

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

Rapporto OASI 2006

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

12 L'outsourcing nel SSN: motivazioni, caratteristiche e risultati

di Manuela S. Macinati*

12.1 Premessa

L'evoluzione del sistema di obiettivi e vincoli attribuito alle aziende sanitarie pubbliche ha creato i presupposti per l'impiego di modalità di gestione delle combinazioni economiche aziendali fino a quel momento appannaggio esclusivo del mondo imprenditoriale.

La progressiva adozione di un modello di condotta aziendale caratterizzato dalla ricerca di un equilibrio dinamico tra competenze, risorse e attività disponibili internamente e quelle reperibili nell'ambiente di riferimento è tra i fenomeni che meglio riflettono il passaggio a logiche economico-aziendali nello svolgimento dell'attività di produzione e consumo.

In particolare, a partire dalla seconda metà degli anni Novanta, elementi di carattere normativo, economico, strategico, istituzionale e politico hanno favorito un processo di graduale riduzione dell'estensione verticale delle combinazioni economiche delle aziende sanitarie pubbliche attraverso lo sviluppo di rapporti di *outsourcing*. Questi ultimi possono interpretati come una «particolare modalità di esternalizzazione che ha per oggetto l'enucleazione di intere aree di attività, strategiche e non, e che si fonda sulla costituzione di una partnership tra l'azienda che esternalizza e un'azienda già presente sul mercato in qualità di specialista» (Arcari 1996).

Se in un primo periodo il ricorso all'outsourcing è stato limitato ai processi non sanitari e/o distanti dal *core business* (lavanderia, mensa, pulizie ecc.), in tempi più recenti esso stato esteso anche a servizi di preminente rilievo ai fini del conseguimento delle finalità istituzionali, quali, per esempio, i servizi diagnostici ed essenziali.

Sebbene l'outsourcing sia un fenomeno largamente diffuso, in sanità, forse più che in altri contesti, l'affidamento a terzi di fasi del processo produttivo preceden-

* Parte di questo articolo è stato pubblicato nel numero 57/2006 di *Mecosan* e viene qui pubblicato per gentile concessione dell'editore.

temente svolte al proprio interno presenta non pochi elementi di complessità dovuti alla peculiare natura delle finalità istituzionali perseguite e delle combinazioni economiche attuate. Se da un lato il ricorso all'outsourcing può contribuire positivamente al raggiungimento di risultati strategici, organizzativi ed economico-finanziari coerenti con la natura aziendale delle aziende sanitarie pubbliche, dall'altro il rapporto di interdipendenza che viene a instaurarsi con l'*outsourcer* (normalmente un soggetto privato) potrebbe mettere in discussione la stessa ragione d'essere dell'istituto e, in particolare, la sua capacità di garantire l'erogazione di prestazioni sanitarie compatibili con la finalità del miglioramento dello stato di salute della popolazione. Tali considerazioni risultano ancora più evidenti nel caso di outsourcing di servizi diversi da quelli ancillari.

Nonostante la diffusione dell'outsourcing tra le aziende sanitarie pubbliche e le problematiche che potrebbero derivare dall'affidamento a terzi di attività riconducibili al *core service*, gli studi empirici sull'argomento sono ancora limitati¹. Il presente lavoro si propone di contribuire all'analisi del fenomeno verificando, attraverso una ricerca empirica, la diffusione dell'outsourcing nel SSN, le principali caratteristiche dei rapporti in tale senso instaurati e i risultati conseguiti.

12.2 La ricerca empirica: obiettivi e schema analitico

Per l'analisi delle relazioni di outsourcing attivate nel SSN è stata svolta una ricerca empirica di carattere esplorativo-descrittivo attraverso la realizzazione di una *survey* a livello nazionale. Di seguito vengono illustrati gli obiettivi e lo schema analitico della ricerca. Nei paragrafi successivi, la metodologia impiegata e i principali risultati conseguiti.

La ricerca si propone di effettuare una «mappatura» dei rapporti di outsourcing avviati dalle aziende sanitarie pubbliche ed equiparate, di indagarne le principali caratteristiche e di valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi perseguiti attraverso l'instaurazione degli stessi.

L'obiettivo di ricerca è stato perseguito non solo verificando la numerosità dei rapporti di outsourcing instaurati dalle aziende sanitarie, ma anche approfondendone gli aspetti sostanziali e processuali e i risultati conseguiti. In particolare, si è cercato di rispondere alle domande che seguono.

- Quali sono le motivazioni alla base delle scelte di outsourcing?
- Quali servizi sono interessati dalla prassi dell'outsourcing e in quale misura (outsourcing totale o parziale)?

¹ Sull'argomento si ricorda l'indagine dell'ASSR in tema di sperimentazioni gestionali. Tra i modelli adottati per la realizzazione della sperimentazione gestionale, il 7 per cento dei 146 rispondenti indicava il ricorso all'esternalizzazione. Nel 70 per cento dei casi, l'area interessata era quella dei servizi ausiliari standard. Per approfondimenti si rinvia a Bensa e Pellegrini (2002).

- Quali sono le caratteristiche dei servizi affidati in outsourcing (livello degli investimenti pregressi, esigenza di coordinamento con le altre attività svolte internamente)?
- Quali sono le caratteristiche rilevanti dell'*outsourcer* e per quale ragione è stato scelto un determinato partner?
- Quali elementi di costo sono stati considerati in sede di scelta tra produzione interna e outsourcing?
- Come si è sviluppata la relazione con il soggetto terzo? (Relazione di collaborazione e/o di «mercato»? Quali modalità presiedono alla gestione del rapporto? Quali ostacoli sono stati incontrati?)
- Quali risultati sono stati conseguiti?
- Qual è il livello di soddisfazione del management aziendale rispetto alle scelte di outsourcing effettuate?

Per il conseguimento degli obiettivi di ricerca sono state individuate tre distinte aree di indagine: «i rapporti di outsourcing» (motivazioni, area aziendale interessata, caratteristiche dei servizi in outsourcing; grado di esternalizzazione, tipologia contrattuale impiegata); «processo decisionale, caratteristiche del terzo e modalità di gestione del rapporto di outsourcing»; «ostacoli incontrati e risultati conseguiti». Con riferimento a ciascuna area, sulla base delle indicazioni provenienti dalla *relational view of the firm* (Dyer e Singh 1998) e dalla *transaction cost theory* (Williamson 1975; 1979; 1985) sono state identificate specifiche variabili di ricerca (Tab. 12.1).

Tabella 12.1 **Le variabili indagate**

Area d'indagine 1: i rapporti di outsourcing	
<i>Motivazioni generali</i>	
Strategiche	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevanza del servizio esternalizzato ai fini del conseguimento di un vantaggio competitivo
Economico-finanziarie	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevanza del pareggio di bilancio • Rilevanza della componente correlata a: <ul style="list-style-type: none"> – Riduzione dei costi di produzione – Miglioramento dell'efficienza – Miglioramento della flessibilità – Miglioramento della qualità – Ricerca di innovazione
Istituzionali	<ul style="list-style-type: none"> • Percezione della rilevanza dei vincoli istituzionali • Esigenza di maggiore flessibilità nella gestione delle risorse umane
<i>Aree interessate</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Tipologia <ul style="list-style-type: none"> – Servizi non sanitari resi a pagamento

Tabella 12.1 (segue)

Area d'indagine 1: i rapporti di outsourcing	
	<ul style="list-style-type: none"> - Servizi ausiliari (generali ed economici; per l'accesso, per il patrimonio) - Servizi diagnostici - Servizi sanitari essenziali - Servizi socio-sanitari (solo per le ASL) • Caratteristiche <ul style="list-style-type: none"> - Specificità degli investimenti - Incertezza (difficoltà di misurazione output) - Esigenze di coordinamento con le altre aree aziendali
<i>Grado di esternalizzazione e tipologia contrattuale impiegata</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Grado di esternalizzazione (totale/parziale) • Tipologia di contratto e ricorso a sperimentazione gestionale (appalto di servizio/service management/global service/sperimentazione gestionale)
<i>Risultati attesi</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Focalizzazione sul core business • Riduzione dei costi di produzione • Incremento competenze interne • Incremento qualità • Innovazione • Incremento flessibilità operativa • Miglioramento dell'efficienza • Riduzione vincoli connessi alla gestione del personale
Area d'indagine 2: processo decisionale, caratteristiche del terzo e modalità di gestione del rapporto	
<i>Processo decisionale</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Decisori (direttore generale/direttore sanitario/direttore amministrativo/responsabili dei servizi esternalizzati) • Elementi di costo considerati (differenziale costo di produzione interna e prezzo di acquisto all'esterno/costi di transazione)
<i>Caratteristiche rilevanti del terzo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Prezzo • Leadership di mercato • Solidità economico-finanziaria • Competenze specifiche • Capacità relazionale • Accountability • Esperienza consolidata nella produzione e nella fornitura di specifici servizi • Precedenti rapporti con il settore sanitario • Qualità del servizio offerto • Capacità di innovazione • Completezza della gamma di servizi • Reputazione • Puntualità
<i>Rapporto con il terzo e adozione di strutture di coordinamento e controllo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Relazionale (di collaborazione/di mercato) • Presenza di penali e incentivi volti a evitare comportamenti opportunistici • Trasferimento del personale dall'azienda al terzo • Adozione di strutture di coordinamento e controllo prima inesistenti • Funzioni della struttura di coordinamento e controllo

Tabella 12.1 (segue)

Area di indagine 3: ostacoli incontrati e risultati conseguiti	
<i>Ostacoli incontrati</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà di gestione del rapporto con il terzo • Difficoltà di misurazione dei risultati • Difficoltà istituzionali • Problematiche sindacali • Demotivazione del personale
<i>Risultati conseguiti</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Focalizzazione sul core business • Riduzione dei costi di produzione • Incremento competenze interne • Incremento qualità • Innovazione • Incremento flessibilità operativa • Miglioramento dell'efficienza • Riduzione vincoli connessi alla gestione del personale
<i>Grado di soddisfazione</i>	

12.3 Metodologia della ricerca

Gli obiettivi di ricerca sono stati perseguiti attraverso la predisposizione e l'invio di un questionario ai direttori generali delle AO, delle ASL, dei Policlinici Universitari a Gestione Diretta (PUGD) e degli IRCCS presenti sull'intero territorio nazionale.

Sebbene le relazioni di outsourcing siano osservate a livello diadico, la ricerca è stata limitata agli erogatori sanitari pubblici ed equiparati. Le aziende a soggetto economico privato (imprese e aziende non profit) con le quali la relazione di outsourcing viene instaurata sono state indirettamente considerate in quanto partner dell'azienda sanitaria.

Il questionario, inviato all'attenzione dei direttori generali, si articolava in 35 *item*. Nel caso delle ASL è stata inclusa quale potenziale oggetto di rapporti di outsourcing anche l'area dei servizi socio-sanitari di cui all'art. 3-*septies* del D.lgs. 502/1992; ciò ha comportato l'aumento a 41 del numero degli *item*. Il questionario conteneva domande alle quali il rispondente è stato chiamato a fornire il proprio grado di accordo impiegando una scala Likert da 1 a 5², domande a scelta multipla (alle quali era possibile fornire più risposte) e domande trattate come

² La scala di Likert (Likert 1932) viene impiegata nella ricerca sociale per misurare atteggiamenti e opinioni attraverso l'uso di affermazioni. La scala Likert prevede che delle affermazioni (*item*), semanticamente collegate agli atteggiamenti su cui si vuole indagare, vengano sottoposte a un gruppo di individui assieme a cinque possibili alternative di risposta: completamente d'accordo, d'accordo, neutrale o incerto, in disaccordo, in completo disaccordo.

Tabella 12.2 I rispondenti

Tipologia azienda	Numero Italia	Rispondenti	
		Numero	Percentuale
ASL	195	71	36,4
AO	95	46	48,4
PUGD	12	4	33,3
IRCCS	51	23	45,1
Totale	353	144	40,8

Tabella 12.3 La distribuzione geografica dei rispondenti

Area geografica	ASL	AO	IRCCS	PUGD	Totale	Percentuale
Nord	46	26	10	1	83	57,6
Centro	17	10	6	0	33	22,9
Sud e isole	8	10	7	3	28	19,4
Totale	71	46	23	4	144	100,0

variabili dicotomiche (sì/no). La pluralità di formule impiegate, sebbene possa avere «appesantito» la fruibilità del questionario, è apparsa indispensabile per il conseguimento degli obiettivi di ricerca.

Il questionario, dopo una fase pilota, è stato inviato nel mese di aprile 2005 alla totalità delle strutture sanitarie pubbliche ed equiparate presenti in Italia³. Il tasso di ritorno è stato del 41 per cento; dei 144 rispondenti, 71 sono ASL (o zone corrispondenti alle ex ASL dell'ASUR della Regione Marche), 46 sono AO, 4 sono Policlinici universitari e 23 sono IRCCS (il 45 per cento dei quali di diritto privato; Tab. 12.2).

La distribuzione geografica dei rispondenti è indicata nella Tab. 12.3. Non sono pervenute risposte dalle Regioni Umbria, Abruzzo, Molise, Basilicata e Sardegna.

Quattro aziende (due IRCCS e due AO) hanno affermato di non avere attivato, alla data di invio del questionario, rapporti di *outsourcing*. Tali aziende sono state

³ Si è tenuto conto che la Regione Marche ha proceduto all'accorpamento delle 13 ASL in un'ASUR e alla parallela istituzione di 13 zone (corrispondenti ai 13 ambiti territoriali delle ex ASL). Ai fini della presente ricerca, il questionario è stato indirizzato ai direttori delle 13 zone. Nel prosieguo del lavoro si impiegherà la dizione ASL per includere anche le zone corrispondenti alle ex ASL dell'ASUR della Regione Marche.

escluse dall'analisi che segue. Le risposte pervenute entro il 15 settembre 2005 sono state sottoposte ad analisi di statistica descrittiva.

12.4 I risultati

Di seguito vengono illustrati i risultati di ricerca con riferimento alle diverse aree di indagine.

12.4.1 I rapporti di outsourcing

La prima area di ricerca era volta all'analisi delle motivazioni generali alla base dei rapporti di outsourcing e delle caratteristiche specifiche degli stessi.

Le motivazioni generali che hanno stimolato le iniziative di outsourcing sono state distinte in: motivazioni strategiche (scarsa rilevanza del servizio al fine del conseguimento del vantaggio competitivo ricercato; Porter 1980); motivazioni economico-finanziarie (perseguimento dell'economicità della gestione nelle sue diverse componenti); motivazioni istituzionali (esigenza di superare i vincoli di natura istituzionale anche con riferimento alla gestione del personale, Atkinson 1984; Pfeffer 1994). Le mediane dei risultati riferiti alle diverse tipologie aziendali sono indicate nella Tab. 12.4. Non sussistono differenze significative a livello geografico.

Le motivazioni economiche collegate al miglioramento dell'efficienza e della flessibilità aziendale risultano particolarmente sentite dalla generalità delle tipologie aziendali. Le motivazioni riconducibili al superamento dei vincoli istituzionali risultano poco significative solo nel caso degli IRCSS per i quali, a differenza delle altre tipologie aziendali, assumono rilievo le motivazioni strategiche. Questo risultato potrebbe essere giustificato dall'elevata percentuale di IRCCS di diritto privato tra i rispondenti.

Tabella 12.4 **Le motivazioni generali alla base del ricorso all'outsourcing**

	Motivazioni strategiche	Riduzione dei costi di produzione	Miglioramento efficienza	Miglioramento flessibilità	Innovazione	Motivazioni istituzionali
ASL	3,0	4,0	4,0	4,0	2,0	4,0
AO	3,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,5
IRCCS	4,0	3,0	5,0	5,0	3,0	2,0
PUDG	3,0	3,0	4,0	4,0	3,0	5,0
Totale	3,0	4,0	4,0	4,0	2,0	4,0

Per l'individuazione e la descrizione delle principali caratteristiche dei rapporti di outsourcing avviati dalle aziende sanitarie, il questionario distingueva diverse tipologie di servizi e attività potenzialmente oggetto di esternalizzazione⁴: servizi non sanitari resi a pagamento; servizi ausiliari (generalisti, per l'accesso, per il patrimonio); servizi diagnostici; servizi sanitari essenziali⁵; servizi socio-sanitari (inclusi solo nel questionario inviato alle ASL).

Nell'ambito di ciascuna tipologia di servizi sono stati formulati dei quesiti ritenuti necessari per spiegare le caratteristiche dell'attività oggetto di esternalizzazione e del processo di scelta tra produzione *in house* e outsourcing (rilevanza strategica del servizio, risultati attesi, investimenti pregressi, grado di esternalizzazione, esigenza di coordinamento del servizio esternalizzato con le altre aree aziendali, tipologia contrattuale adottata). Nella Tab. 12.5 è indicata la frequenza di ricorso all'outsourcing da parte dei rispondenti in ciascuna area di servizi/attività aziendali.

Come indicato nella Tab. 12.5, i servizi ancillari sono quelli maggiormente interessati dall'outsourcing. Meno frequente, ma indubbiamente rilevante, è l'outsourcing dei servizi tradizionalmente riconducibili al *core service*.

Con riferimento ai servizi non sanitari resi a pagamento e finalizzati alla fruizione di servizi sanitari, il servizio più frequentemente affidato all'esterno è quello di gestione dei parcheggi che ricorre in circa il 90 per cento dei casi. Sebbene non strettamente rientranti nella suddetta categoria di servizi, un'azienda ha dichiarato di aver affidato in outsourcing l'asilo nido aziendale e un'altra il servizio di assicurazioni per i dipendenti.

I servizi ausiliari sono quelli per i quali le aziende sanitarie ricorrono in via prioritaria all'affidamento a terzi, senza distinzioni statisticamente rilevanti a livello geografico. Al fine di una maggiore comprensione del fenomeno, si è ritenuto opportuno raggruppare i servizi ausiliari in tre distinte categorie: generali, per l'accesso, per il patrimonio. Tutte le aziende sanitarie rispondenti riportano di aver affidato a terzi uno o più servizi ausiliari generali: principalmente le pulizie (99 per cento dei rispondenti), lavanolo (95 per cento), mensa/cucina (94 per cento), raccolta e smaltimento dei rifiuti sanitari (80 per cento), vigilanza (75 per cento), trasporti vari (73 per cento), telefonia e reti telematiche (54 per cento). Più rari i casi di affidamento a terzi della gestione del calore (35 per cento) e della sterilizzazione (10 per cento). Tra i servizi ausiliari per l'accesso, l'affidamento a terzi del trasporto sanitario e delle prenotazioni ambulatoriali o del Centro Unico di Prenotazione (CUP) ricorrono rispettivamente nel 54 per cento e nel 53 per cento dei casi. Alcune aziende, e in particolare due ASL e un'AO, riferiscono di aver affidato all'esterno l'intero *front office* (prenotazione, informazione, acco-

⁴ La classificazione è stata ripresa da Bensa e Pellegrini (2002).

⁵ I «servizi sanitari essenziali» sono i servizi riconducibili all'attività clinico-assistenziale erogata al paziente. Tra essi, i servizi medici e infermieristici relativi ai ricoveri per acuti o in regime di *day hospital*, le prestazioni ambulatoriali ecc.

Tabella 12.5 La frequenza del ricorso all'outsourcing

	Servizi non sanitari a pagamento		Servizi ausiliari					
			Generali		Per l'accesso		Per il patrimonio	
	Valore	Percentuale	Valore	Percentuale	Valore	Percentuale	Valore	Percentuale
ASL	7	10,1	69	100,0	32	46,4	36	52,2
AO	12	27,3	44	100,0	18	40,9	25	56,8
IRCCS	4	19,0	21	100,0	11	52,4	17	81,0
Policlinici	2	50,0	4	100,0	2	50,0	2	50,0
Totale	25	106,4	138		63		80	

	Servizi diagnostici		Servizi sanitari essenziali		Servizi socio-sanitari	
	Valore	Percentuale	Valore	Percentuale	Valore	Percentuale
ASL	9	13,0	15	21,7	21	30,4
AO	4	9,1	8	18,2	—	—
IRCCS	9	42,9	—	—	—	—
Policlinici	—	—	—	—	—	—
Totale	22		23		21	

Nota: i valori percentuali sono definiti rispetto alla tipologia di azienda.

glienza) e il *front end* ospedaliero (cassa, consegna referti, archivio referti). Con riferimento ai servizi ausiliari per il patrimonio, il 95 per cento delle aziende dichiara l'affidamento a terzi della manutenzione ordinaria e dell'eventuale manutenzione straordinaria degli immobili. Il 70 per cento di esse include anche la manutenzione delle apparecchiature elettromedicali. Due aziende riferiscono di aver concesso in outsourcing l'attività di ingegneria clinica.

Nel 79 per cento dei casi, i rispondenti sono ricorsi all'outsourcing totale di uno o più servizi ausiliari. Solo 19 aziende hanno provveduto alla sola esternalizzazione parziale mantenendone così almeno in parte *in house* la gestione.

I servizi ausiliari oggetto di outsourcing non sono considerati particolarmente significativi dal punto di vista strategico (mediana: 3,0), sebbene la variabilità delle risposte (*range* dei punteggi attribuiti alla domanda: 1-5) lasci presumere una diversa percezione del medesimo servizio da parte dei rispondenti.

Oltre il 90 per cento delle aziende che hanno proceduto all'outsourcing dei servizi ausiliari hanno dichiarato di non aver effettuato investimenti nei tre anni precedenti la scelta di esternalizzazione o di avere investito in maniera limitata.

L'esigenza di coordinamento tra le attività ausiliari in outsourcing e le altre aree aziendali è ritenuta significativa (mediana: 4,0) e aumenta nelle aziende che hanno mantenuto parzialmente all'interno lo svolgimento del servizio ausiliario considerato (mediana: 4,5).

La tipologia contrattuale maggiormente impiegata è l'appalto di servizio che interessa circa il 98 per cento dei casi; segue il *global service* al quale sono ricorse circa il 40 per cento delle aziende. Il 14 per cento dei rispondenti è ricorso al *service management*. Un'azienda riporta di aver realizzato per la gestione dei servizi in oggetto una società mista pubblico-privato.

I risultati attesi dall'outsourcing dei servizi ausiliari sono indicati nella Tab. 12.6, che riporta le mediane dei punteggi rilevati attraverso una scala Likert 1-5.

Come evidenziato nella Tab. 12.6, i risultati attesi dall'outsourcing dei servizi ausiliari appaiono molteplici ed equamente riconducibili a considerazioni di carattere strategico, economico-finanziario e istituzionale. Coerentemente, i rispondenti non sembrano attribuire un ruolo di rilievo ai risultati legati all'innovazione e all'incremento delle competenze interne.

Per quanto riguarda i servizi diagnostici, l'outsourcing è stato realizzato dal 16 per cento dei rispondenti. Lazio e Lombardia risultano le regioni maggiormente interessate dal fenomeno dell'outsourcing con frequenza, rispettivamente, del 41 per cento e del 27 per cento sul totale dei casi.

Il 68 per cento delle aziende che hanno attivato rapporti di outsourcing nell'area dei servizi diagnostici sono pubbliche e il 32 per cento sono IRCCS di diritto privato. Tra i servizi diagnostici affidati all'esterno spiccano la risonanza magnetica e la TAC. Due IRCCS di diritto privato riportano di aver concesso in outsourcing il laboratorio analisi, mentre una ASL del Centro Italia dichiara di aver esternalizzato la totalità dei servizi diagnostici.

Tabella 12.6 I risultati attesi dall'outsourcing dei servizi ausiliari

	Focalizzazione sul core service	Miglioramento della qualità	Innovazione	Riduzione dei costi di produzione	Miglioramento della flessibilità	Miglioramento dell'efficienza	Incremento delle competenze	Riduzione dei vincoli istituzionali
ASL	4,0	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	3,0	4,0
AO	4,0	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	2,0	4,0
IRCCS	4,0	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0
PUDG	4,0	2,5	3,5	4,0	4,0	4,0	3,5	4,0
Totale	4,0	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	3,0	4,0

Tra coloro che hanno proceduto all'outsourcing dei servizi diagnostici, solo quattro aziende (il 18 per cento) riferiscono di aver investito considerevolmente in attrezzature specialistiche e/o personale specializzato nei tre anni precedenti alla decisione di esternalizzazione; dodici (il 55 per cento) dichiarano di non aver effettuato, nello stesso periodo, alcun investimento. Le altre sei indicano di aver investito in modo limitato. L'esternalizzazione dei servizi diagnostici è parziale nel 64 per cento dei casi, a conferma della rilevanza strategica attribuita agli stessi (mediana: 4,0) e dell'elevata necessità di coordinamento con le altre aree aziendali (mediana: 5,0). Nessuna azienda riporta di aver realizzato il rapporto di outsourcing avviato nell'area dei servizi diagnostici a titolo di sperimentazione gestionale (*ex art. 9-bis del D.lgs. 502/1992*).

I risultati attesi dall'outsourcing dei servizi diagnostici (mediane) sono illustrati nella Tab. 12.7.

Come evidenziato nella Tab. 12.7, i risultati attesi dal ricorso all'outsourcing sembrerebbero prevalentemente legati alla riduzione dei vincoli istituzionali. Fanno eccezione gli IRCCS, probabilmente a causa dell'elevata presenza tra i rispondenti di IRCCS di diritto privato, per i quali assume un ruolo prioritario la riduzione dei costi di produzione.

L'outsourcing dei servizi sanitari essenziali interessa esclusivamente le aziende sanitarie pubbliche e principalmente le regioni del Nord Italia (in 19 dei 23 casi). Tre aziende, pur avendo compilato la corrispondente sezione del questionario, non hanno indicato quali servizi sanitari essenziali sono stati concessi in outsourcing. Il servizio essenziale per il quale si ricorre maggiormente all'outsourcing è il servizio infermieristico (in 10 dei 23 casi) per il quale tutte le aziende interessate hanno proceduto all'esternalizzazione parziale. Seguono l'outsourcing del personale OTA (in due casi) e delle cure palliative (un'azienda). Appare interessante

Tabella 12.7 I risultati attesi dall'outsourcing dei servizi diagnostici

	Focalizzazione sul core service	Miglioramento della qualità	Innovazione	Riduzione dei costi di produzione	Miglioramento della flessibilità	Miglioramento dell'efficienza	Incremento delle competenze	Riduzione dei vincoli istituzionali
ASL	3,0	3,0	2,0	3,0	4,0	4,0	2,0	5,0
AO	2,5	3,0	2,0	3,5	3,5	3,5	1,5	4,0
IRCCS	4,0	3,0	4,0	5,0	3,0	4,0	2,0	3,0
PUDG	Nessuna relazione di outsourcing nell'area considerata							
Totale	3,0	3,0	2,0	3,0	4,0	3,0	2,0	4,0

il caso di outsourcing parziale dell'attività di degenza (120 posti letto) da parte di un'azienda del Nord Italia attraverso un contratto di *global service*. Altrettanto interessanti sono il caso di outsourcing parziale dell'unità di terapia intensiva e di dialisi cardiocirurgica attuato da un'azienda del Sud, quello di outsourcing totale del servizio di odontoiatria da parte di un'azienda del Nord e quello di outsourcing parziale dei ricoveri neurologici e di riabilitazione realizzato da un'azienda del Centro.

Sebbene la mediana dei punteggi riferiti alla rilevanza strategica dei servizi esternalizzati assuma valore 4, tutte le aziende che hanno proceduto all'outsourcing di servizi diversi da quelli infermieristici hanno indicato valore 5. A tale proposito è da segnalare la diversa percezione da parte dei rispondenti della rilevanza strategica del servizio infermieristico, per il quale il *range* di oscillazione delle risposte varia tra 1 e 5. Solo due aziende dichiarano di aver effettuato investimenti ingenti nell'area in oggetto nei tre anni che hanno preceduto la decisione di esternalizzazione. Dieci di esse (il 43 per cento) dichiarano di aver investito limitatamente, 11 (il 48 per cento) di non aver effettuato alcun investimento. L'esigenza di coordinamento dei servizi essenziali in outsourcing con le altre aree aziendali è particolarmente avvertita (mediana: 5,0). Un'azienda riferisce di aver formalizzato l'outsourcing dei servizi in oggetto attraverso l'istituto della sperimentazione gestionale.

I risultati attesi dal ricorso all'outsourcing dei servizi essenziali sono indicati nella Tab. 12.8 che riporta le mediane dei punteggi rilevati.

Anche nel caso dei servizi essenziali, come in quello dei servizi diagnostici, i risultati attesi dall'outsourcing sono prevalentemente legati all'esigenza di superare i vincoli di natura istituzionale.

Per quanto riguarda i servizi socio-sanitari, due ASL, pur avendo compilato

Tabella 12.8 I risultati attesi dall'outsourcing dei servizi essenziali

	Focalizzazione sul core service	Miglioramento della qualità	Innovazione	Riduzione dei costi di produzione	Miglioramento della flessibilità	Miglioramento dell'efficienza	Incremento delle competenze	Riduzione dei vincoli istituzionali
ASL	3,5	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	2,5	5,0
AO	4,0	2,5	2,5	2,5	4,5	4,0	2,0	5,0
IRCCS	Nessuna relazione di outsourcing nell'area considerata							
PUDG	Nessuna relazione di outsourcing nell'area considerata							
Totale	4,0	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	2,0	5,0

Tabella 12.9 I risultati attesi dall'outsourcing dei servizi socio-sanitari

	Focalizzazione sul core service	Miglioramento della qualità	Innovazione	Riduzione dei costi di produzione	Miglioramento della flessibilità	Miglioramento dell'efficienza	Incremento delle competenze	Riduzione dei vincoli istituzionali
ASL	3,0	3,0	2,0	3,0	4,0	4,0	2,0	5,0

la corrispondente sezione del questionario, non hanno fornito indicazione dei servizi concessi in outsourcing. Tra le rimanenti ASL, il 47 per cento afferma di essere ricorso a terzi per la gestione dell'ADI e il 43 per cento per quella delle RSA. Altre aziende riferiscono l'affidamento a terzi dei centri diurni, dei laboratori occupazionali, della gestione delle patologie da dipendenza. Solo in tre casi viene indicato l'outsourcing totale delle attività esternalizzate; nei rimanenti si è proceduto all'outsourcing parziale. I servizi per i quali si è ricorsi all'outsourcing non sono considerati particolarmente significativi dal punto di vista strategico (mediana: 3,0) e gli investimenti effettuati nel corso del triennio precedente alla scelta di esternalizzazione sono stati limitati nel 62 per cento dei casi e nulli nel rimanente 38 per cento. Le aziende giudicano significative le esigenze di coordinamento dei servizi in outsourcing con le altre aree aziendali (mediana: 4,0).

La Tab. 12.9 riporta le mediane dei risultati attesi dall'outsourcing dei servizi socio-sanitari.

Analogamente a quanto rilevato per i servizi diagnostici ed essenziali, anche per l'outsourcing dei servizi socio-sanitari i risultati attesi sono prioritariamente riconducibili all'esigenza di attenuare i vincoli di natura istituzionale.

12.4.2 Processo decisionale, caratteristiche del terzo e modalità di gestione del rapporto

La seconda area di indagine presente nel questionario includeva variabili volte a indagare il processo decisionale di scelta tra produzione interna del servizio e affidamento all'esterno, le caratteristiche del terzo e le modalità di gestione del rapporto con lo stesso.

In primo luogo, si è ritenuto opportuno verificare i soggetti ai quali, di fatto, è stata rimessa la scelta. Sebbene quest'ultima sia di pertinenza formale del direttore generale, essa potrebbe essere di fatto rimessa, in tutto o in parte, ad altri soggetti aziendali. Inoltre, il processo decisionale potrebbe essere accentrato nelle mani di un singolo decisore o diffuso tra più soggetti aziendali. I risultati

Tabella 12.10 **La rilevanza attribuita alle diverse voci di costo**

Differenziale tra produzione in house e acquisto	4,0
Numerosità delle clausole contrattuali	3,0
Revisione del contratto	3,0
Valutazione ex ante dei comportamenti opportunistici	3,0
Adozione di strutture di coordinamento e controllo	3,0
Risoluzione delle problematiche sindacali	3,0
Demotivazione del personale	3,0
Riconversione e formazione del personale	3,0
Difficoltà di valutazione della performance del terzo	3,0
Specificità degli investimenti	2,0
Tempo per l'individuazione del partner	2,0
Tempo per la stesura del contratto	2,0
Difficoltà di valutazione degli input e output della prestazione	2,0

della ricerca dimostrano come nel 96 per cento dei casi il direttore generale sia coinvolto di fatto nella decisione di outsourcing, autonomamente (nel 52,5 per cento dei casi) o di concerto con altri soggetti (nel restante 47,5 per cento). In quest'ultimo caso, la «triade» è stata di fatto responsabile della decisione di outsourcing nel 12,6 per cento dei casi, mentre nel 15,9 per cento dei casi sono stati coinvolti anche i responsabili dei servizi esternalizzati. Nel rimanente 19 per cento dei casi, i rispondenti riportano processi decisionali variamente diffusi tra i diversi soggetti aziendali.

Per comprendere le valutazioni economiche svolte in sede di scelta tra produzione interna e outsourcing è stato chiesto ai rispondenti di indicare, attraverso una scala Likert 1-5, la rilevanza attribuita a una serie di voci di costo. Oltre al differenziale di costo tra produzione interna e acquisto all'esterno sono state incluse anche due categorie di fattori riferiti ai costi di transazione: la prima relativa agli elementi oggettivi (specificità degli investimenti, complessità e incertezza della transazione, difficoltà di misurazione degli input, degli output e della performance) e la seconda legata agli elementi soggettivi (stesura del contratto ed eliminazione delle lacune contrattuali, risoluzione delle controversie, adattamento). I risultati sono indicati nella Tab. 12.10 (mediane).

I risultati della ricerca mostrano come la scelta sia basata prioritariamente sulla considerazione del differenziale di costo tra produzione interna e acquisto all'esterno (mediana: 4,0). I costi di transazione sembrerebbero neutrali rispetto alle decisioni di outsourcing (mediana: 3,0) oppure ininfluenti (mediana: 2,0).

Tabella 12.11 **Le caratteristiche rilevanti del terzo nell'outsourcing dei servizi ausiliari**

	Prezzo	Competenze tecniche specifiche	Esperienza	Solidità economico-finanziaria	Completezza gamma	Puntualità	Precedenti rapporti con settore sanitario
ASL	5,0	4,0	4,0	3,0	3,0	3,0	4,0
AO	5,0	4,0	4,0	3,0	4,0	3,5	3,0
IRCCS	5,0	5,0	5,0	4,0	4,0	4,0	4,0
PUDG	5,0	4,5	4,0	4,5	5,0	4,0	4,5
Totale							
	Attitudine all'innovazione	Qualità servizio	Leadership di mercato	Reputazione	Capacità relazionale	Accountability	
ASL	3,0	4,0	2,0	3,0	2,0	2,0	
AO	3,5	4,5	3,0	3,0	2,0	3,0	
IRCCS	4,0	5,0	3,0	3,0	3,0	3,0	
PUDG	4,0	5,0	1,5	3,0	1,5	3,0	
Totale							

Nonostante ciò, indipendentemente dalla componente soggettiva e oggettiva dei costi di transazione, quelli legati agli aspetti contrattuali (costi in termini di numerosità delle clausole contrattuali, di revisione del contratto, di incertezza di valutazione della performance del terzo) e a quelli gestionali e organizzativi interni (costi in termini di adozione di strutture di controllo e coordinamento della transazione con il terzo, costi legati alla demotivazione del personale e all'esigenza di una sua riconversione e formazione, costi legati alla risoluzione di problematiche sindacali) appaiono più sentiti di quelli legati alla specificità degli investimenti, al tempo necessario per l'individuazione del partner e alla stesura del contratto, alla difficoltà di valutare gli input e gli output della prestazione fornita dal terzo.

Con riferimento alle caratteristiche del terzo è stato chiesto ai rispondenti di

Tabella 12.12 **Le caratteristiche rilevanti del terzo nell'outsourcing dei servizi diagnostici, essenziali e socio-sanitari**

	Prezzo	Competenze tecniche specifiche	Esperienza	Solidità economico-finanziaria	Completezza gamma	Puntualità
ASL	4,0	4,0	4,0	3,0	4,0	4,0
AO	3,5	4,0	4,0	3,0	3,0	3,0
IRCCS	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0
Totale						

	Attitudine all'innovazione	Qualità servizio	Leadership di mercato	Reputazione	Capacità relazionale	Accountability
ASL	4,0	5,0	2,0	3,0	3,0	3,0
AO	3,0	5,0	3,0	3,0	3,0	3,0
IRCCS	3,0	4,5	3,0	3,0	3,0	3,0
Totale						

indicare gli elementi che hanno inciso sulla scelta dell'attuale *outsourcer*. Nelle Tabb. 12.11 e 12.12 sono riportate le mediane delle risposte fornite rispettivamente per l'outsourcing dei servizi ausiliari e per quello dei servizi diagnostici, sanitari essenziali e socio-sanitari. Da rilevare che in quest'ultimo caso un'azienda ha indicato tra le motivazioni della scelta la «carenza di altri fornitori».

Nell'outsourcing dei servizi ausiliari, il prezzo rappresenta l'elemento maggiormente significativo nel decretare la scelta del partner. Esso assume un peso di rilievo anche nel caso di outsourcing dei servizi diagnostici, essenziali e socio-sanitari, ma in subordine a valutazioni legate alla qualità del servizio erogato dall'*outsourcer*. Contrariamente alle attese, la capacità relazionale del terzo e la sua *accountability* non influenzano la scelta dell'*outsourcer* neanche nel caso di outsourcing dei servizi diagnostici, essenziali e socio-sanitari.

Per quanto riguarda il rapporto intercorrente tra l'azienda e l'*outsourcer* è stato chiesto ai rispondenti di qualificare se lo stesso potesse essere interpretato come

relazione di collaborazione e/o di mercato. Anche in questo caso, si è distinto tra outsourcing dei servizi ausiliari da un lato e outsourcing dei servizi diagnostici, sanitari essenziali e socio-sanitari dall'altro. Mentre in caso di outsourcing di quest'ultima tipologia di servizi la relazione con l'*outsourcer* viene percepita come rapporto di collaborazione da oltre l'82 per cento dei rispondenti, nel caso di outsourcing dei servizi ausiliari tale valore scende al 58 per cento. Da notare, tuttavia, come nel 3 per cento dei casi i rispondenti ravvisino nell'outsourcing dei servizi ausiliari contemporaneamente i tratti caratteristici della collaborazione e del rapporto di mercato.

Al fine di evitare comportamenti opportunistici, il 72 per cento dei rispondenti ha sempre incluso nel contratto la previsione di penali; il 9 per cento delle aziende non le ha previste, mentre il restante 19 per cento dichiara di averle inserite solo in particolari situazioni. Il 6 per cento dei rispondenti ha previsto in contratto sistemi di incentivazione a favore del terzo.

Il trasferimento del personale dall'azienda al terzo è stato effettuato in 21 casi. Tutti si riferiscono all'area dei servizi ausiliari.

È stato infine chiesto ai rispondenti di indicare se sono state costituite nuove strutture organizzative per la gestione del rapporto con il terzo e le funzioni eventualmente attribuite al soggetto di nuova costituzione. Nel 47 per cento dei casi, l'avvio del rapporto di outsourcing ha comportato la nascita di nuovi organi aziendali per la gestione della relazione con il terzo e nel 6,5 per cento dei casi esse sono in fase di costituzione. Tutte le aziende hanno attribuito ai nuovi organi compiti di controllo quali-quantitativo del servizio realizzato dal terzo. Nel 62 per cento dei casi sono state assegnate anche funzioni di interazione con l'*outsourcer* (tra le quali, per esempio, la comunicazione di integrazione/riduzione quantitativa del servizio reso in funzione delle esigenze aziendali, l'applicazione di penali ecc.) e nel 45 per cento funzioni di coordinamento del servizio reso dal terzo con le altre risorse/servizi impiegati nel processo produttivo aziendale.

12.4.3 Ostacoli incontrati e risultati conseguiti

La terza area di ricerca riguardava gli ostacoli incontrati e i risultati conseguiti a seguito dello sviluppo di rapporti di outsourcing.

Gli ostacoli e le difficoltà incontrate sono indicati nella Tab. 12.13 che riporta le mediane dei punteggi rilevati attraverso una scala Likert 1-5.

I rispondenti non sembrano avere incontrato particolari ostacoli o difficoltà di rilievo.

Per quanto riguarda i risultati conseguiti è stato chiesto ai rispondenti di indicare lungo una scala Likert 1-5 il grado di raggiungimento dei risultati attesi. Nella Tab. 12.14 sono indicati i risultati conseguiti e, per comodità di analisi, i risultati attesi dalle diverse tipologie di azienda dall'outsourcing delle varie categorie di servizi.

Effettuando una valutazione comparata tra obiettivi perseguiti e risultati conse-

Tabella 12.13 **Gli ostacoli incontrati**

Difficoltà misurazione output	3,0
Difficoltà misurazione outcome	3,0
Difficoltà relazionale	3,0
Rigidità istituzionali	2,5
Demotivazione del personale	2,0
Problematiche sindacali	2,0
Difficoltà rapporti personale interno-in outsourcing	2,0

guiti (entrambi misurati attraverso una scala Likert 1-5) sembrerebbe che l'area dei servizi ausiliari sia quella nella quale gli esiti delle operazioni di outsourcing risultano più frequentemente al di sotto delle attese del management aziendale. Questo è vero in particolare per le ASL, per le quali sembrerebbero conseguiti esclusivamente gli obiettivi della focalizzazione sul *core service* e della riduzione dei vincoli aziendali. Gli obiettivi di riduzione dei costi di produzione e di miglioramento dell'efficienza non sarebbero stati conseguiti neanche dalle AO. Per queste ultime, l'incremento delle competenze interne, che tuttavia non rappresentava un obiettivo significativo (mediana: 2,0), ha superato le attese di risultato del management aziendale, a differenza di quanto è accaduto per tutte le altre tipologie aziendali. Gli IRCCS sembrano aver conseguito sia gli obiettivi di carattere strategico che economico. Da quest'ultimo punto di vista, a seguito dell'outsourcing dei servizi ausiliari, gli stessi IRCCS avrebbero ottenuto risultati superiori alle aspettative in tema di miglioramento della flessibilità aziendale. Analogamente si rileva per i PUDG i quali avrebbero ottenuto risultati significativamente superiori alle aspettative (scostamento tra le mediane pari a 1,5) anche dal punto di vista del miglioramento della qualità del servizio prestato, che tuttavia non rappresentava un obiettivo prioritario, e della riduzione dei vincoli istituzionali (scostamento tra le mediane pari a 1).

Nell'area dei servizi diagnostici si assiste a una certa alternanza tra risultati positivi e negativi rispetto alle attese, soprattutto per le AO e gli IRCCS. Come per i servizi ausiliari, l'obiettivo della focalizzazione sul *core service* risulta conseguito o, addirittura, presenta esiti superiori alle attese. La stessa conclusione può trarsi per l'obiettivo dell'aumento della flessibilità. Gli obiettivi della riduzione dei costi di produzione e dell'aumento dei livelli di efficienza, al contrario, presentano frequentemente risultati inferiori alle attese, così come rilevato per i servizi ausiliari. L'outsourcing dei servizi diagnostici non sembrerebbe avere consentito agli IRCCS di conseguire le attese di risultato rispetto all'innovazione delle tecnologie sanitarie e dei processi, obiettivo rilevante solo per questa tipologia aziendale.

Tabella 12.14 I risultati attesi e quelli conseguiti

	Focalizzazione sul core service		Riduzione dei costi di produzione		Miglioramento della qualità		Innovazione		Miglioramento della flessibilità		Miglioramento dell'efficienza		Incremento delle competenze		Riduzione dei vincoli istituzionali	
	Attesi	Conseguiti	Attesi	Conseguiti	Attesi	Conseguiti	Attesi	Conseguiti	Attesi	Conseguiti	Attesi	Conseguiti	Attesi	Conseguiti	Attesi	Conseguiti
Auxiliari																
ASL	4,0	4,0	4,0	3,5	4,0	3,0	3,0	2,0	4,0	3,0	4,0	3,0	3,0	2,0	4,0	4,0
A0	4,0	4,0	4,0	3,0	4,0	4,0	3,0	3,0	4,0	4,0	4,0	3,5	2,0	3,0	4,0	4,0
IRCCS	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	3,0	4,0	5,0	4,0	4,0	3,0	2,0	3,0	3,0
PUDG	4,0	4,0	4,0	4,0	2,5	4,0	3,5	2,5	4,0	4,5	4,0	4,0	3,5	2,0	4,0	5,0
Diagnostici																
ASL	3,0	4,0	3,0	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0	4,0	4,0	4,0	3,0	2,0	2,0	5,0	4,0
A0	2,5	3,0	3,5	3,0	3,0	3,0	2,0	2,5	3,5	4,0	3,5	2,5	1,5	2,5	4,0	4,0
IRCCS	4,0	4,0	5,0	4,0	3,0	4,0	4,0	3,0	3,0	5,0	4,0	4,0	2,0	2,0	3,0	3,0
PUDG	Nessuna relazione di outsourcing nell'area considerata															
Essenziali																
ASL	3,5	3,0	4,0	3,5	4,0	3,0	3,0	2,0	4,0	4,0	4,0	3,0	2,5	2,0	5,0	5,0
A0	4,0	4,0	2,5	2,5	2,5	3,5	2,5	3,5	4,5	4,0	4,0	4,0	2,0	3,0	5,0	5,0
IRCCS	Nessuna relazione di outsourcing nell'area considerata															
PUDG	Nessuna relazione di outsourcing nell'area considerata															
Socio-sanitari																
ASL	3,0	3,0	3,0	2,0	3,0	2,0	2,0	2,5	4,0	3,5	4,0	3,0	2,0	2,0	5,0	5,0

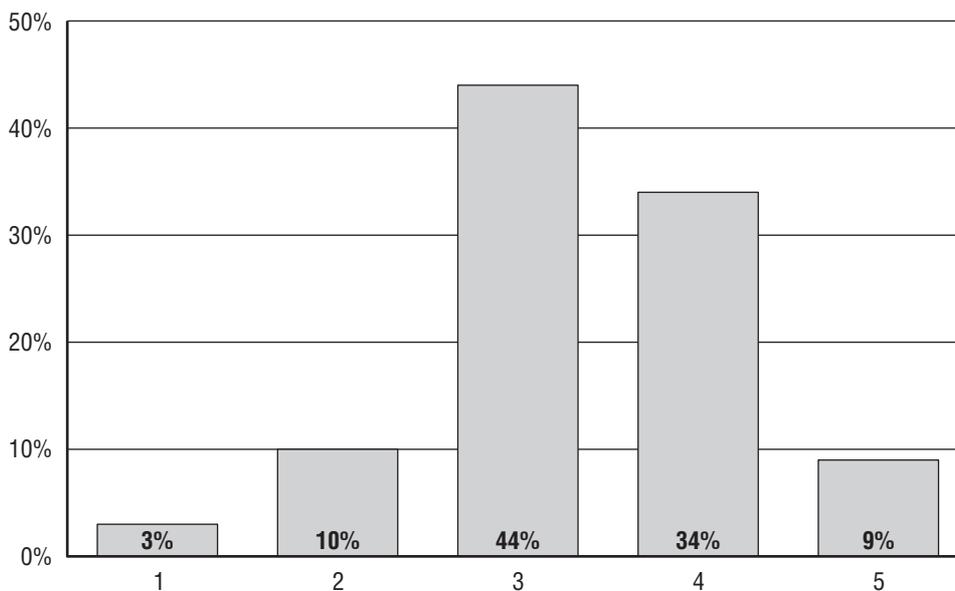
Analogamente può dirsi nel caso delle ASL in merito all'attenuazione dei vincoli istituzionali. In questo caso, sebbene a seguito dell'outsourcing dei servizi diagnostici ci siano stati dei risultati in tale senso (mediana: 4,0), essi risultano inferiori alle attese del management aziendale (mediana: 5,0).

L'outsourcing nell'area dei servizi essenziali sembrerebbe avere determinato esiti sostanzialmente difforni a seconda della tipologia aziendale considerata. Nel caso delle ASL, i risultati sembrerebbero sistematicamente al di sotto delle aspettative, eccezion fatta per gli obiettivi del miglioramento della flessibilità aziendale e della riduzione dei vincoli istituzionali che appaiono coerenti con le attese di risultato. Le AO, diversamente, hanno talora conseguito risultati superiori alle aspettative. Da notare, tuttavia, che tali esiti si sono manifestati rispetto a obiettivi di fatto non perseguiti (miglioramento della qualità, innovazione, incremento delle competenze interne). Sia nel caso delle ASL che delle AO, l'obiettivo prioritario costituito dalla riduzione dei vincoli istituzionali risulta pienamente raggiunto.

Nel caso dei servizi socio-sanitari, due degli obiettivi maggiormente perseguiti attraverso il ricorso all'outsourcing (miglioramento della flessibilità aziendale e miglioramento dell'efficienza) risultano conseguiti in misura inferiore rispetto alle attese. Diversamente accade per l'obiettivo, ritenuto prioritario, dell'attenuazione dei vincoli istituzionali.

L'analisi dei risultati conseguiti attraverso l'outsourcing si completa con la valutazione del livello di soddisfazione percepita dai rispondenti rispetto ai rapporti di outsourcing avviati. Nella Fig. 12.1 sono illustrate le frequenze percen-

Figura 12.1 La frequenza percentuale del livello di soddisfazione



tuali del livello di soddisfazione indicato dai rispondenti attraverso una scala Likert 1-5. Come indicato in figura, i rispondenti sembrerebbero sostanzialmente soddisfatti dei rapporti di outsourcing avviati. Infatti, sebbene il 44 per cento di essi manifestino una «posizione neutrale» attestandosi sul valore centrale della scala Likert, la percentuale di coloro che si dichiarano insoddisfatti (valori 1 e 2) risulta appena del 13 per cento.

12.5 Conclusioni

Nonostante i limiti derivanti dall'osservazione parziale della realtà e dallo strumento di ricerca impiegato, l'indagine svolta permette alcune valutazioni sulla tendenza in atto nel SSN verso la riduzione dell'estensione verticale delle combinazioni economiche aziendali. In particolare, la ricerca consente di disporre di una prima «fotografia» sul ricorso all'outsourcing da parte delle aziende sanitarie pubbliche ed equiparate, sulle caratteristiche delle relazioni in tale senso instaurate e sui risultati conseguiti.

Coerentemente con le attese, le combinazioni economiche delle aziende sanitarie pubbliche sembrano contrarsi proprio nelle attività a più basso valore aggiunto. L'outsourcing risulta infatti una prassi ormai consolidata nell'area dei servizi ausiliari. Meno frequenti, ma indubbiamente più rilevanti sotto il profilo istituzionale, sono i casi di outsourcing di servizi diagnostici, essenziali e socio-sanitari.

A una prima analisi sembrerebbe che gli stimoli di base allo sviluppo di rapporti di outsourcing siano riconducibili a considerazioni di carattere economico-finanziario. A un'analisi più approfondita emergono però interessanti differenze e analogie tra le diverse aree aziendali. In particolare, per quanto riguarda i servizi ausiliari, il risultato atteso della focalizzazione sulle *core competencies*, riportata in letteratura quale motivazione di maggiore rilievo all'outsourcing di tale tipologia di servizi, assume un peso del tutto analogo ai risultati attesi di carattere economico-reddituale e, se si escludono gli IRCCS, di attenuazione dei vincoli di natura istituzionale. Proprio quest'ultimo risultato atteso risulta prioritario nel caso dell'outsourcing dei servizi diagnostici, essenziali e socio-sanitari. Ciò spinge a riflettere sul ruolo assunto dai vincoli di carattere istituzionale nell'ambito del processo di scelta tra *make* e *buy*. In talune situazioni, essi appaiono talmente stringenti da indurre all'outsourcing di attività che data la loro natura di servizi essenziali dovrebbero essere, alla luce delle indicazioni provenienti dalla letteratura in materia, mantenute *in house*. In effetti, si tratta di servizi per i quali la rilevanza strategica percepita dagli stessi rispondenti appare generalmente elevata e per i quali vengono avvertite forti esigenze di coordinamento con le altre aree aziendali. Verrebbe in questo modo a delinearsi un approccio reattivo allo sviluppo dei rapporti di outsourcing nel SSN. Piuttosto che da valutazioni strategiche o di economicità, il ricorso all'outsourcing sembrerebbe guidato dall'esigenza di attenuare gli effetti costrittivi

di un contesto istituzionale che, sebbene posto a tutela degli *stakeholder*, sarebbe interpretato come un importante limite all'agire delle aziende.

Per quanto riguarda le caratteristiche dei servizi esternalizzati, suscita interesse la diversa percezione da parte dei rispondenti della rilevanza strategica dei servizi infermieristici. Si tratterebbe, dunque, di attività essenziali ma non qualificabili, nella percezione di taluni rispondenti, come *core competencies* della specifica azienda. Ciò induce a ritenere valida la possibilità di considerare tali servizi come *basic activities*, cioè attività necessarie per lo svolgimento delle funzioni dell'azienda e per la sua stessa esistenza, ma che non assumono un significato rilevante al fine del conseguimento del vantaggio competitivo (Insinga e Werle 2000).

La diversità dei risultati attesi nel caso di outsourcing dei servizi ausiliari da un lato e dei servizi essenziali dall'altro si riflette anche sulle caratteristiche ritenute rilevanti nella scelta del terzo. Lascia tuttavia sorpresi la scarsa considerazione degli aspetti di natura relazionale, soprattutto nel caso di outsourcing dei servizi diversi da quelli ausiliari. Simili considerazioni contraddicono la percezione da parte delle aziende rispondenti della qualificazione del rapporto intercorrente con l'*outsourcer*, interpretato da molti come relazione di collaborazione. Diversa appare la situazione dell'azienda che ha dichiarato di aver avviato una relazione di outsourcing per lo svolgimento di attività di degenza. In tale caso, i valori riportati nelle singole domande lasciano presagire la possibilità di configurare un rapporto di «outsourcing strategico» (Accabi e Lopez 1995), contraddistinto da una notevole interazione tra le parti, fiducia e condivisione del know-how e delle strategie (Suarez-Villa 1998).

Per quanto riguarda gli elementi di costo che intervengono nel processo di scelta tra produzione interna e outsourcing è interessante notare la sostanziale scarsa rilevanza o la neutralità dei costi di transazione e la considerazione del differenziale di costo tra produzione interna e acquisto all'esterno. Ciò, oltre a far riflettere sulla qualità delle informazioni di costo di produzione interna sulle quali si basa prioritariamente la scelta, evidenzia come una parte importante dei costi di transazione che si manifestano *ex post*, in particolare dovuti alla costituzione di strutture organizzative deputate al controllo e al coordinamento della relazione con l'*outsourcer*, sfugga a una valutazione preventiva da parte dei decisori aziendali.

Particolare attenzione meritano infine i risultati conseguiti attraverso il ricorso all'outsourcing. Sebbene i rispondenti indichino di non avere incontrato particolari ostacoli o problematiche nel corso dello svolgimento del rapporto di outsourcing e si dichiarino fondamentalmente soddisfatti delle scelte in tale senso operate, fa riflettere, in primo luogo, come gli obiettivi della riduzione dei costi di produzione e del miglioramento dei livelli di efficienza siano quelli che presentano più frequentemente risultati inferiori rispetto alle attese del management aziendale. Tale dato, sebbene in parte riconducibile alla maggiore facilità di misurazione dei risultati di efficienza rispetto ad altri quali, per esempio, il miglioramento della qualità del servizio erogato, potrebbe confermare le indicazioni rintracciabili in

letteratura in tema di incapacità dei rapporti di outsourcing di conseguire le attese di risultato del management aziendale qualora instaurati per motivazioni prevalentemente economiche (Young e Mcneil 2000). Il ricorso all'outsourcing permetterebbe, al contrario, di attenuare i vincoli istituzionali all'agire manageriale. Tra le diverse categorie di aziende, le ASL sono quelle che hanno conseguito risultati più frequentemente inferiori alle attese, specialmente nel caso di outsourcing dei servizi ausiliari. È infine interessante notare che, nonostante l'estrema diffusione dell'outsourcing nell'area dei servizi ausiliari, proprio in questa area l'affidamento a terzi sembra avere prodotto risultati meno soddisfacenti rispetto a quelli derivanti dall'outsourcing di altri servizi aziendali.

Bibliografia

- Accabi R., Lopez L. (1995), «Outsourcing estremo per situazioni complesse», *L'impresa*, n. 10, pp. 46-51.
- Aktinson J. (1984), «Manpower Strategies for Flexible Organizations», *Personnel Management*, n. 8, pp. 28-31.
- Arcari A.M. (1996), «L'outsourcing: una possibile modalità di organizzazione delle attività di servizi», *Economia & Management*, n. 4, pp. 109-121.
- Bensa G., Pellegrini L. (2002), «Sperimentazioni e innovazioni gestionali in Italia: primi risultati di un'indagine conoscitiva a cura dell'ASSR», in E. Anesi Pessina, E. Cantù (2002), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Dyer J.H., Singh H. (1998), «The Relational View: Cooperative Strategy and Sources of Interorganizational Competitive Advantage», *Academy of Management Review*, n. 23, pp. 660-679.
- Insinga R.C., Werle M.J. (2000), «Linking Outsourcing to Business Strategy», *Academy of Management Executive*, n. 14, pp. 58-70.
- Likert R. (1932), *A Technique for the Measurement of Attitudes*, New York, McGraw-Hill.
- Pfeffer J. (1994), «Competitive Advantage Through People», *California Management Review*, n. 36, pp. 9-28.
- Porter M. (1980), *Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors*, New York, Free Press.
- Suarez-Villa L. (1998), «The Structures of Cooperation: Downscaling, Outsourcing and the Networked Alliance», *Small Business Economics*, n. 10, pp. 5-16.
- Williamson O.E. (1975), *Market and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*, New York, Free Press.
- Williamson O.E. (1979), «Transaction Cost Economics: The Governance of Contractual Relations», *Journal of Law Economics*, n. 22, pp. 233-261.

Williamson O.E. (1985), *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Market, Relational Contracting*, New York, Free Press.

Young S., Mcneil J. (2000), «When Performance Fails to Meet Expectations: Managers' Objectives for Outsourcing», *The Economics and Labour Relations Review*, n. 11, pp. 136-168.