN detta «riforma Bindi» dal nome della ministra della Sanità nel primo governo Prodi (17.05.1996-21.10.1998) e nel

7. IL D.lgs 502/1992 prevedeva l'ingresso nel mercato sanitario degli erogatori sanitari privati per conto del Servizio sanitario nazionale. Mentre rimaneva pubblica la natura del servizio reso al cittadino, l'ente erogatore poteva essere sia pubblico sia privato, a condizione che avesse ottenuto l'accreditamento all'esercizio dell'attività sanitaria o socio-sanitaria e abbia stipulato un contratto con la Regione e con le Aziende Sanitarie Locali.

8. Il metodo dei Diagnosis Related Groups (DRG, Raggruppamenti omogenei di diagnosi) deriva dalle ricerche sulla funzione di produzione delle strutture ospedaliere avviate nel 1967 da Robert B. Fetter e John D. Thompson all'Università di Yale. Il metodo puntava alla classificazione dei pazienti in base a caratteristiche cliniche ed assistenziali; tali elementi conoscitivi avrebbero permesso di sviluppare programmi di verifica sull'utilizzo delle risorse (utilization review) e di gestione della qualità dell'assistenza (quality assurance) come basi per la valutazione della performance operativa degli ospedali. Vedi: Mihailovic, N. Kocic, S. Jakovljevic, M. (2016) Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care. *Health services research and managerial epidemiology*, 3; [https://www.cms.gov/icd10m/version37-fullcode-cms/fullcode_cms/Design_and_development_of_the_Diagnosis_Related_Group_\(DRGs\).pdf](https://www.cms.gov/icd10m/version37-fullcode-cms/fullcode_cms/Design_and_development_of_the_Diagnosis_Related_Group_(DRGs).pdf) consultato il 29/11/2021

I Governo D'Alema (21/10/1998-22/12/1999), fu incentrata sulla puntuale definizione e sull'ampliamento dei Livelli Essenziali ed Uniformi di Assistenza (Lea), individuati «contestualmente» e non più in via subordinata alla quantificazione delle risorse finanziarie (Dlgs 229/1999). La riforma Bindi segnò un parziale ritorno ai principi fondamentali della riforma del 1978, ridimensionando l'enfasi sulla concorrenza e segnando per alcuni aspetti quella che è stata definita «una rivincita del piano sul mercato» (Mapelli, 1999). Il modello di riferimento era ancora il Regno Unito, dove alle politiche thatcheriane era subentrata la cosiddetta «terza via» promossa dal governo laburista di Tony Blair. Obiettivo della riforma Bindi fu il rifiuto di qualsiasi forma di «universalismo selettivo» riguardo a beneficiari e/o tipologia di prestazioni e il superamento della «privatizzazione passiva» del SSN e del «federalismo da abbandono» delle relazioni fra Stato e Regioni (Bindi, 2005).

Nonostante questi richiami al ruolo del pubblico, lo spazio per le imprese private, ormai aperto, rimase consistente. La regionalizzazione e il sistema di accreditamento furono infatti entrambi confermati dalla riforma. La relazione tra Asl ed erogatori pubblici e privati fu regolata con il cosiddetto modello delle tre «A», ovvero i tre passaggi necessari per l'integrazione nel sistema sanitario nazionale: autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali. L'autorizzazione all'esercizio, rilasciata dalle Asl in base al possesso di determinati requisiti, è indispensabile per svolgere qualsiasi attività sanitaria anche in regime privato. L'accreditamento istituzionale, subordinato al possesso di ulteriori requisiti, consente alle strutture sia pubbliche che private di erogare servizi per conto del SSN. Gli accordi contrattuali, stipulati dalle singole strutture con le Regioni, definiscono i termini delle forniture e fissano eventualmente budget e tetti di spesa (Fiorentini, Ugolini, 2000).

Il sistema dell'accreditamento ha plasmato dunque il mercato della sanità privata nel XXI secolo. L'accreditamento è un elemento cruciale nel determinare le strategie e la redditività delle imprese sanitarie private. Inoltre l'accreditamento ne consolida la reputazione e il posizionamento nel mercato, favorendo anche le loro attività totalmente private, quindi totalmente a carico dei pazienti, attività la cui crescita è stata nell'ultimo decennio sostenuta dalla diffusione del sistema assicurativo.

Le imprese sanitarie accreditate combinano la natura privata (assetti proprietari, stili di gestione, reclutamento e retribuzione del personale, acquisto di materiali e macchinari, scelta delle sedi) con la provenienza pubblica di una quota rilevante, spesso maggioritaria, delle risorse impiegate, che determina, ad esempio la fissazione dei prezzi dei servizi erogati. Gli attori del settore sono caratterizzati da questa duplice natura che ne influenza il posizionamento di mercato e le scelte strategiche e operative.

Negli ultimi decenni le forme, le dimensioni, gli assetti proprietari e gli stili di gestione di questi attori sono visibilmente cambiati. La pressione e la diversificazione della domanda di servizi sanitari dovuta a fattori demografici e sociali e la difficoltà di soddisfarla da parte delle strutture pubbliche regionali ha stimolato fortemente la loro crescita. La creazione di grandi gruppi privati attraverso fusioni e acquisizioni, le alleanze strategiche tra alcuni di essi, e l'ingresso nel mercato italiano delle grandi multinazionali sono solo le trasformazioni più evidenti.

UN NUOVO PROTAGONISTA NEL MERCATO SANITARIO: LE IMPRESE PRIVATE ACCREDITATE

Nel periodo antecedente all'istituzione del SSN, come si è detto, il settore della sanità privata era poco sviluppato, con ospedali e cliniche di proprietà di enti religiosi o imprese familiari, mentre gli ambulatori erano prevalentemente gestiti da medici liberi professionisti e traevano profitto principalmente da convenzioni stipulate con enti mutualistici e assicurativi. Le riforme del 1992 e del 1999, introducendo il sistema dell'accreditamento regionale e il principio della concorrenza pubblico-privato hanno determinato l'affermazione di un nuovo modello di impresa: le imprese private di servizi sanitari accreditate presso il Servizio Sanitario Nazionale.

Tali imprese combinano la natura privata degli assetti proprietari e la provenienza pubblica di una quota rilevante, spesso maggioritaria, delle risorse destinate a finanziare il loro funzionamento. Gli attori che popolano questo mercato sono caratterizzati da peculiarità di fondo che ne influenzano il posizionamento strategico e le scelte operative. Sono imprese contraddistinte da rilevante complessità nella gestione dei professionisti sanitari (*brain intensive*). In quanto imprese di diritto privato sono contraddistinte dall'autonomia nelle scelte strategiche ed operative (ad es. nell'organizzazione del proprio personale, caratterizzata da), dall'esposizione a meccanismi di mercato sia nelle scelte di acquisizione degli input che di cessione degli output, e, almeno di norma, dall'imperativo della sostenibilità economica e/o della generazione di utili. In quanto aziende accreditate, dipendono strettamente dalle dinamiche e dalle regole proprie dei sistemi sanitari pubblici, come le tariffe fissate per le prestazioni in regime di SSN. Inoltre, per la pianificazione di medio-lungo periodo e la programmazione dei flussi di cassa, queste imprese dipendono dalle scelte di politica sanitaria pubblica a livello nazionale e regionale. Infine, le imprese private accreditate sono soggette al rispetto di standard qualitativi più elevati rispetto agli erogatori privati non accreditati (Carbone, 2013).

Dal punto di vista normativo le imprese private accreditate sono distinte in due grandi raggruppamenti per tipologia di assistenza: ospedaliera e distrettuale. Nella prima rientrano le cliniche e gli ospedali privati; gli IRCCS (Istituti

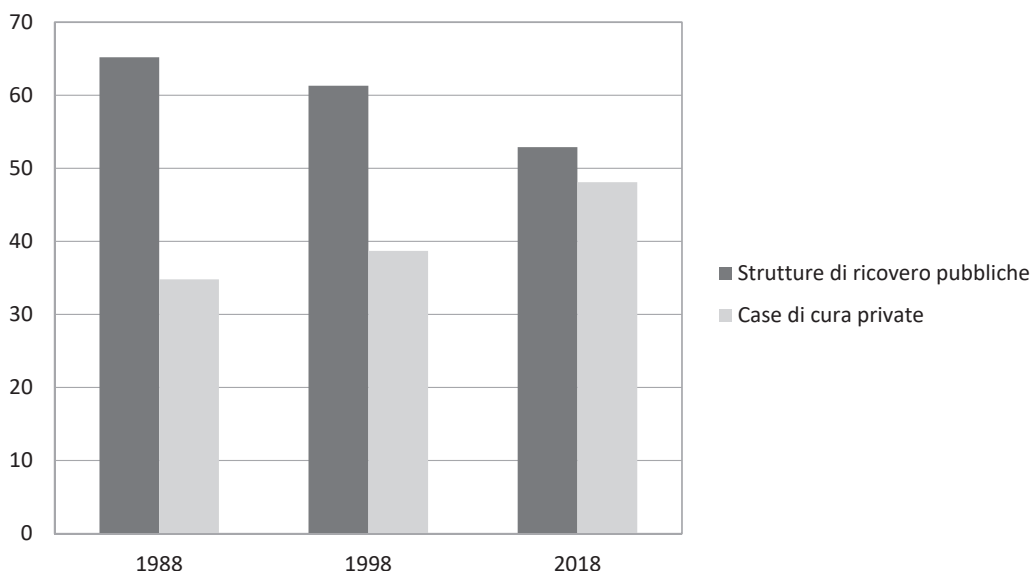
di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) di diritto privato; i policlinici universitari privati; gli enti di ricerca et al. Nell'assistenza distrettuale rientrano gli ambulatori e i laboratori, che erogano attività specialistica e di diagnostica strumentale; le strutture residenziali e semiresidenziali, che erogano principalmente terapie riabilitative e assistenza sociosanitaria agli anziani non autosufficienti e ai disabili fisici (Ministero della Salute, 2017).

In entrambe le tipologie di assistenza, il peso dei privati accreditati è cresciuto a partire dagli anni Novanta. Un indicatore significativo è la quota di spesa sanitaria pubblica destinata all'assistenza sanitaria privata accreditata. Dal 2008 al 2011 tale quota è aumentata a un tasso di crescita annuo del 2%, raggiungendo un'incidenza di quasi il 20% sul totale della spesa sanitaria nazionale. Nel suddetto periodo, le categorie che hanno fatto registrare gli incrementi più significativi sono stati i laboratori e ambulatori (+ 5,4%) e le strutture semiresidenziali (+ 3,7%). L'assistenza ospedaliera accreditata è rimasta la principale voce di spesa con una percentuale del 40% della quota destinata agli erogatori privati accreditati nel 2011 (Carbone, 2013). Nell'ultimo decennio, l'incidenza della spesa per l'assistenza sanitaria privata accreditata ha continuato ad aumentare, sebbene a un tasso di crescita minore, raggiungendo nel 2018 una quota pro-capite di 392 euro, pari al 20,3% della spesa sanitaria pubblica a livello nazionale. L'incidenza varia a livello regionale, dai massimi registrati in Lombardia (27,5%), Lazio (24,5%) e Molise (23,2%), fino al minimo del 6,7% in Valle d'Aosta (Bobini, Ricci, 2019).

Un ulteriore indicatore della crescita dell'assistenza sanitaria privata accreditata è il numero delle strutture, sia in termini assoluti sia in relazione al numero degli erogatori pubblici. Nell'assistenza ospedaliera, il processo di «aziendalizzazione» delle strutture pubbliche è stato accompagnato da interventi finalizzati alla razionalizzazione delle sedi che hanno comportato una progressiva riduzione del numero delle strutture pubbliche. Dieci anni dopo l'istituzione del SSN, secondo il rapporto annuale del Censis *Sulla situazione sociale del paese* (1988), in Italia operavano 1.145 ospedali pubblici (65,2%) e 611 privati (34,8%). Vent'anni dopo, secondo i dati forniti dal ministero della Salute, le strutture pubbliche erano 515 (51,9%), mentre i privati accreditati 477 (48,1%). Come si può facilmente notare anche le strutture private hanno subito un processo di riorganizzazione, basato su fusioni e acquisizioni. Anche se il numero delle strutture è diminuito, il peso complessivo nel mercato dell'assistenza sanitaria è visibilmente aumentato⁹ (Ministero della Salute, 2019).

9. Nel 1988 non esisteva il sistema di accreditamento e nella cifra indicata erano probabilmente comprese le strutture non convenzionate con il SSN.

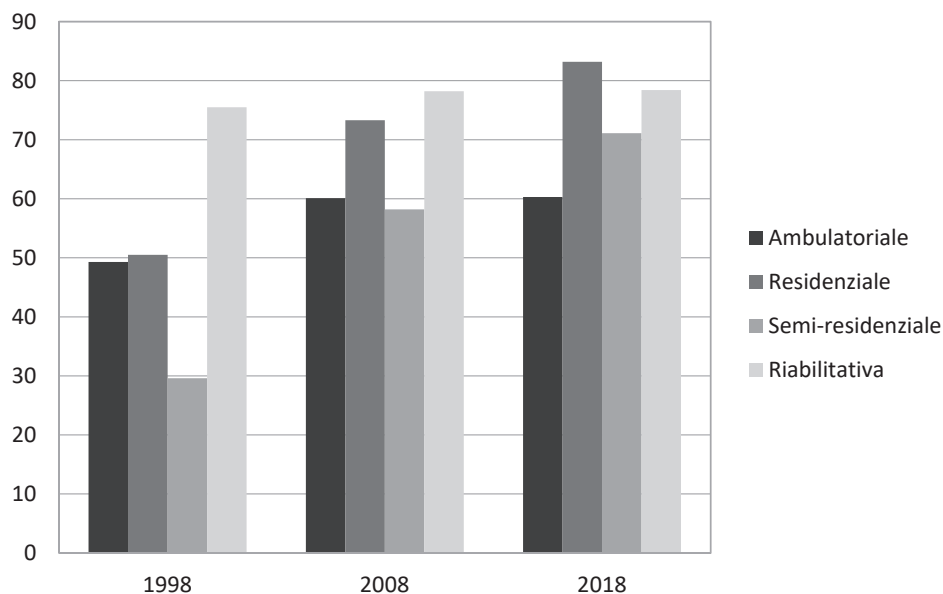
Figura 1. Ospedali pubblici e privati accreditati (percentuale sul totale del SSN)



Fonte: nostra elaborazione su dati Censis (1988) e Ministero della Salute (1998-2018)

Nel campo dell'assistenza distrettuale (specialistica, residenziale e semi-residenziale), l'incremento del peso relativo delle imprese private accreditate è stato ancora più marcato. Nel 1998, queste erano 8.885, pari al 38,9% del totale degli erogatori accreditati. Considerando solo gli ambulatori e i laboratori, la percentuale saliva al 49,3% (Ministero della Salute, 1998). Nel 2017, la percentuale è risultata essere del 57,3%, con una crescita comune a tutte le categorie e una consistente variabilità interregionale. Nel caso di «Ambulatori e Laboratori», pubblico e privato accreditato continuano a equivalersi in termini di numerosità delle strutture a livello nazionale, con un lieve sbilanciamento a favore del privato accreditato (60,4% vs 39,6%) che mostra una tendenza in crescita negli ultimi 18 anni. I valori massimi del contributo del privato accreditato sono raggiunti in Campania (82,7%) e Sicilia (80,5%), mentre i valori più bassi si registrano al Nord, in Piemonte (22,4%) e Liguria (20,0%). Nell'ambito delle strutture «Residenziali» e «Semiresidenziali», il privato accreditato ha registrato nel periodo di tempo osservato una crescita sostenuta in entrambi i segmenti, diventando nettamente predominante (82,3% delle strutture residenziali e 68,6% di quelle semiresidenziali). Nel confronto interregionale sono soprattutto le regioni del Nord a presentare le percentuali più elevate di strutture private accreditate (86,2% delle strutture residenziali, 78,6% delle semiresidenziali), mentre le regioni del Centro e del Sud presentano valori sotto la media nazionale. Il gap è particolarmente pronunciato nel segmento delle semiresidenziali, dove per Centro e Sud il peso degli accreditati scende rispettivamente

Figura 2. Imprese private accreditate nell'assistenza distrettuale (percentuale sul totale del SSN)



Fonte: nostra elaborazione su dati Ministero della Salute

al 37,4% e al 50,7%. Fanno eccezione Molise e Puglia, che per entrambe le tipologie presentano dati superiori alla media nazionale. (Bobini, Ricci, 2019).

La crescita del settore privato accreditato è stata accompagnata da un'evoluzione dei profili gestionali e degli assetti proprietari delle imprese sanitarie private. Nonostante il principio della concorrenza sia alla base del sistema di accreditamento, il mercato delle prestazioni sanitarie si caratterizza per un certo grado di rigidità. Come sottolineato anche da alcuni casi di giurisprudenza, i criteri dell'accREDITAMENTO determinano barriere all'ingresso di nuovi soggetti. Ad esempio il sistema dei tetti di spesa per singola struttura – basati sullo «storico» della produzione degli ultimi anni – favorisce le rendite di posizione e rischia di frenare la crescita dimensionale delle imprese più dinamiche.

PROFILI D'IMPRESA: I GRANDI GRUPPI DELLA SANITÀ PRIVATA ITALIANA

Le imprese attive nel settore dell'assistenza sanitaria si caratterizzano per una spiccata varietà dimensionale. Gli ultimi decenni hanno visto emergere grandi gruppi sanitari privati, che operano a tutti i livelli dell'assistenza, ospedaliera e distrettuale. La crescita di queste realtà ha suscitato l'attenzione degli specialisti, che hanno iniziato ad analizzare il fenomeno a partire dalle performance realizzate dai *top player* del mercato sanitario. La ricerca sui grandi gruppi ospedalieri condotta nel 2014 dall'Area Studi di Mediobanca e le relazioni

pubblicate annualmente dall'Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario (OASI) del centro studi CERGAS presso l'Università Bocconi offrono importanti serie di dati sull'evoluzione del mercato sanitario negli ultimi anni (Mediobanca, 2016; OASI, 2003-2021). A partire dai dati offerti da questi studi, in questo paragrafo proponiamo una prima ricostruzione dei percorsi di crescita dimensionale seguiti dai vari gruppi a partire dalla loro fondazione. A tal fine abbiamo esaminato alcuni casi di studio, selezionati in base alla rilevanza, ai diversi modelli imprenditoriali e gestionali e alla collocazione geografica.

Nel 2018, quarant'anni dopo l'istituzione del SSN, i primi dieci erogatori sanitari privati per fatturato e numero di dipendenti hanno contabilizzato in totale 5,3 miliardi di euro di ricavi per attività di cura e assistenza, cifra corrispondente al 9% della spesa per prestazioni sanitarie erogate da soggetti privati (in qualsiasi regime, SSN o privato) e al 3% della spesa sanitaria complessiva. Tutti questi gruppi si pongono nettamente al di sopra delle soglie di 50 milioni di euro di ricavi e 250 dipendenti che qualificano le realtà aziendali come «di grandi dimensioni» secondo il Ministero dello Sviluppo Economico (MISE, 2016). I ricavi dei primi tre gruppi (Gruppo San Donato, Humanitas e Policlinico Gemelli) equivalgono al 57% dei ricavi della top ten. Il solo Gruppo San Donato, con 1,5 miliardi di ricavi, si distingue nettamente dagli altri gruppi sul piano dimensionale, rappresentando il 29% dei fatturati della top ten. Sette gruppi su dieci registrano la presenza nelle regioni meridionali, ma tutti hanno il loro baricentro nelle regioni al centro-settentrionali. Si registra una prevalenza di realtà profit (8 su 10) e di gruppi che erogano sia servizi di ricovero che ambulatoriali (9 su 10), con l'unica rilevante eccezione di Synlab che opera esclusivamente nella diagnostica di laboratorio (CERGAS-Bocconi, 2019).

Il progressivo ampliamento della quota di mercato riservata agli erogatori privati accreditati ha favorito i processi di concentrazione, determinando l'affermazione di grandi gruppi integrati che operano a tutti i livelli dell'assistenza. Alcuni di questi gruppi esistevano già prima della creazione del sistema di accreditamento, ma solo negli ultimi decenni hanno avviato strategie di acquisizioni finalizzate alla crescita dimensionale. Altri sono entrati recentemente nel mercato dell'assistenza sanitaria, conquistando posizioni rilevanti grazie alla consistenza degli investimenti realizzati. Il numero e il ruolo dei grandi gruppi sono andati modificandosi nell'ultimo ventennio. Nella prima fase del processo di concentrazione, la letteratura specialistica e i mass media hanno adottato la formula delle «sette sorelle» per indicare i grandi player del mercato sanitario (Gruppo San Donato, Humanitas, Gruppo Villa Maria, Kos, Giomi, Tosinvest, Garofalo Health Care). Come evidenziato dalle analisi del centro studi Mediobanca e del Cergas-Bocconi, il numero dei grandi gruppi è cresciuto ulteriormente negli ultimi dieci anni, grazie all'entrata di nuovi soggetti, alcuni dei quali controllati da fondazioni no-profit o da investitori esteri. Al momento

è possibile individuare 14 grandi gruppi che si caratterizzano per un valore della produzione al di sopra dei 100 milioni di euro annui. In base al tipo di struttura societaria e al percorso di crescita dimensionale abbiamo perciò classificato cinque raggruppamenti:

- 1) grandi gruppi integrati che hanno origine da piccole e medie imprese individuali o familiari – in alcuni casi fondate da medici liberi professionisti – cresciute mediante acquisizioni e investimenti (San Donato, Villa Maria, Multimedica, Garofalo Health Care, Giomi, Tosinvest, Maugeri)
- 2) gruppi nati da investimenti di grandi gruppi finanziari e imprenditoriali attivi anche in altri settori produttivi (Humanitas, KOS, Eurosanità)
- 3) istituti ad alta specializzazione (Istituto Europeo di Oncologia)
- 4) grandi enti no profit (Policlinico Universitario Gemelli, Fondazione Don Gnocchi)
- 5) gruppi multinazionali che hanno recentemente iniziato a investire in Italia (Synlab).

Ai fini della nostra ricerca abbiamo deciso di concentrarci sui primi due raggruppamenti, tralasciando gli istituti ad alta specializzazione, i grandi enti no-profit e i gruppi multinazionali. Il primo raggruppamento è il più consistente sia da un punto di vista numerico, per la quantità di imprese raggruppate, sia in termini di fatturato complessivo. Secondo la classifica stilata nel 2014 dall'area studi di Mediobanca, tra i primi 10 gruppi ospedalieri per fatturato vi sono ben cinque gruppi originati da imprese familiari e cresciuti grazie a strategie di acquisizioni (Mediobanca 2016).

I profili d'impresa che proponiamo nelle pagine seguenti sono riferiti a otto grandi gruppi privati, sei dei quali appartengono al primo raggruppamento (San Donato, Villa Maria, Multimedica, Garofalo, Giomi, Tosinvest) e due al secondo (Humanitas, Kos). Nella selezione dei casi di studio, un'attenzione particolare è stata riservata al baricentro geografico dei vari gruppi, in modo da rappresentare le diverse articolazioni territoriali. La collocazione geografica è un elemento cruciale nel definire il posizionamento strategico delle imprese sanitarie, soprattutto se si considera che molti top player del mercato nazionale operano esclusivamente a livello locale, anche se ricevono pazienti da tutte le regioni (Carbone, Longo, Ricci, 2014; Carbone, Petracca, 2015).

I casi di studio del primo raggruppamento si differenziano notevolmente dal punto di vista geografico. Il Gruppo San Donato, pur essendo di gran lunga il gruppo più importante, opera esclusivamente nelle regioni Lombardia ed Emilia-Romagna. Al contrario il Gruppo Villa Maria, originario dell'Emilia-Romagna, controlla filiali in 10 regioni, tre delle quali nell'Italia meridionale. Il gruppo Multimedica, entrato recentemente nella top ten dei maggiori gruppi sanitari,

è presente solo in Lombardia, a conferma della spiccata vocazione privatistica assunta dalle politiche regionali. Il gruppo Garofalo Health Care, l'unico tra i grandi player a essere quotato alla Borsa di Milano, ha il suo baricentro a Roma ma è attivo in otto regioni, tutte situate nell'Italia centro-settentrionale. Il gruppo GIOMI è l'unico a essere originario dell'Italia meridionale (più precisamente in Calabria), anche se fin dagli anni Settanta ha spostato il proprio baricentro nel Lazio (più precisamente a Latina) e opera oggi in cinque regioni dell'Italia centrale e meridionale. La finanziaria Tosinvest, che controlla tra gli altri il gruppo San Raffaele Spa, è saldamente radicata a Roma e nel Lazio, pur essendo presente in altre regioni come Puglia e Abruzzo. Anche i casi di studio del secondo raggruppamento si differenziano tra loro per la collocazione geografica. Mentre il gruppo Humanitas è presente in due sole regioni (Lombardia e Piemonte), il gruppo Kos, attivo in 11 regioni, è quello più ramificato sul territorio nazionale. Negli ultimi dieci anni, inoltre, diversi casi in entrambi i raggruppamenti hanno realizzato investimenti al di fuori dei confini nazionali, a riprova della notevole capacità di mobilitazione di capitali che caratterizza il settore dell'assistenza sanitaria.

I casi di studio del primo raggruppamento sono accomunati dal percorso di crescita dimensionale, caratterizzato dall'espansione tramite acquisizioni a partire da un'impresa familiare o individuale. Tranne nel caso del gruppo GIOMI, controllato dalla famiglia Miraglia che ne ha acquisito il controllo negli anni Settanta, sono tuttora controllati dalla famiglia del fondatore. La traiettoria che ha portato alla nascita di grandi gruppi integrati, attivi in tutti i settori dell'assistenza sanitaria, si connota come un modello di crescita esogena frutto di iniziative individuali di singoli imprenditori. Le vicende biografiche di personaggi come Giuseppe Rotelli, Ettore Sansavini, Daniele Schwarz, Maria Garofalo, Emanuel Miraglia, Antonino Angelucci sono inseparabili dalle vicende societarie dei gruppi che hanno costruito. La strategia vincente è stata il reinvestimento degli utili prodotti dalla gestione delle strutture, la maggior parte delle quali accreditate presso il SSN. La garanzia del finanziamento pubblico ha costituito un elemento di solidità per i bilanci delle imprese accreditate, che nel complesso presentano un basso livello di indebitamento. Un altro fattore essenziale nei percorsi di crescita esaminati è stata la capacità di negoziazione politico-istituzionale dei singoli imprenditori.

I casi di studio del secondo raggruppamento sono invece originati da investimenti di grandi gruppi finanziari e imprenditoriali. Il gruppo Humanitas nasce da un investimento di Gianfelice Rocca, erede di una delle maggiori dinastie imprenditoriali italiane, da sempre impegnata nel settore siderurgico. Il gruppo Kos nasce invece da un investimento del gruppo CIR, uno dei maggiori gruppi finanziari e imprenditoriali italiani, attivo in diversi settori e controllato dalla famiglia De Benedetti. I modelli di impresa e i percorsi di crescita seguiti

da questi due gruppi sono tuttavia molto diversi. Il progetto Humanitas partiva dalla creazione di un grande polo ospedaliero nell'hinterland milanese, al quale si sono aggiunte successivamente altre cliniche acquisite nella stessa area territoriale. Il progetto iniziale del gruppo Cir è invece quello di investire nel settore dell'assistenza agli anziani e della riabilitazione mediante l'acquisizione di strutture operanti su tutto il territorio nazionale e anche all'estero.

Tutti i casi di studio esaminati traggono la maggior parte dei loro ricavi dalle prestazioni eseguite per conto del SSN.

Il Gruppo San Donato (Gsd) è la prima realtà sanitaria privata in Italia in termini di fatturato e numero di dipendenti. Il gruppo è controllato dalla holding Papiniano spa, il cui pacchetto di maggioranza è detenuto dagli eredi del fondatore. Le origini del gruppo risalgono al 1957, quando il chirurgo Luigi Rotelli, sostenuto finanziariamente dal suocero Marco Scacchi, facoltoso commerciante di generi alimentari, partecipa con altri colleghi alla fondazione dell'Istituto di Cura Città di Pavia. Il successo dell'iniziativa induce Rotelli a fondare in proprio una nuova struttura a San Donato Milanese, nella periferia di Milano, entrata in funzione nel 1969. Il principale artefice della crescita dimensionale del gruppo è Giuseppe Rotelli, figlio di Luigi, che dal 1980 subentra alla guida del Policlinico San Donato dopo la scomparsa del padre. Giurista ed esperto di diritto sanitario, per assumere le redini dell'impresa di famiglia lascia una promettente carriera accademica e di consulente delle istituzioni locali e nazionali. Quest'ultima attività gli consente di partecipare attivamente alla definizione delle politiche sanitarie a livello regionale e di costruire una rete di relazioni ai massimi livelli istituzionali. Dal 1972 e per oltre 15 anni è tra i componenti del Comitato di Consulenza legislativa della Regione Lombardia. Per due volte presidente del Comitato Regionale per la Programmazione Sanitaria della Regione Lombardia, è tra gli estensori del Piano Ospedaliero Regionale, approvato nel 1974. Le competenze e le relazioni acquisite negli anni si rivelano preziose all'inizio della sua carriera imprenditoriale e manageriale, quando Giuseppe Rotelli avvia una strategia di reinvestimento degli utili per acquisire strutture residenziali e ambulatoriali (Groppelli 2017).

Nel giro di vent'anni il Gruppo San Donato acquisisce otto strutture, tutte accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, e si afferma come uno dei più dinamici gruppi ospedalieri privati a livello nazionale, anche se le sue attività sono concentrate quasi esclusivamente in Lombardia. Il vero salto di qualità si realizza nel 2000, quando vengono acquisite le cinque strutture del gruppo Antonino Ligresti Sanità: le case di cura Città di Milano e La Madonnina e gli ospedali, accreditati con SSN, Galeazzi, Policlinico San Pietro e San Marco, per un totale di 1.204 posti letto e 1.879 dipendenti. L'acquisto del gruppo Ligresti proietta Rotelli ai vertici del capitalismo italiano. Non a caso pochi anni dopo investe nel gruppo editoriale Rcs MediaGroup, proprietario del «Corriere della

Sera», da sempre oggetto di interesse e contesa da parte dei maggiori gruppi finanziari. A partire dal 2006 la holding Pandette srl, controllata dalla famiglia Rotelli, inizia ad acquistare azioni Rcs MediaGroup fino a diventarne nel 2012 il primo azionista con il 13,03% del capitale ordinario. L'anno successivo, tuttavia, Rotelli decide di non partecipare all'aumento di capitale e la quota di partecipazione nel gruppo Rcs si riduce progressivamente fino alla completa cessione nel 2016¹⁰.

Nel frattempo prosegue la strategia di espansione, che raggiunge il culmine nel maggio 2012 con l'acquisto dell'Ospedale San Raffaele, il più importante ospedale privato della Lombardia, in gravi difficoltà finanziarie dopo la morte del fondatore Don Luigi Verzé. L'operazione rappresenta l'apice della carriera imprenditoriale di Giuseppe Rotelli, che muore l'anno successivo all'età di 67 anni. La presidenza del Gruppo passa a Gabriele Pelissero, suo storico braccio destro, mentre il figlio Paolo diventa vicepresidente. Nel 2015 Paolo Rotelli subentra come presidente al posto di Pelissero, a sua volta chiamato a presiedere l'Irccs Ospedale San Raffaele. Nel 2019 la carica di presidente è assunta dall'ex ministro Angelino Alfano, mentre Paolo Rotelli condivide la carica di vice presidente con Kamel Ghribi, uomo d'affari svizzero-tunisino e principale artefice dei recenti investimenti del gruppo nell'area mediorientale.

Attualmente il gruppo è costituito da 18 strutture ospedaliere, tra le quali spiccano tre Irccs (Policlinico San Donato, Ospedale San Raffaele e Istituto Ortopedico Galeazzi) per un totale di 5.169 posti letto e circa 4 milioni di pazienti all'anno curati in tutte le specialità. Ai 17 ospedali presenti in Lombardia (di cui rappresenta l'11% di tutti i posti letto disponibili), si aggiunge Villa Erbosa a Bologna, la più grande struttura sanitaria privata presente in Emilia Romagna. Il 90% dell'attività clinica viene svolta in convenzione con il Sistema sanitario nazionale, i collaboratori sono 15.303, e di questi 4.092 sono medici (di cui 170 docenti o ricercatori universitari). Molti dei 18 ospedali del gruppo sono sede di corsi di laurea in medicina e chirurgia e delle scuole di specialità sia dell'Università di Milano che di quella di Pavia, tra questi il Policlinico San Donato e l'Istituto Ortopedico Galeazzi. L'università Vita-Salute San Raffaele ha sede presso l'omonimo ospedale facente parte del network Gsd.

Le origini del Gruppo Villa Maria (GVM) risalgono al 1973, anno dell'inaugurazione di Villa Maria, casa di cura da 180 posti letto a Cotignola, in provincia di Ravenna. Fin dalla fondazione, la casa di cura si distingue dalle altre strutture private emiliano-romagnole per una scelta strategica orientata all'alta specializzazione, in particolare nei settori della cardiologia, della cardiocirurgia e della diagnostica interventistica ed endovascolare. Nel 1978 è

10. «Il Sole 24 ore» 18/06/2013 <https://st.ilsole24ore.com/art/finanza-e-mercati/2013-06-18/rotelli-sottoscrivere-aumento-capitale-151736.shtml?uuid=Ab3KY55H>

inoltre protagonista di un importante accordo di collaborazione pubblico-privato, tra i primi in Italia. Per fare fronte a una serie di criticità strutturali nel reparto di Cardiocirurgia dell'Ospedale di Parma, l'Usl di competenza – d'intesa con la Regione Emilia Romagna – chiede «ospitalità» a Villa Maria. L'attività dell'ospedale si trasferisce dunque nel reparto di Cardiocirurgia della casa di cura, inaugurando un processo di integrazione funzionale tra dipendenti pubblici e privati, medici e non medici. È una delle prime volte che viene riconosciuta a una casa di cura privata la funzione di sussidiarietà rispetto al settore pubblico.

Il processo di crescita dimensionale che porta alla nascita e all'affermazione del gruppo inizia sul finire degli anni Ottanta. Dopo la fondazione nel 1987 della società Kronosan, che si occupa di centralizzazione d'acquisti, nel 1988 il presidente Ettore Sansavini avvia una strategia di crescita basata sulla ristrutturazione immobiliare e sulla riorganizzazione tecnica degli ospedali acquisiti. Le prime operazioni riguardano strutture operanti a Firenze, Torino, Forlì e Palermo. Nel 1992 nasce ufficialmente il Gruppo Villa Maria S.p.A., mentre il processo di crescita procede mediante aumenti di capitale e reinvestimento degli utili generati dalla gestione delle strutture. Nel corso degli anni Novanta GVM si consolida in Emilia-Romagna e si estende in Liguria e in Puglia. Insieme al potenziamento della specializzazione in cardiocirurgia, viene inoltre avviato un processo di integrazione verticale, con investimenti in produzioni e servizi funzionali al core-business del gruppo. Vengono acquisite o fondate ex-novo le società Eurosets, produttrice di dispositivi medico-chirurgici, la SIA – Servizi Integrati Aziendali, che offre servizi alberghieri e di sanificazione degli ambienti, e la GVM Engineering, società operativa nel settore dell'edilizia ospedaliera.

Nel decennio successivo GVM, oltre a consolidare la sua presenza in Emilia-Romagna e in Puglia, si espande in Sicilia e Lombardia e avvia una strategia di diversificazione produttiva con l'acquisto dello storico complesso termale di Castrocara. Le acquisizioni si estendono oltre i confini nazionali, con l'acquisto di strutture in Polonia, Francia, Albania e Russia. Negli ultimi dieci anni il gruppo – ribattezzato GVM Care & Research a conferma della vocazione internazionale e dell'impegno in più ambiti del comparto sanitario – ha acquisito altre importanti strutture in Italia tra le quali spicca l'ospedale San Carlo di Nancy a Roma¹¹.

Tra i principali attori del mercato sanitario, il gruppo Multimedica si distingue per la spiccata caratterizzazione territoriale. Le sue attività sono infatti concentrate quasi esclusivamente in Lombardia. Il protagonista della nascita e della crescita dimensionale del gruppo è l'imprenditore Daniele Schwarz,

11. <https://www.gvm spa.it/it-IT/il-gruppo/storia>

azionista unico della holding di controllo, che nel 1990 acquisisce la clinica Villa Bianca a Limbiate, nell'hinterland milanese. Il baricentro del gruppo è l'Irccs Multimedita di Sesto San Giovanni, fondato e gestito dal 1996 (riconoscimento della qualifica di Irccs nel 2006). Nel 2019, grazie a un investimento di oltre 40 milioni di euro, il gruppo ha acquisito da Unipol-Sai anche la proprietà del complesso immobiliare che ospita l'Istituto. L'operazione è stata possibile grazie al sostegno di due istituti bancari, Intesa San Paolo (tramite Mediocredito Italiano e BEI – Banca Europea degli Investimenti) e Banca di Credito Cooperativo di Milano. Altre importanti strutture di proprietà del gruppo Multimedita sono l'ospedale di Santa Maria di Castellanza in provincia di Varese, acquisito nel 2000, il Polo Scientifico Tecnologico a Milano, fondato nel 2003, e l'ospedale San Giuseppe a Milano, acquisito nel 2009. Il gruppo Multimedita, con un organico di circa 2.400 operatori e un'offerta che comprende 812 posti letto di degenza, 122 posti tecnici e 305 ambulatori distribuiti su 7 strutture tra Milano, Sesto San Giovanni, Castellanza e Limbiate, il Gruppo MultiMedica si colloca stabilmente tra i primi dieci operatori sanitari privati operanti in Italia sia in regime di accreditamento con il SSN, sia in regime privato. Nel 2019 il gruppo ha registrato un valore della produzione pari a 228,5 milioni di euro¹².

Il gruppo Garofalo Health Care (GHC) trae le proprie origini dalla storia professionale e imprenditoriale dei fratelli Raffaele, Antonio e Mario Garofalo, medici chirurghi, che a partire dalla seconda metà degli Anni Cinquanta iniziano a operare nella sanità privata a Roma. Negli anni Ottanta la famiglia Garofalo è proprietaria di cinque strutture sanitarie operanti nella Regione Lazio in regime di convenzione. Il salto di qualità avviene a partire dal 1992, quando Raffaele Garofalo e la figlia Maria Laura fondano la società Larama 98 con l'obiettivo di ampliare la propria presenza in tutti i comparti del settore ospedaliero e socio-assistenziale e di avviare un processo di diversificazione geografica e settoriale, mediante l'acquisizione di strutture sanitarie ubicate nelle regioni italiane più virtuose, ossia in equilibrio economico e finanziario e con un'offerta sanitaria calibrata sulle necessità del territorio. Il primo passo è l'acquisizione, nel 1999, dell'Eremo di Miazzina a Verbania, in Piemonte, struttura specializzata nella riabilitazione motoria, respiratoria e neurologica. Al fine di perseguire la strategia espansiva, nel 2000 nasce il Gruppo Garofalo Health Care (GHC), la cui guida operativa è assunta da Maria Laura Garofalo nel ruolo di amministratore delegato. Subito dopo la fondazione del Gruppo, vengono acquisite le strutture polispecialistiche in provincia di Vicenza, Modena e Verona. Il fondatore Raffaele Garofalo muore nel 2006, ma il percorso di crescita non si arresta e nel 2008 il Gruppo amplia la propria strategia espansiva, affiancando la costruzione di nuove strutture all'acquisizione di quelle esistenti. Il primo passo di

12. https://www.multimedita.it/wp-content/uploads/2017/03/CompanyProfile_ITA_2017.pdf

questa strategia Buy & Build è l'acquisto di alcuni terreni a Gravellona Toce, in una zona sprovvista di servizi sanitari e in prossimità di un importante snodo autostradale, allo scopo di edificare ex-novo una nuova struttura intitolata al fondatore del Gruppo: l'Istituto Raffaele Garofalo (Garofalo 2010).

Nel 2017 Garofalo Health Care assimila il Gruppo Fides, titolare, direttamente o attraverso società controllate e collegate, di 11 strutture socio-sanitarie dislocate tra Genova e provincia. L'anno successivo inizia il percorso verso la quotazione in Borsa che avviene ufficialmente il 9 novembre 2018, con una domanda di azioni tre volte superiore all'offerta. Oggi Garofalo Health Care è la prima ed al momento l'unica realtà privata ad essere quotata in Italia nel settore dell'healthcare. Il Gruppo opera attraverso 28 strutture sanitarie, situate in 8 regioni italiane, offrendo servizi in tutti i comparti della sanità.

Il gruppo GIOMI nasce a Reggio Calabria nel 1949 con l'obiettivo di creare nell'Italia meridionale strutture ospedaliere specializzate nel settore ortopedico e traumatologico. Il fondatore è Franco Faggiana, chirurgo siciliano docente presso l'Università Sapienza di Roma, sostenuto da imprenditori romani e reggini. Il primo ospedale è l'Istituto Ortopedico Meridionale Italiano (IOMI) inaugurato a Reggio Calabria nel 1951, specializzato in ortopedia, traumatologia e riabilitazione e in seguito intitolato al fondatore del gruppo. Il secondo IOMI nasce a Messina nel 1956, inizialmente attivo in ambito ortopedico e traumatologico e in seguito anche in urologia, cardiologia e oculistica. Sempre nello stesso anno, Faggiana promuove la pubblicazione della rivista «Acta Orthopaedica Italica», espressione dell'attività scientifica del Gruppo. Nel 1969 nasce la prima software house sanitaria del Gruppo, tuttora attiva con la denominazione di IG.com. La società gestisce l'informatizzazione di tutte le strutture del Gruppo e di molti clienti esterni (Ospedali, RSA, Poliambulatori, Laboratori di Analisi, Centri di Diagnostica per Immagini). Presente in tutta l'Italia del Centro, del Sud e in Germania.

Negli anni Settanta, soprattutto per iniziativa del socio Emanuel Miraglia, che in seguito assumerà il controllo e la guida del gruppo, il baricentro si sposta nel Lazio meridionale. Nel 1971 a Latina viene inaugurato l'Icot «Marco Pasquali», attualmente la struttura più grande del gruppo (470 posti letto). Nel 2000, il gruppo inizia la sua espansione investendo in una rete di presidi sanitari a Bari, tra i quali spicca la clinica Mater Dei, il più grande ospedale privato della provincia. Nel 2004 la strategia di acquisizioni è accompagnata da un processo di diversificazione produttiva con la costituzione di GIOMI Rsa, al fine di investire nel settore delle residenze per anziani. A partire dal 2011, il gruppo ha avviato anche una strategia di internazionalizzazione, prima con la creazione di Giomi Deutschland, società con sede centrale a Berlino che gestisce sei Rsa presenti in Germania, e in seguito con la creazione nel 2018 della

società italo-cinese Beijing Tong Ren Tang Giomi srl, joint venture company costituita con il gruppo cinese Tong Ren Tang chinese medicine¹³.

Il gruppo oggi gestisce 8 ospedali, 17 Rsa/case di riposo, 12 case di cura/ospedali/Rsa e due centri dialisi. La famiglia Miraglia mantiene il controllo societario, con Emmanuel in veste di presidente, e Massimo che ricopre le cariche di consigliere delegato e direttore generale. La famiglia Miraglia è anche socia della holding Eurosanità, altro top player del mercato sanitario che gestisce, tra le altre, le cliniche Quisisana e Villa Stuart e il Policlinico Casilino a Roma.

La Tosinvest è la holding della famiglia Angelucci che ha il suo core-business nelle cliniche di riabilitazione e nelle residenze per anziani ma che è attiva in tutti i rami del comparto sanitario. La storia del gruppo inizia negli anni Ottanta quando Antonino Angelucci, ex portantino dell'ospedale San Camillo di Roma, rileva assieme ad altri soci una casa di cura a Velletri. Grazie alle conoscenze nel mondo della finanza, e in particolare ai rapporti con Cesare Geronzi e la Banca di Roma, ottiene ingenti prestiti per acquistare partecipazioni in numerose strutture sanitarie, ma anche quote di società finanziarie come Cofiri e Mediocredito centrale. Il caso più clamoroso è l'acquisto nel 2000 dell'Ospedale San Raffaele di Roma da Don Luigi Verzè, fondatore e proprietario dell'Istituto San Raffaele di Milano. Pochi mesi dopo la transazione, l'ospedale viene rivenduto alla Regione Lazio che vi trasferisce le sedi di due strutture pubbliche, gli ospedali Regina Elena e San Gallicano.

Al centro del gruppo si trova una holding con sede a Montecarlo che mantiene la denominazione storica del gruppo, Tosinvest, sigla formata dalle prime due lettere (To e Si) dei nomi del fondatore Tonino e della sua prima moglie, Silvana Paolini. In Italia operano invece 5 sub-holding: una per le attività finanziarie, due società immobiliari, una nel settore editoria ed una per le attività sanitarie. Quest'ultimo, da sempre, è il core business del gruppo che in tutto conta su 25 strutture (13 nel Lazio, 11 in Puglia ed una in Abruzzo), 3000 posti letto, 2300 dipendenti (sui circa 4000 dell'intero gruppo) e 1000 medici¹⁴.

Il progetto Humanitas risale alla seconda metà degli anni Ottanta e nasce dall'incontro tra il medico e scienziato Nicola Dioguardi, l'allora presidente di Reale Mutua Assicurazioni Pier Carlo Romagnoli e Gianfelice Rocca, discendente di una delle più note famiglie imprenditoriali italiane. L'idea di dare vita a un grande ospedale moderno si concretizza nel 1996, quando viene inaugurato l'Istituto clinico Humanitas di Rozzano, nell'hinterland milanese. La costruzione della struttura, progettata dall'architetto James Gowan, viene affidata alla Techint, società presieduta dallo stesso Rocca. Il bacino d'utenza

13. <https://www.giomi.com/la-storia/>

14. <https://www.lastampa.it/politica/2008/07/25/news/angelucci-la-famiglia-azienda-1.37094818>

viene individuato nell'area metropolitana a Sud di Milano. Nel 1997 l'ospedale ottiene l'accreditamento presso il Servizio sanitario nazionale. Negli anni successivi l'Istituto, oltre che per l'attività clinica, si caratterizza come centro di ricerca e formazione. Dal 1999-2000 diventa sede di insegnamento dell'università degli Studi di Milano. Nel 2002 diventa caso di studio dell'università di Harvard e riceve l'accreditamento di eccellenza per la qualità dalla Joint Commission International. Nel 2005 ottiene la qualifica di Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) da parte del ministero della Salute. Dal 2006 viene attivata l'International Medical School in collaborazione con l'università di Milano Statale e dal 2015 viene avviata la realizzazione di un nuovo grande Campus universitario. Oltre all'Irccs di Rozzano, il gruppo Humanitas comprende altri ospedali come l'Humanitas Gavazzeni di Bergamo, il Mater Domini di Castellanza (Varese), il Cellini di Torino, il Centro catanese di oncologia, l'ospedale Gradenigo a Torino e la casa di cura San Pio X di Milano¹⁵.

L'ultimo caso esaminato è quello del gruppo Kos, nato come come HSS (Holding di Sanità e Servizi) nell'ambito delle attività di investimento del gruppo CIR, uno dei maggiori gruppi finanziari e imprenditoriali italiani, attivo in diversi settori e controllato dalla famiglia De Benedetti.

Il progetto iniziale è di espandersi negli ambiti dell'assistenza agli anziani e della riabilitazione. Le prime acquisizioni risalgono al 2003, quando entrano a far parte del gruppo tre residenze sanitarie assistenziali per anziani non autosufficienti in Liguria. L'espansione prosegue l'anno successivo con l'acquisto di Redancia, società attiva dal 1990 nel settore della riabilitazione psichiatrica e con l'acquisizione, tramite una gara indetta dalla Regione Lombardia, della gestione dell'ospedale di Suzzara (Mantova). Nel 2006 viene acquisito il gruppo Residenze Anni Azzurri, uno dei principali operatori privati in campo socioassistenziale che gestisce oltre cinquante residenze e 1.600 posti letto in otto regioni. Nello stesso anno viene acquisita Medipass, società controllata che fornisce alle cliniche del gruppo servizi tecnologicamente complessi come la diagnostica per immagini e la medicina nucleare¹⁶.

Nel 2009 il gruppo cambia nome e assume quello di KOS, in omaggio all'isola in cui nacque Ippocrate. Nel 2010 viene avviato il percorso per la quotazione alla Borsa di Milano, ma la richiesta viene in seguito ritirata per le condizioni del mercato. Nel dicembre 2010 un fondo francese, Axa Private Equity (oggi Ardian), entra nel capitale di KOS acquisendo il 47% del pacchetto societario.

15. <https://www.humanitas.it/chi-siamo/>

16. Nel settembre 2020 Kos ha ceduto per 103 milioni di euro Medipass (con esclusione delle attività indiane) al fondo Dws, società di gestione tedesca controllata da Deutsche Bank. <https://www.milanofinanza.it/news/cir-kos-vende-medipass-al-fondo-dws-plusvalenza-di-50-mln-202009070953021189>

Negli anni successivi, mentre procedono le acquisizioni di cliniche, il gruppo si espande anche fuori dai confini italiani con la start up Medipass Healthcare nel Regno Unito e con l'acquisizione di una società di diritto indiano a New Dehli per la gestione di reparti di diagnostica all'interno di strutture private e pubbliche.

Nel 2016 l'assetto societario si modifica con l'uscita del fondo Ardian e l'entrata del fondo F2i Healthcare, partecipato da Cassa Depositi e prestiti, che rileva il 37% delle azioni, mentre il restante 10% in mano al fondo francese viene rilevato da Cir. Successivamente, tramite F2i, entra nel gruppo anche il fondo sovrano del Bahrain¹⁷. Nel 2019 Kos ha acquisito il controllo della società Charleston che in Germania gestisce 47 strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, per un totale di 4.050 posti letti e un fatturato che nel 2018 è stato pari a 152 milioni di euro, gestisce. Con questa operazione, le strutture gestite da Kos sono 132 per un totale di oltre 12.000 posti letto.

A quarant'anni dall'istituzione del SSN e a quasi trent'anni dall'introduzione dell'accreditamento per le strutture private, la crescita dei grandi gruppi nel mercato dell'assistenza sanitaria rappresenta il primo risultato di un'analisi del sistema dal punto di vista della business history. La ricostruzione dei percorsi di crescita dimensionale suggerisce che il quadro normativo abbia favorito i processi di concentrazione a vantaggio dei soggetti dotati di maggiore disponibilità di capitali e di migliori relazioni politico-istituzionali. Lo stadio di avanzamento della ricerca rende tuttavia prematura una valutazione complessiva e definitiva del ruolo svolto dai grandi gruppi privati nel mercato dell'assistenza sanitaria. L'analisi del ruolo svolto dagli altri attori, in particolare dai grandi gruppi multinazionali ma anche dalle piccole e medie imprese, si propone come il passaggio successivo a questo primo tassello del nostro progetto di una storia d'impresa del settore sanitario italiano.

FONTI

Ministero della Salute, *Annuario Statistico del Sistema Sanitario Nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*, aa. 1998-2020.

BIBLIOGRAFIA

Aiop (2014) *Nella storia della Sanità italiana. Cinquant'anni di Aiop*, testo scaricabile https://www.aiop.it/Portals/0/documenti/pubblicazioni/nella_storia_della_sanita_italiana_50_anni_di_aiop.pdf?ver=sWwjdyE9eafOypZEdmNacQ%3D%3D (ultima visita 1/10/2021).

BINDI, R. (2005) *La salute impaziente*. Milano, Jaca Book.

17. Nel dicembre 2016, al termine di una serie di complesse operazioni finanziarie, il gruppo Kos risulta controllato al 59,53% dal gruppo Cir e al 40,47% dal fondo F2i Healthcare.

- BOBINI, M. RICCI, A. (2019) «Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e performance economiche dei grandi gruppi sanitari italiani», in CERGAS-Bocconi, *Rapporto OASI 2019*, Egea, Milano, pp. 153-177.
- CARBONE, C. (2013) *Le aziende sanitarie private accreditate*, Egea, Milano.
- CARBONE C. LONGO F. RICCI A. (2014) «Il posizionamento strategico degli ospedali privati accreditati: analisi delle leve competitive», in CERGAS-Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2014*, Milano, Egea, pp. 437-462.
- CARBONE C., PETRACCA F. (2015) «Gli erogatori privati accreditati: struttura e attività» in CERGAS (a cura di), *Rapporto OASI 2015*, Milano, Egea, pp. 185-209.
- CAMPOS, N. GIOVANNONI, F. (2017). Political institutions, lobbying and corruption. *Journal of Institutional Economics*, Vol. 13, pp. 917-939
- COSMACINI, G. (2016) *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Roma-Bari.
- FACCIO M. (2006) «Politically connected firms», *American Economic Review*, Vol. 96, pp. 369-386.
- FERRERA M. (1984) *Il welfare state in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- FIORENTINI, G. UGOLINI C. (2000) «Accordi contrattuali tra produttori e finanziatori in un contesto di programmazione sanitaria», *Politica sanitaria*, 2/2000, pp. 169-194.
- FÜSSER, K. OSS, G. (2008) *Sanità pubblica e privata; profili italiani ed europei*, Working paper <http://www.fuesser.de/it/publikationen/gesundheitsrecht/sanita-pubblica-e-privata-profil-italiani-ed-europei.html> ultimo accesso 25/11/2021.
- GAROFALO M. L. (2010) *La straordinaria storia di Raffaele Garofalo. Il medico chirurgo che segnò il percorso della sanità privata italiana*, Roma, Gremese.
- GIORGI, C. PAVAN, I. (2018) «Un sistema finito di fronte a una domanda infinita. Le origini del Sistema Sanitario Nazionale italiano», *Le Carte e la Storia*, 2/2018, pp. 103-119.
- GIORGI, C. TARONI F. (2020) *Espansione pubblica e riorganizzazione privata. Come sono cambiati i sistemi sanitari in Italia e in Europa*, in J. Perazzoli (a cura di), *Al posto della paura. Percorsi di storia dei modelli sanitari tra passato e futuro*, Milano, Fondazione Giangiacomo Feltrinelli, pp. 20-27.
- GIORGI, C. PAVAN, I. (2021) *Storia dello Stato sociale in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- GROPPELLI, A. (a cura di) (2017) *Gruppo San Donato. Ritratto di un'impresa che cura il Paese*, Milano, Rizzoli.
- LUZZI, S. (2004) *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Roma, Donzelli.
- MAPELLI, V. (2012) *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna.
- MEDIOBANCA, AREA STUDI (2016) *I maggiori gruppi ospedalieri privati italiani 2010-14*, disponibile on line <https://www.mbres.it/>
- NORTH, D. C. (1990) *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge, Cambridge University Press.
- PACI, M. (1989) *Pubblico e privato nei moderni sistemi di Welfare*, Napoli, Liguori.
- PETRACCA F. RICCI A. (2017) *Gli erogatori privati accreditati: attività ospedaliera, distrettuale e valutazione esplorativa degli esiti*, in CERGAS-Bocconi, *Rapporto Oasi 2017*, Milano, Egea, pp. 257-289.

- SASSI F. (1995) «Lo stato di sviluppo dell'economia sanitaria in Italia: trent'anni di storia, un percorso largamente incompiuto», *Rivista Internazionale di Scienze Sociali*, Vol. 103, pp. 809-861.
- TARONI, F. (2011) *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Roma, Il pensiero scientifico editore.
- TARONI, F. (2019) *Il volo del calabrone. 40 anni di Servizio Sanitario Nazionale*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- TOTH, F. (2009) *Le politiche sanitarie. Modelli a confronto*, Roma-Bari, Laterza.
- TOTH, F. (2014) *La sanità in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- TUDOR HART, J. (1971) The Inverse Care Law, *The Lancet*, Vol. 297, pp. 405-412.
- UNSAI O. HASSAN, K. ZIREK D. (2016) «Corporate lobbying, CEO political ideology and firm performance», *Journal of Corporate Finance*, Vol. 38, pp. 126-149.
- VICARELLI, G. (1992) «Politica sanitaria e medicina privata in Italia», *Stato e mercato*, Vol. 36, pp. 457-471.
- VICARELLI, G. (1997) «La politica sanitaria tra continuità e innovazione» in *Storia dell'Italia repubblicana*, Torino, Einaudi, Vol. 3, pp. 570-571.
- VICARELLI, G. (2011) *Regolazione e governance nei sistemi sanitari europei*, Bologna, Il Mulino.
- ZUCCATELLI, G. CARBONE, C. LECCI, F. (2008) *Trent'anni di Servizio Sanitario Nazionale. Il punto di vista di un manager*, Egea, Milano.