

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2005**L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale. Il Rapporto 2005:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano;
- a livello regionale analizza gli strumenti e i contenuti dei Piani Sanitari Regionali; le indicazioni in merito all'assetto organizzativo delle aziende; i bilanci consolidati dei SSR; le scelte di governo della medicina generale;
- a livello aziendale indaga le nuove tipologie di aziende scaturite dai recenti processi di riassetto istituzionale; approfondisce il ruolo dei dipartimenti, delle farmacie ospedaliere e del controllo di gestione; analizza le scelte aziendali in tema di accreditamento e certificazione della qualità, di programmazione e controllo per le cure primarie, di contabilità analitica, di introduzione dei sistemi ERP, di ricorso al leasing e al lavoro interinale degli infermieri. Analizza infine due temi ispirati alla rilettura dell'organizzazione per processi: da un lato l'interpretazione del concetto di «governo clinico» e gli strumenti in cui viene declinato, dall'altro la riorganizzazione dei servizi di supporto non sanitari.

Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.

Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è ricercatore a contratto al CERGAS Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.

ISBN 88-238-5057-6



9 788823 850576

€ 42,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2005

Anessi Pessina • Cantù

**Rapporto OASI 2005****L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

CERGAS CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

Egea

10 Le fondazioni sanitarie lombarde

di Elena Cantù, Francesco Longo e Monica Otto*

10.1 Obiettivi e metodologia della ricerca

La storia del ruolo degli enti locali nel governo e nella gestione degli enti e delle aziende del SSN ha avuto un andamento «a pendolo». Alla nascita del SSN (legge 833/1978) al vertice delle allora USL vi erano i comitati di gestione (5-7 membri), espressione dei consigli comunali degli enti locali del territorio dell'azienda sanitaria, che di fatto era un consorzio sanitario obbligatorio tra municipalità. I comitati di gestione avrebbero dovuto limitarsi alle sole funzioni di indirizzo, ma progressivamente sono scivolati anche in ruoli gestionali, introducendo logiche politiche anche a livello organizzativo e operativo. La riforma degli anni Novanta ha progressivamente espulso gli enti locali dal governo della sanità, trasformando di fatto le aziende sanitarie in aziende della Regione, che ne definisce i confini e le missioni, ne nomina il management e ne finanzia le attività. Il ruolo dei comuni è diventato formalmente consultivo, attraverso la conferenza dei sindaci, ma sostanzialmente debole, anche perché sprovvisti delle necessarie competenze tecniche di analisi e valutazione delle performance delle aziende sanitarie. Nelle Regioni a più forte vocazione municipale (Toscana, Emilia Romagna, Marche ecc.) si è risposto con un rilevante lavoro politico informale, con cui gli enti locali hanno cercato comunque di influenzare l'indirizzo delle aziende sanitarie, a partire dalla nomina del direttore generale. Nelle altre Regioni si è assistito a un progressivo indebolimento del ruolo degli enti locali nel settore sanitario. Questo è stato particolarmente accentuato nelle Regioni con un ampio numero di aziende ospedaliere che, dal lato della missione, indeboliscono il loro legame con il territorio ricercando una funzione più specialistica e che, dal lato istituzionale, non sono neppure dotate di un organo di indirizzo che coinvolga gli enti locali. Un indicatore di questo processo di allontanamento degli enti locali dalla sanità è stata la progressiva

* Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i parr. 10.1 e 10.4 sono da attribuirsi a Francesco Longo, il par. 10.2 a Monica Otto e i parr. 10.1.1, 10.1.2 e 10.3 a Elena Cantù.

riappropriazione di tutte le funzioni sociali e socio-sanitarie, rinunciando anche a forme rilevanti di integrazione tra il sociale e il sanitario.

Negli ultimi anni vi è però una crescente pressione per un «ritorno» degli enti locali a un ruolo di indirizzo nel settore sanitario, ritenendo l'organo monocratico del direttore generale non in grado di monitorare e sintetizzare tutte le istanze degli stakeholder e giudicando la Regione un ente troppo distante dalle specificità dei singoli territori e, in parte, troppo impegnato nella ricerca dell'equilibrio economico.

Il processo di regionalizzazione del paese ha però fatto sì che le soluzioni istituzionali adottate per rilanciare il ruolo dei comuni siano profondamente dissimili e che sia difficile rintracciare un minimo comune denominatore. Per esempio, la Regione Toscana ha istituito le Società della Salute (in prospettiva una per distretto, per gestire tutto il settore territoriale della sanità e il sociale dei comuni). La Regione Emilia Romagna ha posto in capo alla funzione di committenza i sindaci dei singoli distretti con rilevanti prerogative di indirizzo. La Regione Lombardia ha ipotizzato la trasformazione degli ospedali in fondazioni con un rilevante recupero del ruolo degli enti locali.

Non potendo delineare un'analisi comune per le diverse realtà regionali abbiamo scelto di iniziare ad analizzare una di queste soluzioni, per comprenderne le specificità. Abbiamo selezionato la Regione Lombardia per il fatto che è forse quella con un processo attuativo più avanzato, seppur in poche realtà sperimentali. Sarà compito dei prossimi rapporti OASI indagare la realtà delle altre Regioni per completare il quadro.

Della Regione Lombardia abbiamo deciso di analizzare tutte le realtà che mostrassero un grado maturo di attuazione o di progettazione, pur nella consapevolezza della natura sperimentale e quindi provvisoria degli assetti a oggi adottati. La ricerca è stata condotta sulla base:

- del materiale documentale (studi di fattibilità, protocolli d'intesa, Statuti, Atti Costitutivi, Regolamenti ecc.) relativo alle singole esperienze e della normativa nazionale e regionale di riferimento¹;
- di interviste semistrutturate ai referenti dei singoli casi².

Le interviste sono state condotte e il materiale documentale è stato raccolto a partire dalla griglia di analisi riportata nel Riquadro 10.1.

¹ Si ringraziano per il supporto nella raccolta del materiale la dottoressa Luzzi (dirigente della Progettazione e Sviluppo Piani della Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia) e la dottoressa Veneri (Progettazione e Sviluppo Piani della Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia).

² Si ringraziano per la disponibilità e la preziosa collaborazione nello svolgimento dell'analisi: il dottor Tognoli, il dottor Di Benedetto e il dottor Bonino della Fondazione IRCCS «Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena»; il dottor Pavarini dell'AO Poma di Mantova; l'avvocato Paganella, sindaco di Castiglione delle Stiviere; la dottoressa Bonini, sindaco di Suzzara; il dottor Nicchio, Amministratore Delegato di Castiglione Sanità s.r.l.; l'avvocato Collico dell'AO San Gerardo di Monza; il signor Verga del «Comitato Maria Letizia Verga».

Riquadro 10.1 Griglia utilizzata per l'analisi dei casi

Prima parte – Finalità e processo costitutivo

Obiettivi strategici della modifica istituzionale/formula di gestione

- Esiste una analisi della situazione storica in termini di posizionamento strategico e di risultati (output, outcome, equilibrio economico finanziario)?
- Sono chiaramente delineati gli obiettivi della trasformazione istituzionale? Quali sono? Sono coerenti con l'analisi di posizionamento condotta?
- Gli obiettivi strategici sono aziendali, di rete locale o di sistema?

Processo costitutivo

- Processo politico istituzionale
- Processo amministrativo e giuridico
- Processo di analisi economica e organizzativa
- Relazioni sindacali

Seconda parte – La struttura

Oggetto sociale/missione

- Qual è l'oggetto sociale e la missione?
- È ampio? Differenziale rispetto allo storico?
- Come può essere cambiato nel tempo?

Soci partecipanti

- Chi sono? Quali sono i conferimenti permanenti e i contributi/ricompense attesi nel tempo?
- Esistono classi di soci diversi? Come si differenziano per contributi e ricompense?
- Quale è il meccanismo di cooptazione o selezione nel tempo?

Corporate governance

- Come è definita la rappresentanza e le quote? Come può modificarsi nel tempo?
- Quante società e in che relazione tra di loro?
- Quali sono gli organi interni e chi li nomina?
- Quali sono i ruoli e i poteri dei diversi organi e i loro meccanismi di funzionamento?
- Esiste un controllo esterno e quale?
- Viene definita anche la struttura organizzativa?

Formula di gestione della produzione

- Sono decise le formule di gestione della produzione per le diverse fasi dei processi erogativi? Quali sono e perché?
- Possono essere modificate? In funzione di che cosa? Da chi?

Disavanzi

- L'ipotesi disavanzi come è regolamentata?
- Come si ripartisce l'eventuale disavanzo tra i soci?

Patrimonio

- È definita la capitalizzazione?
 - Di chi è la proprietà del patrimonio?
 - In caso di liquidazione/scioglimento cosa succede del patrimonio?
-

10.1.1 Le esperienze analizzate

La costituzione di una fondazione di partecipazione come strumento di collaborazione pubblico-privato è stata ipotizzata in una molteplicità di proposte progettuali collegate alla realizzazione di nuove strutture o alla ristrutturazione/riconversione di quelle esistenti.

Fino a ora, però, essa ha rappresentato la soluzione percorribile per un numero limitato di esperienze.

Tra queste, in due casi la fondazione è già operativa:

- Fondazione «Fratelli Montecchi», costituita per la riconversione del Presidio di Suzzara, una struttura di ricovero dell'Azienda Ospedaliera Poma di Mantova;
- Fondazione «San Pellegrino» costituita per la riconversione del Presidio di Castiglione delle Stiviere, un'altra struttura di ricovero dell'Azienda Ospedaliera Poma di Mantova.

In altri due casi la costituzione della fondazione di partecipazione è ancora in fase progettuale, benché a un livello sufficientemente avanzato per poterne comprendere le caratteristiche più significative:

- Fondazione «Monza e Brianza per il bambino e la sua mamma», proposta dall'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza;
- Fondazione di partecipazione per il Presidio Ospedaliero di Saronno, proposta dall'Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio.

Un'esperienza a sé, già nella fase operativa, è poi quella della Fondazione IRCCS «Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena», costituita con l'obiettivo di riorganizzazione funzionale e strutturale dell'Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento (ICP) e dell'Ospedale Maggiore di Milano.

Nei paragrafi seguenti viene esposto il contesto regolatorio di riferimento per le fondazioni lombarde (par. 10.1.2) e vengono approfondite le caratteristiche del processo costitutivo e della struttura delle cinque fondazioni sopra elencate. In particolare, il par. 10.2 è dedicato alla Fondazione IRCCS «Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena», mentre il par. 10.3 mette a confronto le esperienze di Castiglione delle Stiviere, Suzzara, Monza e Saronno.

10.1.2 I riferimenti normativi e le linee guida regionali

L'art. 9-bis del D.lgs. 502/1992 ss.mm.ii. disciplina lo strumento della «sperimentazione gestionale» prevedendo che:

1. le sperimentazioni gestionali siano l'unico strumento attraverso cui procedere

- alla costituzione di società di capitali miste pubblico/privato aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute;
2. sia necessaria per l'attivazione la preventiva autorizzazione della Conferenza Stato-Regioni, competenza autorizzatoria successivamente trasferita alle Regioni (legge 405/2001).

All'interno di questo contesto normativo nazionale di riferimento, la Regione Lombardia è stata sempre molto attiva nel proporre nuove forme gestionali basate su collaborazioni strutturate tra soggetti pubblici e privati.

In particolare:

- la DGR 6/42718 del 29 aprile 1999 «Criteri in ordine al reperimento di nuove risorse per il settore sanità della Regione Lombardia» proponeva alcune forme di collaborazione che comprendevano la società mista, la concessione di costruzione e gestione, il *project financing*, la concessione di «committenza integrata», gli accordi di sponsorizzazione e di collaborazione. La delibera individuava quali finalità principali di tali forme di collaborazione la ricerca di una maggiore flessibilità operativa e gestionale per le aziende sanitarie e il sostegno agli investimenti necessari all'ammodernamento delle strutture sanitarie e all'implementazione del patrimonio tecnologico;
- il PSSR 2002-2004 (D.C.R. 13 marzo 2002, n. 462) ha previsto la possibilità di trasformare le Aziende Ospedaliere (o parti di esse, come esplicitamente specificato dalla L.R. 3/2003³) in fondazioni. «La trasformazione delle Aziende Ospedaliere pubbliche in soggetti di diritto privato non profit fonda la sua validità su: (i) utilità della privatizzazione delle regole – non della proprietà – per garantire flessibilità nella gestione e rapidità nell'esecuzione delle decisioni; (ii) relazioni aziendali e gestione delle risorse umane liberate da vincoli pubblicistici (...). La partecipazione al nuovo soggetto giuridico da parte di organizzazioni imprenditoriali garantisce: (i) una disintermediazione dal bilancio dello Stato attraverso economie indotte da una gestione efficiente; (ii) investimenti in infrastrutture e tecnologie altrimenti non garantiti; (iii) maggiore orientamento del management all'equilibrio economico finanziario» (PSSR 2002-2004, paragrafo relativo al governo degli ospedali pubblici). La costituzione della fondazione viene inoltre proposta come modalità per il diretto coinvolgimento dell'espressione pubblica, non profit e privata delle comunità locali. In particolare, si indica la fondazione di partecipazione quale possibile istituto giuridico, così come disciplinato dal Titolo II capo II del Codice civile agli artt. 14-35 e dal D.P.R. 361/2000;
- la DGR 7/13306 del 13 giugno 2003, che stabilisce il piano pluriennale degli

³ «La trasformazione di Azienda Ospedaliera in fondazione o la costituzione di una fondazione può riguardare l'intera azienda o parte di essa, garantendo, negli organi di indirizzo, la presenza maggioritaria di membri designati da soggetti pubblici» (L.R. 3/2003, art. 4, comma 7).

investimenti in sanità per la ristrutturazione e adeguamento degli edifici ospedalieri ai requisiti di sicurezza e accreditamento e la realizzazione di nuove strutture, prevede la possibilità di finanziare gli investimenti tramite l'utilizzo di forme di collaborazione pubblico-privato;

- la DGR 7/18575 del 5 agosto 2004 disciplina le proposte di sperimentazioni gestionali (cioè le esperienze aventi a oggetto la gestione mista dell'attività di diagnosi e cura e le collaborazioni tra aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati finalizzate a sperimentare soluzioni particolarmente innovative dal punto di vista finanziario e/o gestionale e/o tecnologico) in termini di obiettivi da perseguire, strumenti utilizzabili per la collaborazione con i soggetti privati (società mista, fondazione di partecipazione, organismi consortili, associazione in partecipazione, project finance, contratti di concessione di spazi pubblicitari e di sponsorizzazioni) e iter autorizzativi.

È all'interno di questo contesto regolatorio che si collocano le fondazioni di partecipazione di Suzzara e Castiglione delle Stiviere e le proposte in discussione a Saronno e Monza.

L'esperienza della Fondazione IRCCS «Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena» fa, invece, prevalente riferimento alla normativa nazionale. Come emergerà dalla trattazione del caso, il progetto originario prevedeva l'applicazione di una sperimentazione gestionale della durata di tre anni ai sensi dell'art. 9-bis del D.lgs. 502/1992.

In seguito all'approvazione della legge 3/2003 «Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione» l'ipotesi di sperimentazione venne abbandonata.

L'art. 42 di tale legge conferiva, infatti, al Governo la delega per l'adozione di un decreto sul riordino degli IRCCS, poi approvato il 16 ottobre 2003 (D.lgs. 288/2003). Tale decreto prevede la possibilità che le Regioni trasformino gli IRCCS in fondazioni, costituendo in questo modo un nuovo soggetto che, pur mantenendo la natura giuridica pubblica, sia aperto alla partecipazione di soggetti pubblici e privati e possa stipulare accordi e convenzioni, costituire e/o partecipare a consorzi, società di persone e di capitali sia con soggetti pubblici che privati.

Le fondazioni così costituite sono sottoposte alla vigilanza del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze e, sempre a livello ministeriale, vengono definite le quote di finanziamento. Il rapporto di lavoro assume natura privatistica, sebbene al personale già dipendente quando la trasformazione ha avuto luogo spetti il diritto di scegliere tra contratto di natura pubblica e privata.

Si segnala, peraltro, che l'intervento dello Stato nella regolamentazione di questo tema ha sollevato contestazioni, quale quella della Regione Emilia Romagna, che ha avanzato ricorso circa la costituzionalità del D.lgs. 288/2003. Infatti la Regione sostiene che tale atto normativo violi quanto previsto dalla riforma del

Titolo V della Costituzione, secondo la quale sia la ricerca scientifica che la tutela della salute sono affidate alla legislazione regionale⁴.

10.2 L'esperienza della Fondazione IRCCS «Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena»

10.2.1 Il processo costitutivo della Fondazione IRCCS «Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena»

Storicamente l'IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano doveva essere trasferito dall'attuale sito in centro alla città verso la periferia, per volontà dell'Amministrazione comunale di allontanare dal centro una struttura con oltre 3000 posti letto, che prestava la quasi totalità dell'assistenza sanitaria per Milano e il suo hinterland.

In seguito all'edificazione di nuovi complessi ospedalieri (l'Ospedale Niguarda, l'Ospedale di Sesto San Giovanni e l'Ospedale San Carlo Borromeo) inizialmente quali articolazioni dell'Ospedale Maggiore e in seguito divenuti amministrativamente autonomi, all'insediamento di ulteriori realtà assistenziali costruite da privati e convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale (Istituto Oncologico Europeo, Ospedale Humanitas di Rozzano e Ospedale di San Donato) si rese possibile una revisione della quantità di posti letto necessari per soddisfare le esigenze della popolazione. Infatti, se nel 1974 lo standard di riferimento ottimale era di 10 posti letto per mille abitanti, esso è oggi pari a 4,5⁵.

Tali considerazioni, accompagnate dalla necessità di abbattere i costi dell'assistenza ospedaliera, consentirono di mantenere l'Ospedale Maggiore nel centro di Milano e di decongestionare le sue funzioni universitarie, dividendole tra le varie sedi cittadine e provinciali.

Il primo intervento di ristrutturazione e ammodernamento dell'Ospedale Maggiore di Milano fu così elaborato e approvato dal comune di Milano e dalla Regione nel corso del 1997.

Nel 1999 la giunta regionale promosse un accordo di programma tra Ministero

⁴ Con sentenza 270/2005, la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità di alcuni punti dell'art. 42 della legge 3/2003 e del D.lgs. 288/2003. Con tale sentenza vengono dichiarate estranee alla natura giuridica degli IRCCS sia la previsione di un controllo amministrativo sugli atti fondamentali da parte di organi statali, sia la presenza di rappresentanti del Ministero negli organi di gestione, sia la determinazione da parte del Legislatore statale di quali siano le Istituzioni pubbliche che possono designare la maggioranza del Consiglio di Amministrazione. Le informazioni contenute nel presente capitolo fanno comunque riferimento alla situazione vigente prima della citata sentenza. Eventuali successive modifiche ad atti o documenti non sono pertanto riportate.

⁵ La Finanziaria 2005 e l'Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 hanno previsto che le regioni adottino, entro il 30 settembre 2005, provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie, cfr. cap. 2.

della Salute, Regione Lombardia, comune di Milano e IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico per la ristrutturazione di quest'ultimo.

Nel corso dell'attività tecnica per la definizione dell'accordo la Direzione Generale della Regione ritenne necessario coinvolgere l'AO Istituti Clinici di Perfezionamento (ICP), situata in un'area confinante con l'Ospedale Maggiore. Tale decisione implicò l'elaborazione di un nuovo progetto per l'accorpamento delle due strutture.

L'obiettivo di tale riorganizzazione funzionale e strutturale era di ottimizzarne il funzionamento, contenere le spese di gestione e rendere più confortevole l'ospitalità alberghiera ai degenti. Inoltre, la realizzazione del progetto rappresentava l'opportunità per una rivalutazione della destinazione urbanistica di una vasta area nel centro della città, dotandola di nuovi servizi (culturali, commerciali e parcheggi di 1.700 posti auto). Il nuovo accordo di programma tra Ministero, Regione, Comune, AO ICP e IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico fu sottoscritto il 25 settembre 2000 e diede luogo alla variante di PRG con l'obiettivo di accorpare le due strutture e di individuare uno strumento di gestione delle attività e dei servizi della nuova costruzione.

In concomitanza alla sottoscrizione dell'accordo, la Regione Lombardia si impegnò ad attivare uno studio tecnico-economico-finanziario per chiarire i margini di applicazione di tecniche innovative di finanziamento con il coinvolgimento di operatori privati.

Gli studi condotti portarono a ipotizzare il completo abbattimento dei due complessi originari e la costruzione di una nuova struttura con una capienza massima di 1.400 posti letto che accogliesse tutte le funzioni di diagnosi, cura e assistenza sanitaria, al fine di aggregare le attività disperse in diverse sedi ed eliminare eventuali duplicazioni di servizi. Inoltre fu ipotizzata l'istituzione di una fondazione, quale sperimentazione gestionale della durata di tre anni, ai sensi dell'art. 9-bis del D.lgs. 502/1992.

Il costo presunto dell'investimento era di 560 miliardi di lire (circa 289 milioni di euro) suddivisi secondo il prospetto riportato nella Tab. 10.1.

Tabella 10.1 **Investimenti e soggetti finanziatori (Accordo di programma 2000)**

Soggetti finanziatori	Importo in miliardi di lire
Ministero della Salute	70
Regione Lombardia	70
IRCCS Ospedale Maggiore	100
Fondazione Cariplo e Cariplo SpA	90
Privati	230

Alla sottoscrizione di tale accordo seguirono confronti con i rappresentanti sindacali che portarono il 12 novembre 2002 alla stipula di un'intesa, la quale introdusse regole sulla modalità di confronto sindacale nelle varie fasi di avanzamento del progetto e clausole di garanzia per il trattamento dei dipendenti (2.000 dipendenti per l'IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico e 1.600 per l'AO ICP), il mantenimento del livello di servizi e del volume di prestazioni e la gestione diretta dei servizi da parte delle Aziende Ospedaliere originarie.

Dalla sua sottoscrizione al 2003, anno di emanazione della legge 3 e del D lgs 288, l'originario progetto di sperimentazione gestionale venne superato.

Già nel 2001, nel corso di una riunione del Collegio di Vigilanza⁶ sull'esecuzione dell'accordo di programma, il numero di posti letto venne ridotto da 1.400 a 900 (di cui 100 per la libera professione).

Nel corso del 2004 l'accordo di programma del 25 settembre 2000 subì ulteriori modifiche sostanziali, approvate con la DGR 18413 del 30 luglio 2004 in seguito alla quale, il 5 dicembre 2004, fu sottoscritto l'Atto Integrativo dell'accordo di programma⁷. Tale delibera conferma la riduzione del numero di posti letto, mantenendo a 168.000 mq la massima superficie lorda di pavimento dei fabbricati destinati ad attività sanitaria; decide di ricorrere in parte alla ristrutturazione di alcuni padiglioni e in parte alla costruzione di nuove strutture; infine prevede un ridimensionamento del costo dell'investimento che da circa 289 milioni di euro si riduce a 160, ripartiti tra i soggetti finanziatori come mostrato in Tab. 10.2.

Inoltre tra maggio e agosto 2004 l'ipotesi di costituzione della Fondazione comportò una serie di incontri con i rappresentanti sindacali presso l'assessorato regionale.

Nel dettaglio, l'investimento previsto per la ristrutturazione del padiglione Monteggia, Neuroscienza e Organi di senso ammonta a 37 milioni di euro, mentre la ristrutturazione del Pronto Soccorso a 27 milioni di euro. Per la costruzione dei padiglioni per il Materno infantile e la Medicina Generale è previsto un finanziamento con mutuo di 100 milioni i cui interessi vengono pagati dalla Regione.

Infatti alla Fondazione è consentito finanziarsi con mutuo o con l'alienazione di immobili di proprietà. I tempi previsti per il completamento dell'opera sono intorno agli 80 mesi.

⁶ Contestualmente alla sottoscrizione dell'accordo di programma è stato istituito un Collegio di Vigilanza con il compito di controllare sulla piena, tempestiva e corretta attuazione dell'accordo stesso. Il Collegio è composto dal Presidente della Regione che lo presiede, dall'Assessore regionale alla Sanità, dal Commissario di Governo nella Regione in rappresentanza del Ministero della Sanità, dall'Assessore allo Sviluppo del Territorio del Comune di Milano, dai rappresentanti legali dell'Ospedale Maggiore di Milano-Policlinico e dell'AO ICP.

⁷ Le integrazioni apportate vennero definitivamente approvate con Decreto dell'Assessore alla Sanità 24 gennaio 2005, n. 719. Tali provvedimenti furono assunti a seguito della condivisione intervenuta a livello consiliare dell'operazione citata con D.C.R. 16 novembre 2004, n. VII/1100.

Tabella 10.2 **Investimenti e soggetti finanziatori (DGR 18413/2004)**

Soggetti finanziatori	Importo in milioni di euro
Ministero della Salute	50,87
Regione Lombardia/ICP	4
IRCCS Ospedale Maggiore e, in seguito alla sua costituzione, Fondazione IRCCS «Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena»*	105,13

* Sullo stesso importo finanziato dall'IRCCS Ospedale Maggiore (105,13 milioni di euro) la Regione Lombardia coprirà gli interessi sui mutui, anche mediante l'alienazione di beni immobili regionali.

10.2.2 La struttura della Fondazione IRCCS «Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena»

Il progetto diventa operativo con l'approvazione della DGR VII/19879 del 16 dicembre 2004 e del Decreto del Ministro della Salute 29 dicembre 2004, con il quale:

1. è stata disposta la trasformazione dell'IRCCS Ospedale Maggiore in «Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena»;
2. è stato approvato lo statuto;
3. è stato disposto che la trasformazione in Fondazione IRCCS avrebbe avuto effetto dalla data di insediamento del Consiglio di Amministrazione; quest'ultimo ha avuto luogo nel gennaio 2005.

La Fondazione così costituita conserva la natura pubblica propria dei due enti originari (IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico e AO ICP), ma tale forma giuridica le consente maggiore flessibilità rispetto al passato. Innanzitutto l'opportunità di avere soci conferenti capitale, in secondo luogo quella di poter costituire società aventi scopo di lucro, pur mantenendo la natura di non profit, infine quella di poter introdurre contratti di lavoro di diritto privato.

La soluzione giuridica della Fondazione rappresenta inoltre l'occasione per apportare alcune novità gestionali nell'attività di ricerca scientifica.

L'intenzione manifestata, in particolar modo dalla direzione scientifica, è di introdurre una logica di project management, costruendo percorsi di diagnosi e cura a cui dedicare team specializzati e tra di loro integrati dalla direzione scientifica.

I membri – I membri della Fondazione si distinguono in *fondatori* e *partecipanti*. I primi sono il Ministero della Salute, la Regione Lombardia, il Comune di Milano e, in rappresentanza degli interessi originari dell'IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, l'Arcidiocesi di Milano. I secondi sono definiti dallo statuto come «enti pubblici e soggetti privati che, condividendo le finalità della Fondazione, si impegnano a contribuire alla vita della medesima e alla realizzazione dei suoi scopi con apporti

patrimoniali o patrimonialmente valutabili». Per esempio, nel corso del 2005, è stata avanzata la disponibilità a partecipare da parte della Fondazione Fiera.

La qualifica di *partecipante* è assumibile in seguito a delibera del Consiglio di Amministrazione, adottata con il voto favorevole dei due terzi dei consiglieri e considerata la rilevanza dell'apporto che l'aspirante partecipante si impegna a fornire alla Fondazione.

L'oggetto sociale, la missione – Scorrendo l'elenco delle finalità enunciate all'interno dello Statuto, è possibile affermare che esse ruotano intorno a tre principali attività:

- svolgere e sviluppare l'attività di assistenza sanitaria;
- sviluppare e promuovere la ricerca biomedica e sanitaria, di tipo clinico e traslazionale, al fine di costituire un centro di riferimento nazionale e di tutelare la proprietà dei risultati e la valorizzazione economica degli stessi;
- elaborare e attuare programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria e fornire il supporto alle istituzioni di istruzione e formazione pre e post laurea.

Rispetto alla situazione originaria e a quanto previsto con il primo accordo di programma, più che modificare sostanzialmente la tipologia di attività svolte, la costituzione della Fondazione sembra l'opportunità per evitare la duplicazione di servizi, prima svolti separatamente da Ospedale Maggiore e ICP, per sfruttare le sinergie di competenze e quindi incrementare la qualità dei servizi (anche attraverso la sperimentazione di forme innovative di gestione in campo sanitario e della ricerca biomedica) e per abbattere i costi di gestione, sfruttando gli elementi di flessibilità concessi dalla forma giuridica scelta.

Per quanto riguarda la gestione di tali attività, non è previsto alcun sub appalto e pertanto l'attività di erogazione dei servizi, così come l'attività di ricerca e formazione, rimangono in capo alla Fondazione stessa.

Gli organi – Come in parte già previsto nel decreto legislativo 288/2003, gli organi della Fondazione sono:

- il *Consiglio di Amministrazione*: composto da nove membri, tre dei quali nominati dal Ministro della Salute, tre dal Presidente della Regione Lombardia, uno dal Sindaco di Milano, uno dall'Arcivescovo di Milano e uno dai *partecipanti* scegliendolo eventualmente in forma collegiale.
- il *Presidente*: è nominato dal Consiglio di Amministrazione tra i membri nominati dal Ministro e dal Presidente della Regione Lombardia.
- il *Direttore Generale*: viene nominato dal Consiglio di Amministrazione su indicazione di concerto tra il Ministro della Salute e il Presidente della Regione ed è scelto tra persone estranee al Consiglio stesso.

- il *Direttore Scientifico*: è nominato dal Ministro della Salute, sentito il Presidente della Regione.
- il *Collegio Sindacale*: viene nominato dal Direttore Generale ed è composto da cinque membri, di cui uno designato dal Ministro dell'Economia e delle Finanze, uno dal Ministro della Salute, due dal Presidente della Regione e uno dal Sindaco del Comune di Milano. Il presidente del Collegio viene eletto dai Sindaci nel corso della prima seduta.

Le funzioni attribuite al *Consiglio di Amministrazione* sono di indirizzo e controllo dell'attività.

Dura in carica cinque anni, si riunisce almeno quattro volte all'anno con la presenza della maggioranza dei consiglieri.

Delibera a maggioranza assoluta dei presenti, a parte in casi specifici previsti espressamente nello Statuto, quali:

- la nomina del Presidente e del Direttore Generale, le modifiche dello Statuto, la costituzione, lo scioglimento e le modalità e condizioni della partecipazione ad altri enti e società, atti inerenti il patrimonio di valore superiore a 250.000 euro, dove è richiesta la maggioranza di almeno due terzi dei componenti;
- lo scioglimento della Fondazione e ogni modifica del livello e delle tipologie di servizi sanitari erogati in regime di accreditamento, per cui è necessaria l'unanimità dei voti dei consiglieri designati dal Ministro della Salute e dal Presidente della Regione.

Il Consiglio di Amministrazione della Fondazione può essere sciolto con provvedimento del Ministro della Salute, adottato d'intesa con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e con il Presidente della Regione, in caso si ravvisino gravi irregolarità nell'amministrazione o violazioni di quanto previsto dallo Statuto o altro atto normativo, se il conto economico chiude con una perdita superiore al 20 per cento del patrimonio per due esercizi successivi e se gli organi di amministrazione e gestione sono impossibilitati nel loro funzionamento.

Il *Presidente* è il legale rappresentante della Fondazione. Si occupa della gestione delle relazioni con gli enti, istituzioni, imprese pubbliche e private e altri organismi.

Il *Direttore Generale* ha compiti gestionali in qualità di responsabile del raggiungimento degli obiettivi definiti dal Consiglio di Amministrazione, della gestione finanziaria, tecnica e amministrativa (inclusa la gestione del personale) della Fondazione. Rimane in carica cinque anni e stipula con la Fondazione un contratto di natura privata. Si avvale della collaborazione di un Direttore Amministrativo e di un Direttore Sanitario scelti direttamente da lui. Anche questi stipulano un contratto di diritto privato con durata non superiore al mandato del Direttore Generale che li ha nominati.

Il *Direttore Scientifico* ha il compito di promuovere e coordinare l'attività di

ricerca scientifica e ne gestisce il budget, definito annualmente con il Direttore Generale in base agli indirizzi a sua volta stabiliti dal Consiglio di Amministrazione, e che comunque non può essere inferiore ai finanziamenti destinati alla Fondazione dal Ministero della Salute e da altri enti pubblici e privati per l'attività di ricerca. Anche il Direttore Scientifico stipula un contratto di diritto privato, di durata non superiore a quella del Consiglio di Amministrazione in carica. Su proposta del Direttore Scientifico il Consiglio di Amministrazione nomina un *Comitato tecnico-scientifico*, composto da tre medici operanti nella Fondazione, da tre esperti esterni e da tre membri eletti, di cui uno non medico. Tale comitato ha funzioni consultive e di supporto tecnico-scientifico alle iniziative e ai programmi di ricerca e, più in generale, di carattere sanitario.

La funzione del *Collegio Sindacale* è di controllo contabile, in particolare si occupa della verifica dell'amministrazione sotto il profilo economico, giuridico e contabile. La sua carica dura tre anni.

Come previsto dal D.lgs. 288/2003, la Fondazione è sottoposta alla vigilanza di un Comitato istituito con Decreto del Ministro della Salute e composto da un membro nominato dal Ministro dell'Economia e delle Finanze, da due membri nominati dal Presidente della Regione e da due designati dal Ministro della Salute, dei quali uno, con funzioni di coordinamento, appartenente alla Direzione Generale della Ricerca Scientifica e Tecnologica del Ministero della Salute. Tale Comitato esercita il controllo e la vigilanza sull'amministrazione della fondazione. Inoltre sono sottoposte al controllo preventivo del Comitato le deliberazioni concernenti le modifiche statutarie, la partecipazione in enti e società, l'avvio delle attività strumentali⁸, il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale e il bilancio di esercizio, le deliberazioni di programmi di spesa pluriennali, la dotazione organica iniziale e le sue revisioni.

Come emerge dalla composizione degli organi, la presenza di rappresentanti ministeriali e regionali è costante. Ministero e Regione pertanto, oltre ad assumere la veste formale di fondatori, giocano un ruolo sostanziale nell'attività di amministrazione, gestione e finanziamento delle attività.

I disavanzi e il patrimonio – L'eredità più importante in termini di disavanzo per la Fondazione in seguito all'accorpamento dell'AO ICP e dell'IRCCS Ospedale Maggiore è da attribuirsi a quest'ultimo, che ha sempre fatto registrare significativi disavanzi. Non è però del tutto chiaro come venga disciplinato il ripiano dei disavanzi. La trasformazione in Fondazione degli IRCCS avviene su istanza della Regione e pertanto vengono avanzati dubbi circa la quota di ripiano dei disavanzi spettante allo Stato piuttosto che all'amministrazione regionale.

Sebbene nella legge finanziaria per il 2005 (legge 311/2004) è previsto che sia

⁸ L'art. 9 del D.lgs. 288/2003 conferisce alle Fondazioni la possibilità di esercitare attività diverse da quelle istituzionali per le quali possono stipulare accordi e convenzioni, costituire e/o partecipare a consorzi e società di persone o di capitali con soggetti pubblici e privati.

la Regione a farsi «carico (...) di provvedere al mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario», in sede di conferenza Stato-Regioni si era ipotizzato un ripiano a carico dello Stato per l'80 per cento e per il restante 20 per cento delle Regioni. Tale proposta non ha poi trovato seguito nella trasformazione in decreto, lasciando la questione irrisolta.

Nel caso della Fondazione IRCCS Policlinico (che peraltro al momento rappresenta l'unica effettiva trasformazione di IRCCS in Fondazione) per i primi cinque anni dalla sua costituzione i disavanzi in capo alla stessa verranno coperti dalla Regione attraverso un piano di rientro.

Il patrimonio della Fondazione si compone di beni *indisponibili* e di patrimonio *disponibile*. I primi consistono in beni strumentali, il secondo dall'insieme delle proprietà per lo più dell'ospedale Maggiore.

In caso di scioglimento della Fondazione, il patrimonio residuo viene devoluto allo Stato per essere destinato ad altri IRCCS o Fondazioni IRCCS con sede prevalente in Lombardia. In assenza di tali enti il patrimonio residuo viene devoluto ad altri enti pubblici con sede in Lombardia esclusivamente per finalità di ricerca e assistenza.

10.3 Le fondazioni di partecipazione: esperienze a confronto

10.3.1 Finalità e processo costitutivo delle esperienze analizzate

La DGR 7/18575 del 5 agosto 2004 stabilisce che le forme di collaborazione pubblico-privato debbano perseguire prioritariamente le seguenti esigenze:

- adeguare le strutture e le tecnologie delle aziende sanitarie ai requisiti di sicurezza e accreditamento di cui alla normativa nazionale e regionale;
- attivare forme organizzative e gestionali innovative;
- utilizzare il patrimonio delle aziende sanitarie oggi inutilizzato;
- valorizzare il patrimonio di proprietà aziendale, per il miglioramento della qualità delle prestazioni e del servizio reso all'utente e delle condizioni di lavoro degli operatori sanitari.

All'interno di questo quadro, i casi analizzati evidenziano obiettivi strategici differenziati.

L'obiettivo principale delle due esperienze mantovane è quello di reperire fondi privati per la ristrutturazione dell'ospedale. L'AO Poma aveva quantificato in circa 39 milioni di euro⁹ gli investimenti necessari per adeguare tutte le proprie strutture di ricovero ai requisiti di accreditamento regionale e alle nor-

⁹ Tali necessità di finanziamento si aggiungevano a quelli già concessi dalla Regione per la costruzione del nuovo lotto dell'Ospedale di Mantova (circa 60 miliardi di lire).

me di sicurezza. Potendo finanziare con i canali tradizionali (contributi in conto capitale dalla Regione e mutui) solo una parte di tale fabbisogno (circa 23 milioni di euro), l'AO ha previsto nel proprio Piano Strategico di avviare forme di collaborazione pubblico-privato per la ristrutturazione dei presidi di Volta Mantovana, Castiglione delle Stiviere e Suzzara¹⁰. Mentre per Volta Mantovana è stata scelta la forma giuridica della «concessione di costruzione e gestione»¹¹, per le altre due strutture si è preferito costituire delle Fondazioni di partecipazione, scelta sostenuta in modo particolare dagli enti locali. Gli ospedali di Suzzara e Castiglione sono, infatti, molto radicati sul territorio locale, ai cui cittadini sono destinate la maggior parte delle prestazioni erogate. Gli enti locali hanno quindi spinto per una soluzione che garantisse, da un lato, il mantenimento e lo sviluppo del presidio, dall'altro, l'indirizzo, il controllo e la «proprietà» pubblica. Il loro coinvolgimento nella fondazione, in particolare, era motivato dalla loro convinzione di essere in grado di meglio percepire e veicolare le esigenze e i bisogni del territorio.

In entrambi i casi, la ristrutturazione doveva essere accompagnata da una riqualificazione dell'offerta. I due presidi si caratterizzavano, infatti, per la prevalenza di prestazioni di primo livello e di complessità medio-bassa e per una forte mobilità in uscita anche per le specialità disponibili nei presidi stessi. Anche dal punto di vista economico i due ospedali presentavano situazioni negative¹². I dati dell'AO Poma mostravano nel 2001 una perdita¹³ di circa 3 milioni (su un valore della produzione pari a circa 19 milioni di euro) per l'ospedale di Suzzara e di circa 7 milioni (su un valore della produzione pari a circa 20 milioni di euro) per quello di Castiglione.

Partendo da un'analisi della domanda e dell'offerta sul territorio mantovano, sono state definite le strategie di riqualificazione che hanno previsto la chiusura delle unità operative dell'Area materno-infantile¹⁴ (ostetricia-ginecologia e pediatria) e un potenziamento dell'attività ortopedica¹⁵.

A differenza delle esperienze mantovane, la proposta di costituzione di una fondazione di partecipazione per il presidio di Saronno non nasce da esigenze

¹⁰ L'investimento per la ristrutturazione di Castiglione era stato stimato in circa 6 milioni di Euro, quello per Suzzara in circa 3 milioni.

¹¹ Volta Mantovana si qualifica oggi come un centro di lungodegenza e riabilitazione.

¹² Situazioni in peggioramento a causa, in particolare, delle misure di controllo della domanda adottate dall'ASL di Mantova per ridurre il tasso di ospedalizzazione.

¹³ Dal momento che le due strutture rappresentavano delle divisioni dell'AO Poma si tratta di dati provenienti dalla contabilità analitica. Sarebbe quindi più corretto parlare di risultato operativo netto (inclusivo di una quota di costi comuni aziendali ribaltati dall'AO).

¹⁴ La chiusura delle UUOO dell'area materno infantile era stata effettuata a Suzzara nel 2002, prima della costituzione della fondazione di partecipazione, mentre a Castiglione la chiusura è avvenuta dopo.

¹⁵ A Castiglione è stato aperto un reparto di ortopedia (anche per il trasferimento dell'UO che operava a Volta Mantovana), mentre a Suzzara è stata aperta una UO di recupero e riabilitazione funzionale.

specifiche di finanziamento delle opere di ristrutturazione dell'ospedale (esigenze peraltro presenti, ma per le quali la Regione ha già stanziato le risorse relative), quanto dalla richiesta da parte dell'amministrazione comunale di Saronno di essere parte attiva nelle scelte di indirizzo e di gestione del Presidio. La volontà è quella di individuare un nuovo ruolo per l'ente locale, di committenza e di responsabilità economica sulla richiesta delle prestazioni sanitarie da erogare, a cui si affianca la ricerca di un potenziamento dei percorsi di continuità assistenziale post-ospedaliera. Del resto lo stesso PSSR 2002-2004 propone la fondazione come strumento utilizzabile per superare l'attuale configurazione delle aziende sanitarie essenzialmente riferite alla Regione e per coinvolgere anche le comunità locali nel governo degli ospedali pubblici.

Per ciò che riguarda il progetto di Monza, infine, i motivi che hanno portato a uno studio di fattibilità per la fondazione «Monza e Brianza per il bambino e la sua mamma» sono molto diversi dai precedenti.

I principali promotori della fondazione sono soggetti del privato non-profit e specificamente il Comitato Maria Letizia Verga (CMLV)¹⁶ e la Fondazione Tettamanti (FT)¹⁷. Obiettivo è quello di realizzare e gestire direttamente una nuova struttura, nella sede dell'Ospedale San Gerardo¹⁸, che veda riunite la Pediatria con l'Emato-Oncologia Pediatrica, la Neonatologia e l'Ostetricia. Nell'arco degli ultimi vent'anni presso l'AO San Gerardo si è realizzato un notevole sviluppo di queste discipline. «A questa crescita di competenze professionali, riconosciute sia a livello nazionale che internazionale, non ha fatto seguito un adeguato sviluppo delle strutture nelle quali si trovano a operare le tre discipline. Gli spazi disponibili per l'emato-oncologia pediatrica sono divenuti insufficienti (...), la clinica ostetrica e la divisione di neonatologia sono ancora collocate nell'Ospedale Vecchio, in strutture obsolete e lontane dalla sede dell'Ospedale Nuovo dove, da vari anni, è stato previsto il trasferimento»¹⁹.

Il CMLV e la FT si propongono, quindi, come soggetti per la raccolta delle risorse destinate al finanziamento dell'opera (stimata in circa 18 milioni di euro²⁰)

¹⁶ Il Comitato Maria Letizia Verga dal 1979 riunisce genitori, parenti, amici e operatori sanitari con l'obiettivo di sostenere l'attività assistenziale e i programmi di supporto psicologico e sociale alle famiglie dei bambini leucemici.

¹⁷ La Fondazione Tettamanti è un'istituzione scientifica *non profit* che opera nel campo della ricerca sulle leucemie ed emopatie infantili. È parte della Clinica Pediatrica dell'Università di Milano-Bicocca, struttura specializzata nel trattamento delle malattie ematologiche del bambino, soprattutto leucemie e linfomi, presso l'AO S. Gerardo di Monza.

¹⁸ In particolare il progetto prevede la sopraelevazione dell'avancorpo oggi esistente presso l'Ospedale Nuovo.

¹⁹ Tratto dal documento di presentazione della Fondazione «Insieme per dare vita a un sogno», a cura del Comitato Promotore (www.comitatomarialetiziaverga.it).

²⁰ La proposta progettuale prevede tre modalità di finanziamento dell'intervento: 20 per cento da raccolta fondi (soprattutto da parte del CMLV e della FT), 60 per cento come finanziamento a tasso 0 e il rimanente 20 per cento come finanziamento a tasso di mercato.

e per la gestione della nuova struttura²¹, in stretta collaborazione con i responsabili dell'Ospedale e dell'Università.

Rispetto alle altre fondazioni analizzate, che prevedono l'uscita dal «perimetro» aziendale di un presidio (tipicamente un punto *spoke*²² della rete dell'Azienda Ospedaliera), il caso di Monza si caratterizza per la volontà di attribuire autonomia giuridica-organizzativa a una parte dell'*hub*, tra l'altro caratterizzata da una percezione di eccellenza delle prestazioni e delle competenze e da un peso rilevante nel bilancio complessivo dell'AO (19 milioni di euro²³ nel 2003, pari a circa il 7,5 per cento del valore della produzione complessiva dell'AO). La costituzione della fondazione dovrebbe favorire un approccio integrato e interdisciplinare al percorso assistenziale, nonché sviluppare e potenziare aree di eccellenza in termini di assistenza, ricerca clinica avanzata e attività didattica.

Relativamente al processo costitutivo, la DGR 7/18575 del 5 agosto 2004 richiede alle aziende che intendono attivare una sperimentazione gestionale la predisposizione di una proposta di progetto da sottoporre all'autorizzazione regionale. In particolare, la proposta deve essere sottoposta alla Direzione Generale Sanità (corredata di atto deliberativo aziendale e verbale dell'avvenuto confronto con le organizzazioni sindacali in sede locale) per la valutazione della coerenza con la programmazione regionale e la convenienza in termini di sistema.

L'approvazione (con Delibera di Giunta Regionale) della proposta determina l'avvio delle attività progettuali che si concretizzano nelle seguenti:

- analisi del contesto e individuazione dei possibili partecipanti da parte dell'azienda sanitaria;
- elaborazione e sottoscrizione di un protocollo d'intesa²⁴ con altri soggetti fondatori;
- definizione dello Statuto;

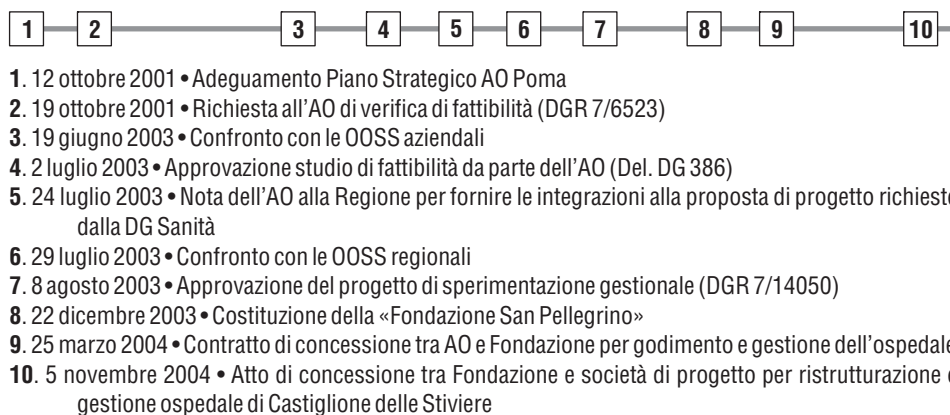
²¹ Già in passato queste due organizzazioni hanno mostrato capacità realizzative, di mobilitazione e investimento di ingenti risorse per creare nuove strutture (come per esempio, il Day Hospital, il Reparto di Trapianto di Midollo Osseo, il Laboratorio di Ricerca Tettamanti, il Laboratorio di Terapia Cellulare e Genica «Stefano Verri», il Residence Cascina Vallera) e per promuovere livelli di eccellenza nella cura e nella ricerca, in particolare nelle malattie emato-oncologiche dell'età pediatrica.

²² Tra i diversi modelli di gestione della rete ospedaliera, quello *hub & spoke* si caratterizza per la presenza di una struttura che funge da polo di riferimento per la casistica complessa (*hub*), mentre le altre strutture fungono da antenna per il polo centrale e trattano le procedure routinarie (*spoke*), cfr. Lega F. (2001), «Organizzazione, strategia e gestione dei dipartimenti ospedalieri nelle aziende sanitarie multi-ospedale: proposta, analisi e discussione di possibili assetti di riferimento», *Organizzazione Sanitaria*, n. 1.

²³ Questo dato è stato stimato sulla base dei ricavi attribuiti ai dipartimenti di Ostetricia, Neonatologia e Pediatria.

²⁴ Il protocollo d'intesa ricorre sia nei rapporti reciproci tra amministrazioni che nei rapporti tra le stesse e i soggetti privati e non genera vincoli di carattere giuridico. Esso manifesta un intento collaborativo, basato sulla correttezza e l'affidamento reciproco.

Figura 10.1 **Il processo costitutivo della Fondazione San Pellegrino di Castiglione delle Stiviere**



- definizione dell'Atto Costitutivo;
- richiesta di riconoscimento alla Regione.

A titolo esemplificativo, la Fig. 10.1 sintetizza il processo che ha portato alla nascita della fondazione e all'avvio della sperimentazione gestionale di Castiglione delle Stiviere. Questa esperienza evidenzia come la costituzione della fondazione richieda tempi lunghi soprattutto nella fase progettuale, di raccolta del consenso e di individuazione dei soggetti da coinvolgere. Benché essa non possa rappresentare un benchmark attendibile per le sue caratteristiche di «esperienza pilota», questo aspetto rappresenterà con ogni probabilità un elemento costante dei processi di costituzione delle fondazioni di partecipazione. Esso è una conseguenza della loro natura di strumenti che ricercano un coinvolgimento di soggetti istituzionali e non, rispetto ai quali è necessario trovare forme di rappresentazione e contemperamento degli interessi non facilmente individuabili.

10.3.2 La struttura delle esperienze analizzate

Le differenti finalità che hanno portato alla costituzione/progettazione delle fondazioni di partecipazione sopra descritte hanno determinato l'esigenza di predisporre degli statuti e dei regolamenti che si adattassero alle specificità delle singole realtà, pur all'interno di un'impostazione di fondo comune. Quest'ultima è garantita sia dai contenuti della DGR 7/18575 del 5 agosto 2004, sia dal supporto giuridico-amministrativo alla stesura degli statuti assicurato dalla Regione.

Mission e formule di gestione – La Tab. 10.3 riporta le finalità istituzionali delle Fondazioni analizzate, come riportate negli statuti o, nei casi di Monza e Saronno,

Tabella 10.3 **Oggetto sociale delle fondazioni analizzate**

Fondazione	Finalità istituzionale e servizi
<i>Suzzara e Castiglione</i>	<p>La Fondazione persegue esclusivamente finalità socio-sanitarie-assistenziali: in particolare, la tutela, promozione, implementazione, sostenimento e valorizzazione dell'Ospe- dale Montecchi di Suzzara/San Pellegrino di Castiglione.</p> <p>La Fondazione individua, programma e svolge, direttamente o indirettamente, tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di beni e servizi destinati a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita. Inoltre, elabora e attua, direttamente o in rapporto con altri enti, programmi di formazione professionale e di educazione sanitaria.</p>
<i>Monza</i>	<p>La Fondazione intende caratterizzarsi per la duplice missione di fornire l'eccellenza nell'assistenza dell'area materno-infantile e di promuovere la ricerca clinica, epidemiologica e di base in una visione in cui assistenza e ricerca siano elementi costitutivi di un approccio integrato e interdisciplinare coerente con la visione di un ospedale di insegnamento.</p> <p>La Fondazione individua, programma e svolge, direttamente o indirettamente, tutte le attività destinate a promuovere la salute della mamma e del bambino, facendo proprio il principio dell'integrazione delle politiche e servizi socio-assistenziali con quelli di ambito sanitario e quelli relativi alla qualità della vita.</p> <p>La Fondazione promuove progetti di cooperazione nell'area materno-infantile in paesi con risorse limitate, attraverso la formazione di personale sanitario, l'attivazione di gemellaggio tra istituzioni e l'eventuale trattamento di pazienti con patologie selezionate. Elaborata e attua, inoltre, direttamente o in rapporto con altri enti, programmi di formazione e di educazione sanitaria.</p>
<i>Saronno</i>	<p>Gli scopi istituzionali della fondazione sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. perseguire finalità sanitarie e socio-sanitarie; 2. acquisire da parte di soggetti pubblici e privati, con particolare riferimento a quelli non profit, risorse finanziarie e beni da destinare allo svolgimento delle attività predette; 3. svolgere ogni altra attività strumentale e funzionale al perseguimento delle proprie finalità. La Fondazione deve in particolare tutelare, promuovere, implementare, rafforzare, sostenere e sviluppare il Presidio di Saronno. Essa deve sviluppare dei progetti che sappiano integrare l'assistenza territoriale e domiciliare con quella ospedaliera, in particolare attraverso progetti di assistenza integrata, dimissioni protette, ospedalizzazioni domiciliari ecc.

nelle bozze di statuto (ancora in discussione e quindi modificabili). Come evidenziato in tabella, per tutte le fondazioni è stata prevista la possibilità di gestione diretta delle attività (sanitarie e non sanitarie) o di affidamento a terzi. Le fondazioni ricevono, cioè, in concessione dalle Aziende Ospedaliere il godimento e la gestione della struttura ospedaliera. Possono poi, a loro volta, dare in concessione la struttura a gestori privati, i quali subentrano nei rapporti di accreditamento regionale e nei contratti con l'ASL di riferimento.

Questa opzione è stata scelta nelle due esperienze mantovane. In particolare, in entrambi i casi è stata svolta una gara a evidenza pubblica per l'affidamento sia della ristrutturazione che della successiva gestione degli ospedali. A essa hanno parteci-

pato società di progetto, all'uopo costituite, composte da imprese edili e da una società di gestione, con competenze specifiche nella sanità o nel sociosanitario assistenziale. La società di progetto vincitrice deve provvedere alla ristrutturazione dell'ospedale e la società di gestione deve pagare a essa un canone annuo (che corrisponde all'incirca alla rata del mutuo contratto dalla società di progetto²⁵ per la realizzazione dell'opera) per l'utilizzo della struttura. Il gestore deve pagare alla fondazione un canone di concessione²⁶ di importo generalmente contenuto.

Le fondazioni in corso di costituzione (Monza e Saronno) sembrano invece orientate alla gestione diretta della struttura ospedaliera.

In funzione della formula imprenditoriale scelta, cambia radicalmente il ruolo della Fondazione. Nel caso di gestione diretta, la Fondazione si configura come un nuovo soggetto erogatore che, invece di avere come riferimento esclusivo la Regione, viene gestito con il coinvolgimento diretto dell'espressione pubblica, non profit e privata delle comunità locali. In questo caso gli aspetti più critici sono rappresentati dall'effettiva disponibilità di competenze e professionalità per una gestione efficiente ed efficace e dalla capacità di apportare innovazione gestionale e capitali per gli investimenti.

Nel caso di affidamento a gestori privati, la funzione della fondazione è prevalentemente di indirizzo e di controllo, soprattutto del rispetto del contratto di concessione. Il nodo cruciale diventa in questo caso la capacità di rappresentare adeguatamente le esigenze del territorio, mediando tra gli interessi del gestore privato, della Regione e dell'ASL. Per esempio, i gestori privati degli ospedali mantovani stanno attualmente chiedendo alla Fondazione di partecipare al processo di negoziazione dei «contratti» di produzione con l'ASL²⁷ e la Regione e di fungere quindi da *trait d'union* di natura politica tra i diversi soggetti.

Indipendentemente dalla formula di gestione individuata, il personale operante nelle strutture di ricovero rimane dipendente dell'Azienda Ospedaliera e risulta comandato presso la Fondazione/gestore privato²⁸ (ovviamente a meno che non opti per il passaggio alle dipendenze della fondazione/del gestore, i cui rapporti di lavoro sono regolati dal diritto privato).

In tutti gli statuti analizzati, inoltre, è previsto che, per il raggiungimento dei

²⁵ In realtà è generalmente prevista la partecipazione anche di una società immobiliare a cui la società di progetto chiede di provvedere alla ristrutturazione e che è formalmente titolare del contratto di mutuo.

²⁶ Il contratto di concessione ha una durata di 18 anni nel caso di Suzzara e di 25 in quello di Castiglione.

²⁷ Del resto la necessità che nella fase di sottoscrizione dei contratti annuali con l'ASL siano coinvolte anche l'AO Poma e le Fondazioni discende anche dal fatto che i concessionari devono operare entro i limiti fissati dal contratto di concessione.

²⁸ A questo riguardo, un aspetto critico è rappresentato dalla vigente normativa in materia di esercizio della libera professione che non consente ai sanitari della struttura pubblica di esercitare in struttura privata accreditata. A oggi, solo il riconoscimento della specificità della sperimentazione, ove il soggetto privato agisce nell'ambito di un rapporto di concessione, può rimuovere tale ostacolo e favorire queste forme di collaborazione pubblico-privato.

loro scopi, le Fondazioni possano, in via strumentale e con carattere di non prevalenza:

- stipulare ogni opportuno atto o contratto, anche per il finanziamento delle operazioni deliberate, tra cui l'assunzione di prestiti e mutui;
- amministrare e gestire i beni di cui siano proprietarie, locatrici, comodatarie o comunque posseduti;
- partecipare ad associazioni, fondazioni, enti e istituzioni, pubbliche e private, la cui attività sia rivolta, direttamente o indirettamente, al perseguimento di scopi analoghi a quelli delle Fondazioni;
- costituire ovvero partecipare a società di capitali che svolgano in via strumentale ed esclusiva attività diretta al perseguimento degli scopi statuari;
- assumere, direttamente o indirettamente, la gestione e la promozione di altre realtà/strutture assistenziali;
- promuovere e organizzare seminari, corsi di formazione, manifestazioni, convegni, incontri, procedendo alla pubblicazione dei relativi atti o documenti, e tutte quelle iniziative idonee a favorire un organico contatto tra le Fondazioni, gli operatori e organismi nazionali e internazionali, i relativi addetti e il pubblico;
- stipulare convenzioni per l'affidamento a terzi di parte di attività;
- istituire premi e borse di studio.

I membri della fondazione – Come specificato dalla DGR 7/18575 del 5 agosto 2004, la struttura tipo della fondazione di partecipazione prevede diverse categorie di membri: fondatori, aderenti, sostenitori ecc. In particolare, i membri fondatori sono coloro che hanno sottoscritto l'atto costitutivo²⁹. La Tab. 10.4 presenta l'elenco dei soci fondatori per ciascuna delle esperienze analizzate, così come riportati dagli atti costitutivi o ipotizzati nelle proposte progettuali.

Sono poi previste le seguenti tipologie di membri della fondazione: «Partecipanti Istituzionali» (Suzzara, Castiglione, Saronno), «Partecipanti Sostenitori» (Suzzara, Castiglione, Monza), «Partecipanti donatori» (Suzzara e Castiglione), «Partecipanti semplici» (Saronno), «Partecipanti a progetti speciali» (Monza). L'inclusione dei membri in una specifica categoria dipende dai contributi annuali o pluriennali conferiti³⁰, dalla misura degli stessi, dalle eventuali donazioni o contributi *una tantum* effettuati. I partecipanti sono nominati dal Consiglio di Indiriz-

²⁹ Si segnala, peraltro, che nelle bozze di statuto ancora in discussione a Monza e Saronno viene formalizzata la distinzione tra «fondatori-promotori» (coloro che hanno sottoscritto l'atto costitutivo) e «fondatori», cioè coloro che si impegnano a contribuire su base pluriennale al Fondo di dotazione e al Fondo di Gestione.

³⁰ A titolo esemplificativo si riportano le condizioni per diventare soci della fondazione di Suzzara: con un contributo minimo di 2.000 euro si assume la qualifica di partecipante istituzionale per 10 anni; con un contributo minimo di 500 euro si assume la qualifica di partecipante sostenitore per un anno; con un contributo minimo di 300 euro si assume la qualifica di partecipante donatore per un anno.

Tabella 10.4 **Membri fondatori delle fondazioni analizzate**

Denominazione	Membri «Fondatori»
<i>Fondazione «San Pellegrino»</i> Castiglione	<ul style="list-style-type: none"> • Azienda Ospedaliera Carlo Poma • Comune di Castiglione delle Stiviere • Un istituto di credito • Quattro imprese castiglionesi
<i>Fondazione «Fratelli Montecchi»</i> Suzzara	<ul style="list-style-type: none"> • Azienda Ospedaliera Carlo Poma • Associazione Opilio Zuccati, un'associazione di cittadini, attiva da anni nella raccolta fondi per dotare l'ospedale di macchinari moderni o per sopperire ad altre necessità • Comune di Suzzara • Comune di Motteggiana • Comune di Pegognaga • Comune di Gonzaga • Comune di Moglia • Comune di San Benedetto Po
<i>Fondazione «Monza e Brianza per il bambino e la sua mamma»</i> Monza	<ul style="list-style-type: none"> • Azienda Ospedaliera San Gerardo • Comitato Maria Letizia Verga • Fondazione Tettamanti
<i>Fondazione «Presidio ospedaliero di Saronno»</i> Saronno	<ul style="list-style-type: none"> • Azienda Ospedaliera Busto Arsizio • Comune di Saronno

zo (*infra*) che ha anche il diritto di stabilire l'esclusione dei partecipanti per grave e reiterato inadempimento degli obblighi e doveri verso la Fondazione.

La corporate governance – La DGR 7/18575 del 5 agosto 2004 prevede esplicitamente i seguenti organi di governo della Fondazione: Presidente, Consiglio di indirizzo, Consiglio di gestione/amministrazione (e/o eventuale figura di Direttore Generale). Prevede inoltre alcuni organi consultivi e di controllo quali: il Comitato tecnico scientifico, il Collegio dei revisori, un organo di sorveglianza ed eventuali organi rappresentativi delle differenti tipologie di soci aggregabili alla fondazione. Tutte le esperienze analizzate presentano queste tipologie di organi benché con composizioni e funzioni diversificate. In alcuni casi, inoltre, sono stati individuati ulteriori organi.

Il *Presidente* è il legale rappresentante della Fondazione. Presiede sia il Consiglio di indirizzo che quello di Amministrazione. Si occupa della gestione delle relazioni con enti, istituzioni, imprese pubbliche e private e altri organismi. È generalmente scelto tra i membri del Consiglio di indirizzo nominati dall'Azienda Ospedaliera fondatore (tranne nel caso di Saronno dove l'ipotesi è quella di sceglierlo tra i membri del Consiglio di Indirizzo nominati dalla Regione e dal Comune).

Il *Consiglio di Indirizzo* è l'organo designato all'approvazione degli obiettivi e dei programmi della Fondazione e alla verifica dei risultati complessivi della gestione. Per esempio, sono di sua competenza: l'approvazione del programma pluriennale delle attività, del bilancio preventivo e di quello consuntivo, la nomina dei membri del Consiglio di Amministrazione e del collegio dei revisori, l'approvazione di eventuali modifiche allo statuto e la decisione in merito allo scioglimento della fondazione. Indipendentemente dal capitale conferito dai soci fondatori, la sua composizione prevede una maggioranza dei componenti di provenienza pubblica al fine di salvaguardare la mission pubblica. La Tab. 10.5 mostra la composizione di tale organo nelle fondazioni analizzate.

Tabella 10.5 **Composizione del consiglio di indirizzo**

Fondazione	Numero componenti	Nomina
<i>Suzzara</i>	Da 5 a 9 (elevabile fino a 11)	<ul style="list-style-type: none"> • Fino a tre membri nominati dall'AO • Fino a tre membri nominati dagli EELL Fondatori • Un membro nominato dai Fondatori enti privati • Un membro nominato dai membri designati dagli enti Fondatori tra i Partecipanti Istituzionali • Un membro nominato dai membri designati dagli enti Fondatori tra i Partecipanti Sostenitori e i Partecipanti Donatori
<i>Castiglione</i>	Da 5 a 9 (elevabile fino a 11)	<ul style="list-style-type: none"> • Fino a tre membri nominati dall'AO • Fino a tre membri nominati dall'EL Fondatore • Un membro nominato dai Fondatori enti privati • Un membro nominato dai membri designati dagli enti Fondatori tra i Partecipanti Istituzionali • Un membro nominato dai membri designati dagli enti Fondatori tra i Partecipanti Sostenitori e i Partecipanti Donatori
<i>Monza</i>	Da 5 a 14	<ul style="list-style-type: none"> • Il Direttore Generale dell'AO, che rivestirà la carica di Presidente • Fino a cinque membri nominati dai Fondatori Promotori, di cui almeno uno nominato dall'AO, uno dal CMLV e uno dalla FT • Fino a quattro membri nominati dai membri designati dai Fondatori Promotori tra i Fondatori • Fino a due membri nominati dai membri designati dai Fondatori Promotori tra i Partecipanti alla Fondazione • Il Rettore dell'Università di Milano Bicocca • Il Sindaco del Comune di Monza
<i>Saronno</i>	Da 3 a 11	<ul style="list-style-type: none"> • Fino a 3 membri nominati dal Presidente della Regione Lombardia • Fino a 3 membri nominati dal Sindaco del Comune • Il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera o suo delegato • Fino a 3 membri nominati dai Sindaci dei Comuni fondatori • Un componente nominato dai Partecipanti Istituzionali

Il *Consiglio di Amministrazione* provvede alla gestione ordinaria e straordinaria della fondazione. Esso è costituito da un numero variabile di membri (dai sette di Castiglione, ai cinque di Suzzara fino ai tre della fondazione di Monza). Generalmente la maggioranza dei membri del Consiglio di Amministrazione è di nomina dei partecipanti privati. Per Saronno non è previsto un Consiglio di Amministrazione ma un direttore generale, nominato dal Consiglio di Indirizzo su indicazione del Presidente della Regione e del Sindaco del Comune.

Il *Comitato tecnico-scientifico* cura i profili scientifici e di ricerca dell'attività della fondazione. È composto da membri nominati dal Consiglio di Amministrazione fra persone in possesso di una specifica competenza scientifica e tecnica nell'ambito delle materie d'interesse della Fondazione.

L'organo di sorveglianza assume la connotazione di un *Comitato di Garanzia* che vigila sulla conformità dell'attività della Fondazione allo Statuto e al pubblico interesse.

Il *Collegio dei Revisori* è l'organo di consulenza contabile e finanziaria della Fondazione, accerta la regolare tenuta delle scritture contabili, esamina le proposte di bilancio preventivo e di rendiconto economico e finanziario redigendo apposite relazioni, effettua verifiche di cassa.

La Fondazione di Monza, per la sua particolare connotazione di struttura di alta specialità e di ricerca, prevede anche la nomina di un Direttore Scientifico che definisce, per esempio, i profili di assistenza scientifici e di ricerca e propone il programma annuale delle iniziative.

È inoltre previsto che il Direttore Scientifico presieda una Direzione medico-scientifica, composta dai dirigenti di struttura complessa nelle aree di ostetricia e ginecologia, di pediatria e neonatologia ed eventuali altre future aree di attività della Fondazione.

Patrimonio e copertura delle perdite – In tutte le esperienze analizzate lo statuto prevede un «patrimonio della fondazione» costituito dalle seguenti voci:

- fondo di dotazione, cioè i conferimenti in denaro o in beni mobili e immobili impiegabili per il perseguimento degli scopi effettuati dai Fondatori o da altri partecipanti. Il fondo di dotazione della Fondazione sia di Castiglione sia di Suzzara è pari a euro 63.000, di cui 28.000 conferiti dagli enti pubblici e 35.000 dai privati. La prevalenza del capitale privato determina la caratterizzazione di tali fondazioni come soggetti di diritto privato. In tutte le esperienze l'Azienda Ospedaliera non ha conferito alla Fondazione la proprietà degli immobili, né il diritto di superficie, ma solo la loro concessione d'uso;
- beni mobili e immobili che pervengano o perverranno a qualsiasi titolo alla Fondazione, compresi quelli dalla stessa acquistati;
- elargizioni fatte da enti o da privati con espressa destinazione a incremento del patrimonio;

- parte di rendite non utilizzata che, con delibera del Consiglio d'Indirizzo, può essere destinata a incrementare il patrimonio;
- contributi attribuiti al patrimonio dall'Unione Europea, dallo Stato, da enti territoriali o da altri enti pubblici.

Tutti gli statuti prevedono che, in caso di scioglimento della Fondazione per qualunque causa, il patrimonio venga devoluto ad altri Enti che perseguano finalità analoghe ovvero a fini di pubblica utilità. In particolare:

- nel caso di conferimento in proprietà a titolo gratuito alla Fondazione di beni immobili da parte di Comuni ovvero di altri enti territoriali, detti beni tornano ai Comuni e/o Enti territoriali medesimi per finalità di pubblica utilità;
- nel caso di beni affidati in concessione d'uso alla Fondazione, essi tornano in disponibilità dei soggetti concedenti.

Dal punto di vista economico, i «ricavi» della Fondazione (Fondo di Gestione) sono costituiti:

- dalle rendite e dai proventi derivanti dal patrimonio della Fondazione;
- da eventuali donazioni o disposizioni testamentarie, che non siano espressamente destinate al fondo di dotazione;
- da eventuali altri contributi attribuiti dallo Stato, da enti territoriali o da altri enti pubblici;
- dai contributi in qualsiasi forma concessi dai Fondatori, da Partecipanti Istituzionali, Sostenitori e Donatori;
- dai ricavi delle attività istituzionali, accessorie, strumentali e connesse.

Essi sono impiegati per il funzionamento della Fondazione stessa e per la realizzazione dei suoi scopi. Nei due casi mantovani, la Fondazione non ha personale proprio e si limita a corrispondere ai componenti degli organi della Fondazione un gettone di presenza per la partecipazione alle riunioni, oltre al rimborso delle spese sostenute per l'espletamento delle funzioni. L'eventuale perdita di esercizio derivante dalla differenza tra valore della produzione e costi per l'erogazione delle prestazioni sanitarie è a totale carico dei privati gestori. Allo stato attuale, invece, non è ancora chiaro quali siano le responsabilità di copertura delle perdite delle altre due fondazioni non ancora costituite.

Si segnala peraltro che la L.R. 2/2004 ha previsto la possibilità per il Consiglio Regionale di finanziare «piani di ristrutturazione e di ottimizzazione gestionale presentati da membri fondatori della Fondazione nella misura massima corrispondente al disavanzo dell'Azienda trasformata o afferita, quale accertato al momento della trasformazione o conferimento, e per il periodo di durata del piano stesso, teso al recupero degli equilibri economici e operativi».

10.4 Conclusioni

Dai casi analizzati emerge una grande eterogeneità degli obiettivi, delle formule istituzionali e delle soluzioni organizzative. Si è in presenza quindi di un aumento delle differenziazioni interaziendali anche all'interno di medesimi SSR. Questo incrementa i gradi di libertà nelle scelte, ma accresce le differenze nelle configurazioni istituzionali.

Quest'ultimo aspetto è innovativo, dal momento che la configurazione istituzionale è stata storicamente una funzione esclusiva dello Stato prima e delle Regioni poi; oggi diventa quasi una funzione aziendale. Le singole aziende sanitarie sono chiamate ad analizzare i propri principali fabbisogni strategici (per l'intera azienda come nel caso del Policlinico di Milano, di uno stabilimento, come nei casi mantovani e di Saronno, di un'area dipartimentale come nel caso di Monza) per definire quale possa essere la soluzione istituzionale più coerente. A questo proposito è interessante notare come uno dei partner principali delle fondazioni sia l'azienda sanitaria «madre». In altri termini la capogruppo Regione usa le proprie aziende decentrate per studiare le soluzioni locali e per essere rappresentata negli organismi della fondazione.

Nei casi studiati emerge, inoltre, come il ritrovato ruolo per gli enti locali possa alternativamente essere indotto dalla Regione (Milano), richiesto dagli enti locali stessi (Mantova e Saronno), oppure richiesto da altri stakeholder che premono per una modifica degli assetti (Monza). Si nota come l'esplicitazione e la maturazione di capacità di rappresentanza e di governo siano espressione di forze culturali e istituzionali pre-esistenti, che cercano nuove forme di manifestazione, a conferma che il capitale sociale non è una risorsa che si disperda facilmente, ma che neppure tanto facilmente può essere creata.

Ne deriva un ruolo degli enti locali molto diverso nei casi analizzati. Nel caso di Monza e del Policlinico il Comune appare come un partner di minoranza, rilevante per il suo peso istituzionale, ma non per il ruolo nello schema di governance. Nel caso di Saronno potrebbe avere un ruolo centrale, soprattutto nel comitato di indirizzo. Nei casi mantovani i comuni sono stati protagonisti del cambiamento, ma l'esito è stato di esternalizzazione del servizio, quindi con poche prerogative di governo sulla funzione di produzione. Non sembra quindi emergere un ruolo univoco nel ritorno degli enti locali nell'indirizzo della sanità.

In tutte le sperimentazioni proposte emerge una chiara volontà, in ogni caso, di non coinvolgere più gli enti locali direttamente nella gestione. Non solo non lo si desidera, ma si è anche molto attenti a disegnare degli assetti di governance che impediscano «slittamenti» attuativi in questa direzione. I comuni sono rappresentati prevalentemente nell'organo di indirizzo e sono assenti o in netta minoranza nel Consiglio di Amministrazione.

In tutti i casi analizzati, quindi, emerge l'insanabile contraddizione tra il desiderio di recuperare un ruolo per gli enti locali e l'inevitabile responsabilità economico-finanziaria che ricade sulla Regione, la quale, giustamente, non vuole cede-

re quote eccessive delle prerogative di governo, in base al principio che «chi paga comanda». Da un lato si propone sempre un contributo degli enti locali nei comitati di indirizzo, ma dall'altro il top management è nominato direttamente dalla Regione (soprattutto quando è prevista la gestione diretta dell'attività, come nel caso del Policlinico o di Saronno). Del resto è sulla Regione che ricade l'impegno a coprire eventuali disavanzi, anche se con la formula formale del finanziamento di piani di ristrutturazione e ottimizzazione gestionale. Benché si stiano attualmente studiando forme di compartecipazione delle responsabilità economiche, è facilmente prevedibile che la Regione continuerà a ripianare gli eventuali disavanzi, anche perché nessuno degli altri partner pubblici e non profit coinvolti è in grado di sostenere gli oneri del settore sanitario.

Più in generale, si segnala come la maturazione delle progettazioni, l'implementazione e la diffusione delle fondazioni siano estremamente lente e tutto sommato limitate a poche sperimentazioni di modesta entità rispetto al quadro regionale complessivo (con l'eccezione del caso del Policlinico di Milano), nonostante questo fosse uno dei capisaldi del PSSR in essere già da diversi anni. È rilevante chiedersi il perché di questa lentezza. Oggettiva complessità nella progettazione e trasformazione istituzionale, oppure debole pressione da parte degli enti locali, oppure ancora scarsa fiducia in questa soluzione? Finita la fase di sperimentazione c'è da attendersi un effetto «valanga» o ci si limiterà a gestire le poche sperimentazioni in essere con qualche modesta aggiunta?