

Collana **CERGAS**

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

Rapporto OASI 2007

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 confermare 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 2007:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano; propone inoltre due approfondimenti su spesa sanitaria privata e confronti internazionali;
- a livello regionale, analizza i sistemi di accreditamento e quelli di finanziamento, gli accordi integrativi con la medicina generale e le iniziative di governo dell'assistenza farmaceutica;
- a livello aziendale, prosegue l'indagine sulle iniziative di riassetto istituzionale, dedicandosi in particolare alle sperimentazioni gestionali e alla centralizzazione degli acquisti; propone una metodologia per l'analisi della produzione di prestazioni ospedaliere a livello di reparto e un modello di valutazione degli investimenti nei sistemi ERP; approfondisce le caratteristiche degli "ospedali di insegnamento"; propone un confronto tra le politiche retributive di diverse aziende sanitarie pubbliche e private; presenta un caso aziendale in tema di strategia; si chiude con un'analisi critica delle esperienze di project finance.

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 lecturer presso l'Università Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.

ISBN 978-88-238-5084-2



9 788823 850842

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2007

Anessi Pessina • Cantù



Rapporto OASI 2007

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

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

Egea

9 Le sperimentazioni gestionali per i servizi core: ricognizione delle esperienze e analisi di due casi

di Fabio Amatucci, Francesca Lecci e Marta Marsilio*

9.1 Introduzione e quadro di riferimento

Nel nostro paese, le difficoltà finanziarie del settore sanitario hanno evidenziato la necessità di introdurre nuovi strumenti e modelli di gestione dei servizi, capaci di coniugare la qualità dell'offerta di servizi sanitari con il contenimento dei costi delle attività.

Negli ultimi anni, a tal fine, gran parte delle aziende sanitarie pubbliche ha avviato operazioni di esternalizzazione delle proprie attività, di partnership finanziaria (*project finance*, concessione di costruzione e gestione) per la realizzazione di investimenti, di modifica dell'assetto istituzionale (creazione di fondazioni o società miste) per la gestione dei servizi.

Tuttavia, almeno in una prima fase, l'interesse verso strumenti di Partnership Pubblico-Privato (PPP) ha fatto leva soprattutto sull'idea, illusoria e semplicistica, di trasferire *tout court* sull'iniziativa privata l'onere del finanziamento e il rischio della gestione di importanti interventi pubblici.

Molte delle operazioni realizzate si sono di conseguenza scontrate con una sostanziale impreparazione tecnica e culturale dei diversi soggetti in gioco (amministrazioni pubbliche, imprese e istituzioni finanziarie), spesso incapaci di cogliere appieno e, di conseguenza, governare la complessità e il cambio di prospettiva propri dei modelli collaborativi. In particolare, si è posta eccessiva enfasi sui profili tecnici (individuazione delle soluzioni giuridiche più adeguate; predisposizione di un piano economico-finanziario valido), necessari ma strumentali alla realizzazione di forme di collaborazione tra soggetti pubblici e privati, trascurando invece quelli sostanziali, legati al perseguimento di condi-

* Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i parr. 9.1 e 9.2 sono da attribuirsi a Fabio Amatucci, i parr. 9.3 e 9.4 a Francesca Lecci e il par. 9.5 a Marta Marsilio. Il par. 9.6 è da attribuirsi ai tre autori congiuntamente. Si ringrazia per la preziosa collaborazione la dottoressa Giulia Cappellaro.

zioni di economicità, sostenibilità economico-finanziaria nel tempo ed equilibrio dinamico tra i differenti attori.

Nel presente capitolo, quindi, dopo una breve presentazione del *framework* giuridico delle sperimentazioni gestionali, un richiamo alle caratteristiche fondamentali dei modelli di PPP (par. 9.2), l'esplicitazione dell'oggetto di indagine e della metodologia adottata (par. 9.3), viene effettuata una ricognizione delle sperimentazioni gestionali in sanità (par. 9.4), evidenziandone gli elementi essenziali. L'oggetto di indagine viene quindi approfondito attraverso l'analisi di due casi di studio (par. 9.5), che hanno permesso l'osservazione degli aspetti di maggiore criticità dei modelli adottati (par. 9.6).

9.2 Le sperimentazioni gestionali: il quadro giuridico di riferimento e l'approccio economico-aziendale

Le sperimentazioni gestionali rientrano nei modelli collaborativi tra soggetti pubblici e privati. Il paradigma teorico di riferimento si basa sulla definizione di strategie di comportamento e su modelli di partnership condivisi; sullo sviluppo di un sistema di relazioni e di opportunità (servizi infrastrutturali, sviluppo tecnologico e scientifico, opportunità economiche ecc.), la cui realizzazione non viene demandata al soggetto regolatore esterno ma alla collaborazione congiunta di tutti gli attori sociali costituenti l'ambiente di riferimento (Crozier e Friedberg 1977). Questi fattori sono volti a garantire la stabilità degli accordi e a ridurre l'incertezza ambientale, in modo da consentire il perseguimento delle condizioni di economicità dei partecipanti in modo pieno e duraturo.

Tuttavia, la collaborazione tra soggetti pubblici e privati può avere a oggetto sia l'esercizio diretto delle attività sanitarie (attività *core*), sia la gestione delle attività e dei servizi di supporto (*no core* o periferici: servizi alberghieri, immobiliari, tecnici). In base a tale distinzione, si ha una sperimentazione gestionale quando l'esperienza di collaborazione ha a oggetto l'attività sanitaria; in caso contrario, si ha una semplice operazione di collaborazione o partnership (esternalizzazione di attività; *global service*; *project finance*).

L'istituto delle sperimentazioni gestionali è stato introdotto nel nostro ordinamento dalla legge 30 dicembre 1991, n. 412, la quale prevedeva che «in deroga alla normativa vigente e nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza e dei rispettivi finanziamenti, sono consentite sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti dai soggetti singoli, istituzioni e associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi»; con tale norma si apre il sistema sanitario pubblico a forme di collaborazione con soggetti privati, finalizzate al miglioramento dell'efficienza del sistema.

La successiva evoluzione normativa¹ ha definito un quadro preciso dell'istituto in oggetto:

1. la competenza autorizzativa delle sperimentazioni gestionali spetta alle regioni, le quali possono anche prevedere una propria regolamentazione in materia;
2. nella realizzazione di una sperimentazione gestionale è necessario giustificare le ragioni di convenienza economica del progetto; garantire il miglioramento della qualità dell'assistenza; individuare gli elementi di garanzia;
3. la verifica (annuale) dei risultati conseguiti, sia sul piano economico, sia su quello della qualità dei servizi, spetta alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, avvalendosi dell'ASSR. Al termine del primo triennio, sulla base dei risultati conseguiti, vengono adottati i relativi provvedimenti.

In relazione alle garanzie previste, prevalentemente a tutela della qualità della salute e del ruolo pubblico, la normativa impone di:

- a. privilegiare, nell'area del settore privato, il coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale;
- b. fissare limiti percentuali alla partecipazione di organismi privati, in misura non superiore al quarantanove per cento;
- c. prevedere forme idonee di limitazione alla facoltà di cessione della propria quota sociale nei confronti dei soggetti privati che partecipano alle sperimentazioni;
- d. disciplinare le forme di risoluzione del rapporto contrattuale con privati che partecipano alla sperimentazione, in caso di gravi inadempienze agli obblighi contrattuali o di accertate esposizioni debitorie nei confronti di terzi;
- e. definire partitamente i compiti, le funzioni e i rispettivi obblighi di tutti i soggetti pubblici e privati che partecipano alla sperimentazione gestionale, avendo cura di escludere in particolare il ricorso a forme contrattuali, di appalto o subappalto, nei confronti di terzi estranei alla convenzione di sperimentazione, per la fornitura di opere e servizi direttamente connesse all'assistenza alla persona;
- f. individuare forme e modalità di pronta attuazione per la risoluzione della convenzione di sperimentazione e scioglimento degli organi societari in caso di mancato raggiungimento del risultato dell'avviata sperimentazione.

La normativa non fornisce una casistica di strumenti giuridici utilizzabili per l'implementazione dei progetti di sperimentazione gestionale.

¹ Si fa riferimento a: art. 9-bis del D.lgs. 30 dicembre 1992 e ss.mm.ii. (in particolare art. 10 del D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229); legge 16 novembre 2001, n. 405. Per una analisi più dettagliata, si rinvia a Bensa e Pellegrini (2002).

Dal punto di vista giuridico, le sperimentazioni gestionali si traducono in modelli fondati sulla convergenza di interessi tra settore pubblico e privato e finalizzati al perseguimento di congiunti obiettivi economici e sociali, da cui i singoli soggetti partecipanti traggono indirettamente vantaggi individuali. Il presupposto per il successo di tali relazioni è un significativo coinvolgimento dei diversi partner, che si concretizza con l'apporto e lo scambio di capitali e risorse finanziarie; know-how scientifico e gestionale; risorse umane; competenze distintive; flessibilità organizzativa; capacità manageriali e imprenditoriali.

Nel contesto italiano, il modello di sperimentazione è molto ampio e comprende una vasta gamma di forme di collaborazione tra aziende pubbliche e imprese private. In particolare, è possibile ricondurre le tipologie di sperimentazione a differenti varianti di relazioni contrattuali:

- a. costituzione di una società mista pubblico-privato, nella forma di società per azioni o società a responsabilità limitata, o nella forma di società consortile;
- b. costituzione di una fondazione di partecipazione;
- c. contratto di un'associazione in partecipazione;
- d. contratto di concessione di costruzione e gestione;
- e. contratto di concessione di costruzione e gestione con *project finance*;
- f. contratto di sponsorizzazione.

Le profonde differenze che caratterizzano l'ampia varietà di modelli possibili devono essere esplicitate secondo alcune variabili rilevanti: caratteristiche essenziali del modello; peso dei soggetti privati; rischio sopportato dalle parti coinvolte; profili di convenienza e di criticità per la componente pubblica.

A. SOCIETÀ A CAPITALE MISTO PUBBLICO-PRIVATO – Un primo modello utilizzato per la gestione dei servizi è rappresentato dalla società a capitale misto pubblico-privato, il cui utilizzo è legato ad alcune valutazioni di natura economica e giuridica. Da un lato, infatti, la società mista consente all'azienda sanitaria di disporre di un'organizzazione imprenditoriale dotata di ampia flessibilità gestionale; dall'altro, l'autonomia patrimoniale che caratterizza la società mista consente di realizzare una netta separazione dell'attività, sotto un profilo non solo giuridico, ma, soprattutto, economico e finanziario. L'interesse prevalente dell'azienda sanitaria risiede nella possibilità di gestire un servizio con logiche imprenditoriali, in modo da operare in condizioni di maggiore elasticità ed economicità, soluzione non sempre possibile con altre forme previste dalle norme.

In sintesi, per le aziende sanitarie, i vantaggi del ricorso a una società di capitali mista possono essere ricondotti ai seguenti:

- ▶ possibilità di acquisire disponibilità finanziarie, risorse tecnologiche e, soprattutto, esperienze, competenze e managerialità;

- ▶ ottenimento di maggiore flessibilità di gestione, che consenta di perseguire con celerità gli obiettivi di potenziamento dell'attività;
- ▶ maggiore capacità di gestione e integrazione del personale volontario, prevedendo un rapporto di lavoro di tipo strutturato;
- ▶ reinvestimento nell'attività clinica di almeno una parte dell'eventuale quota di utili.

La società di capitali mista presenta due differenti modelli: la società per azioni e la società a responsabilità limitata, le cui differenze principali sono sintetizzate nella Tab. 9.1.

Le principali differenze attengono in particolare a quattro aspetti:

- ▶ la differenza tra quote e azioni influisce profondamente sulle modalità di funzionamento dei due istituti, soprattutto con riferimento all'assemblea dei soci, che rappresenta l'organo supremo della società²;
- ▶ nelle società per azioni l'impegno finanziario richiesto ai soci è relativamente più elevato rispetto alle srl;
- ▶ il grado di interesse, di partecipazione e di coinvolgimento dei soci nella gestione della società è differente. Nella società per azioni, solitamente i soci hanno un maggiore distacco dalle vicende che riguardano la vita della società e, conseguentemente, la gestione del servizio; molto spesso, la motivazione principale del loro coinvolgimento consiste nell'esclusiva ricerca di margini di remunerazione. Nella società a responsabilità limitata, di contro, vi è un rilevante interesse dei soci alla gestione della società, non solo legata a valutazioni di ordine economico, ma soprattutto alla volontà di partecipare, anche solo a livello conoscitivo, alla gestione del servizio³;
- ▶ il modello della società a responsabilità limitata permette l'utilizzo della stessa anche per servizi di modesta rilevanza economica, per lo svolgimento dei quali occorre una cooperazione strategica tra l'azienda sanitaria e altri soggetti pubblici o privati, caratterizzata soprattutto dalla continuità dei rapporti interpersonali.

² In primo luogo, la norma prevede la convocazione dell'assemblea della SpA attraverso la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale, laddove la convocazione dei soci di una srl avviene attraverso una lettera raccomandata personalizzata, onde avere la certezza della conoscenza della comunicazione. In secondo luogo, nel caso della SpA l'assemblea può svolgersi in seconda convocazione, indipendentemente dalla percentuale di capitale rappresentato; nella srl non è prevista la seconda convocazione e nell'assemblea devono essere presenti tanti soci che rappresentino almeno la metà del capitale sociale. Anche la validità delle deliberazioni prevede regole differenziate: per la SpA la deliberazione è valida con il voto favorevole della maggioranza assoluta dei presenti; per la srl con il voto favorevole dei soci che rappresentano la metà del capitale sociale.

³ La srl, infatti, è un modello intermedio e «ibrido» tra la SpA e le società di persone: vi sono alcuni elementi, come la deroga completa del principio della responsabilità patrimoniale *ex art. 2740 c.c.*, che l'avvicinano alla SpA, assieme ad altri fattori, come la flessibilità organizzativa o la personalità delle quote, che sono propri delle società di persone.

Tabella 9.1 **Sintesi delle differenze tra società per azioni e società a responsabilità limitata**

Variabile	Società per azioni	Società a responsabilità limitata
Capitale sociale	Azioni	Quote
Capitale minimo	120.000 euro	10.000 euro
Investimento capitale minimo per ASL/AO	61.200 euro	5.100 euro
Ambito applicativo	Servizi	Servizi
Gara per scelta partner privato	Si	Si

Fonte: nostra elaborazione

Meno rilevante è il ricorso alla società consortile: rispetto a un tradizionale consorzio (contratto tra imprenditori, che istituiscono un'organizzazione comune per la disciplina e lo svolgimento di determinate fasi delle rispettive imprese), si prevede la costituzione di una forma societaria, in grado di conferire all'accordo la personalità giuridica e, di conseguenza, la perfetta autonomia patrimoniale, organizzativa ed economico-finanziaria.

La società di capitali, tuttavia, presenta alcuni elementi di criticità, soprattutto in comparazione con altri possibili modelli. Rispetto, per esempio, alla fondazione di partecipazione, la società mista presenta maggiori vincoli e rigidità (cfr. *infra*).

B. COSTITUZIONE DI UNA FONDAZIONE DI PARTECIPAZIONE – La fondazione di partecipazione è un modello giuridico attraverso il quale si creano forme di collaborazione strutturata tra aziende sanitarie e imprese private, al fine di coinvolgere professionalità, risorse e competenze di natura privata nella gestione dei servizi.

L'innovatività del modello della fondazione di partecipazione consiste nella possibilità di un coinvolgimento graduale delle forze economico-sociali locali, in quanto la struttura della fondazione prevede la presenza di diverse categorie di aderenti, ciascuna con propri diritti di intervenire nella *governance* del modello.

Innanzitutto, gli enti pubblici (aziende sanitarie o enti territoriali di riferimento) possono partecipare alla fondazione di partecipazione o in qualità di fondatori e attraverso propri rappresentanti nel consiglio di amministrazione, oppure in seno all'organo interno di vigilanza (denominato organo di sorveglianza). Accanto ai soggetti di origine pubblica, all'interno della fondazione di partecipazione, è prevista la presenza di *fondatori privati* (singoli, aziende o enti finanziatori) che sono deputati a conferire sia i mezzi finanziari indispensabili per il raggiungimen-

to degli scopi prefissati, sia l'esperienza e il know-how imprenditoriale, altrettanto indispensabili per lo svolgimento delle attività della fondazione. Nella fondazione di partecipazione si possono aggiungere ai fondatori anche le figure di *aderenti* e *sostenitori*, che partecipano a pieno titolo e con diritto di voto all'assemblea di partecipazione: rientrano in tali categorie coloro che partecipano alla vita della fondazione, supportandone l'attività e impegnandosi per il raggiungimento delle sue finalità, attraverso:

- ▶ il versamento di somme di denaro *una tantum* o a cadenza periodica (generalmente si tratta di versamenti annuali);
- ▶ la prestazione di lavoro volontario;
- ▶ donazione di beni materiali o immateriali.

Inoltre, all'interno della fondazione vi è la possibilità di costituire il cosiddetto *Advisory Board*, ossia un organo composto da soggetti (nominati sia dagli enti pubblici che dai membri privati) che si distinguono per un'elevata professionalità e cultura. Proprio in virtù della levatura culturale e del profilo professionale delle persone che lo compongono, tale organo ha natura consultiva relativamente alle scelte strategiche della fondazione.

La fondazione di partecipazione è un modello molto simile alla società mista e presenta i medesimi profili di convenienza (coinvolgimento del settore privato; reperimento di risorse, competenze, know-how sul mercato; tutela del personale in servizio e applicazione del contratto di lavoro del comparto pubblico). Tuttavia, i due modelli si differenziano per alcuni aspetti significativi.

Innanzitutto, la fondazione di partecipazione presenta maggiore flessibilità organizzativa e gestionale rispetto alla società mista, non solo relativa alla minore regolamentazione prevista dal Codice civile, ma anche alla semplicità attraverso la quale è possibile integrare o allargare la base associativa⁴. In secondo luogo, la fondazione di partecipazione prevede un coinvolgimento maggiore delle componenti del territorio e della comunità di riferimento, indipendentemente dal possesso di quote o partecipazioni societarie. La previsione di organi appositamente costituiti (l'*Advisory Board*, ma anche l'assemblea di partecipazione) permette alle istituzioni del territorio di orientare l'attività della fondazione alle esigenze più generali della società, naturalmente senza condizionarne l'autonomia e l'indipendenza, e promuovere una convergenza dei soggetti che gravitano sul territorio locale.

I modelli sin qui analizzati (fondazione di partecipazione e società mista) presentano alcuni elementi di criticità.

⁴ La fondazione di partecipazione si può definire come «un patrimonio a struttura aperta e a formazione progressiva, in cui l'elemento personale e quello patrimoniale confluiscono dando vita a un unicum operativo che si caratterizza (o può caratterizzarsi) anche per una larga base associativa su cui può poggiare e a cui si lega» (Bellezza e Florian 1998).

Procedure a evidenza pubblica – Le criticità delle procedure a evidenza pubblica sono relative sia alla scelta del socio privato nella costituzione del nuovo organismo, sia all'operatività dell'organismo stesso.

Con riferimento al primo punto, nonostante la normativa non imponga una selezione attraverso gara, questa appare senz'altro preferibile⁵. La scelta del socio privato attraverso una selezione pubblica non solo garantisce il rispetto dei principi di concorrenza, trasparenza e *par condicio*, ma consente una migliore selezione della controparte privata.

Con riferimento, invece, alla nascita del nuovo soggetto istituzionale (sia esso una fondazione di partecipazione o una società di capitali mista) il ricorso a modelli misti pubblico-privato non consente il superamento delle tradizionali forme dell'appalto e delle procedure a evidenza pubblica. Secondo la normativa comunitaria, infatti, e il decreto nazionale di recepimento (direttiva 18/2004/CEE e D.lgs. 163/2006, cosiddetto Codice dei contratti), la fondazione di partecipazione e la società mista sono organismi di diritto pubblico, e quindi soggetti all'applicazione delle procedure a evidenza pubblica⁶.

Regime contrattuale del personale – Un elemento di forte criticità è legato, inoltre, al regime contrattuale del personale, in caso di creazione di una fondazione, una società o, più in generale, in caso di esternalizzazione delle attività. In linea generale, il personale dipendente al momento del trasferimento del servizio dovrebbe avere l'opportunità di scegliere il proprio regime contrattuale: trasferimento alla nuova struttura, e quindi modifica del proprio stato giuridico con scelta del rapporto privatistico; oppure, mantenimento del rapporto di lavoro di diritto pubblico.

A supporto di tale tesi anche l'art. 11 del D.lgs. 16 ottobre 2003, n. 288⁷: «1. Nelle Fondazioni di cui all'articolo 2 il rapporto di lavoro del personale ha natura privatistica. Il personale dipendente alla data di trasformazione in Fondazione mantiene, a esaurimento, il rapporto di lavoro di diritto pubblico e può optare per un contratto di diritto privato entro centottanta giorni dal decreto di trasformazione. Al personale che non opta per il rapporto di lavoro privato continua ad applicarsi la disciplina prevista dai decreti legislativi 30 dicembre 1992, n. 502, e 30

⁵ Lo stesso TAR Lombardia (sentenza 14 marzo 2003, n. 462) ha parlato di «inderogabile principio di evidenza pubblica».

⁶ Secondo la normativa, è organismo di diritto pubblico l'ente: istituito per soddisfare esigenze di interesse generale, aventi carattere non industriale o commerciale; dotato di personalità giuridica; la cui attività sia finanziata in modo maggioritario dallo Stato, dagli enti pubblici territoriali o da altri organismi di diritto pubblico oppure la cui gestione sia soggetta al controllo di questi ultimi oppure il cui organo d'amministrazione, di direzione o di vigilanza sia costituito da membri dei quali più della metà è designata dallo Stato, dagli enti pubblici territoriali o da altri organismi di diritto pubblico.

⁷ «Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3».

marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni; per detto personale nulla è innovato sul piano della contrattazione collettiva nazionale di comparto. Per il personale delle Fondazioni di cui all'articolo 2, che opta per il rapporto di lavoro privato e per quello di nuova assunzione nelle stesse Fondazioni si applicano trattamenti economici derivanti da finanziamenti pubblici non superiori a quelli previsti dai contratti pubblici della dirigenza medica e non medica e del comparto sanità». Se, invece, venisse previsto il trasferimento obbligatorio alla nuova struttura e la modifica dello stato giuridico, il personale che rifiuti il trasferimento potrebbe essere collocato in mobilità e successivamente in disponibilità.

C. COSTITUZIONE DI UN'ASSOCIAZIONE IN PARTECIPAZIONE – Il contratto di associazione in partecipazione (art. 2549 c.c.) prevede la presenza di due figure: l'associante (generalmente un'impresa privata) attribuisce all'associato (generalmente l'azienda sanitaria pubblica) una partecipazione agli utili della sua impresa (o di uno o più affari), verso il corrispettivo di un determinato apporto.

Tale contratto ha una natura associativa, in quanto vi è una comunione di interessi tra le parti. L'apporto dell'associato è finalizzato al conseguimento di uno scopo comune, finalizzazione tipica dei contratti associativi.

Le caratteristiche del contratto lo rendono particolarmente adatto nel caso di sperimentazione gestionale.

Titolarità della gestione – All'associante spetta la titolarità esclusiva dell'impresa: questi rimane l'unico soggetto che acquisisce e risponde delle obbligazioni assunte dall'impresa. I terzi acquistano diritti e assumono obblighi solo verso l'associante. Pertanto, l'associante presenta i seguenti obblighi:

- ▶ dirigere l'attività dell'impresa secondo buona fede;
- ▶ non assumere iniziative tali da mutare il rischio, valutato dall'associato all'atto della stipula del contratto;
- ▶ adempiere ai propri doveri con diligenza;
- ▶ non attribuire altre partecipazioni senza il consenso del precedente associato;
- ▶ dare inizio all'impresa, se questa non esiste, investendo l'apporto dell'associato.

Ruolo dell'associato – Al fine di poter raggiungere gli obiettivi posti dal contratto, all'associato deve essere riconosciuto un, se pur limitato, potere gestorio dell'impresa. I limiti del potere di gestione e organizzazione dell'associato rappresentano un elemento particolarmente delicato del contratto; infatti, nell'associazione in partecipazione, i contraenti non partecipano in modo paritetico alla gestione dell'impresa, che rimane unica prerogativa dell'associante. L'associato deve quindi svolgere la propria attività utilizzando il potere gestorio entro i limiti posti dal contratto stesso o dagli accordi con l'associante. Generalmente, l'apporto dell'associato consiste nel capitale mobiliare e immobiliare

(struttura ospedaliera, impianti e macchinari) e nella «titolarità» dell'esercizio dell'attività sanitaria.

Partecipazione agli utili e alle perdite dell'impresa – Un aspetto fondamentale del contratto di associazione in partecipazione è la partecipazione agli utili dell'impresa. Dal punto di vista dell'associato, il contratto in esame è un contratto oneroso e aleatorio, poiché a una prestazione certa (l'apporto) corrisponde una prestazione incerta e indeterminata (la partecipazione agli eventuali utili).

Nel caso in cui dall'attività aziendale derivi una perdita, è necessario stabilire se e in che misura l'associato se ne debba accollare una parte: in ogni caso, le perdite che colpiscono l'associato non possono superare il valore del suo apporto.

Nelle sperimentazioni gestionali effettuate, generalmente gli accordi di associazione in partecipazione prevedono che:

- ▶ l'azienda sanitaria pubblica assume il ruolo di associato, mentre soggetti privati (spesso non profit) il ruolo di associante;
- ▶ le eventuali perdite generate dalla gestione del servizio sono integralmente coperte dal soggetto privato, senza alcuna possibilità di rivalsa sull'ASL/AO. A quest'ultima viene generalmente riconosciuta una quota di utile (spesso come percentuale del risultato netto di gestione);
- ▶ al soggetto pubblico spetta il compito di supervisione dell'attività gestionale secondo criteri e indicatori concordati con l'associante; inoltre, esso supporta i soggetti privati nell'erogazione delle prestazioni, con il proprio know-how (che deriva dall'attività del proprio personale – medico e non – e dai servizi convenzionati);
- ▶ all'associato compete la nomina del responsabile della sperimentazione gestionale, individuato di comune accordo con l'associante. Costui viene affiancato dal comitato tecnico-scientifico-gestionale, in cui sono presenti le direzioni dei due enti interessati;
- ▶ il personale già operante all'interno del presidio (cfr. *supra*) viene messo a disposizione dell'associante, in misura concordata dalle parti e con le organizzazioni sindacali; la forma è generalmente quella del distacco o del comando. Pertanto, il personale dipendente dell'ASL/AO continua comunque a essere disciplinato dalla normativa dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL) del personale del SSN nonché dalle norme regolamentari adottate dall'ASL/AO stessa in ordine al rapporto di lavoro del proprio personale dipendente. Le spese relative a tale personale distaccato sono rimborsate all'ASL/AO dal soggetto privato. Inoltre, generalmente, l'associante si avvale anche di proprio personale qualificato con rapporto dipendente o di collaborazione, impiegandolo sotto la sua esclusiva responsabilità;
- ▶ la durata dell'accordo generalmente è fissata in tre anni, eventualmente rinnovabili per un ulteriore triennio; in caso di successo dell'iniziativa solitamente gli accordi prevedono la costituzione di una società mista, attraverso una procedura a evidenza pubblica.

D. CONCESSIONE DI COSTRUZIONE E GESTIONE – E. CONCESSIONE DI COSTRUZIONE E GESTIONE CON PROJECT FINANCE⁸ – Lo strumento della concessione di costruzione e gestione è legato alla costruzione e gestione di un'opera (nuova struttura sanitaria o parte di essa; edifici pubblici a supporto dell'attività sanitaria). Attraverso lo strumento della concessione, l'azienda sanitaria affida a un raggruppamento di imprese private:

- ▶ la progettazione, definitiva ed esecutiva, e la realizzazione di un'opera, attraverso risorse proprie del concessionario (capitale di rischio e capitale di debito);
- ▶ il diritto di gestirla e di sfruttarla economicamente, per un periodo sufficiente a recuperare e remunerare le risorse investite (durata della concessione).

La principale caratteristica della concessione consiste nel pieno coinvolgimento dei soggetti privati, non solo nella fase di costruzione, ma soprattutto nell'ideazione, progettazione e gestione dell'opera, in un'ottica di ripartizione dei rischi tra i soggetti in gioco.

La differenza sostanziale tra la concessione di progettazione, costruzione e gestione e la concessione con *project finance* consiste nell'assetto istituzionale del soggetto concessionario. Nell'operazione di *project finance*, l'intervento dei diversi soggetti avviene attraverso la costituzione di un veicolo societario autonomo, che permette la separazione, sotto il profilo economico, giuridico e finanziario, dell'iniziativa dai suoi promotori, evitando così la confusione di passività e attività inerenti al progetto.

Generalmente, però, le operazioni di concessione di costruzione e gestione e di *project finance* vengono effettuate al di fuori del modello di sperimentazione gestionale, in quanto la gestione del soggetto privato si limita ai servizi di supporto all'attività sanitaria e ai servizi di natura commerciale e patrimoniale (Amatucci e Lecci 2006).

F. ACCORDO DI SPONSORIZZAZIONE – Il contratto di sponsorizzazione si pone generalmente la finalità di reperire risorse finanziarie dal settore privato e di favorire l'innovazione dell'organizzazione amministrativa attraverso interventi di soggetti privati.

L'accordo di sponsorizzazione è un contratto atipico, attraverso i quali un soggetto (*sponsor*, solitamente un'impresa privata) eroga una somma di denaro o determinati beni e servizi a un altro soggetto (*sponsee*, generalmente l'azienda sanitaria), ottenendo in cambio l'impegno a rendere pubblico il suo intervento,

⁸ La concessione di costruzione e gestione è disciplinata dal nuovo Codice dei contratti pubblici, D.lgs. 163/2006, entrato in vigore dal 1° luglio 2006. Il Codice sostituisce la precedente normativa, che faceva riferimento alla legge quadro sui lavori pubblici 109/1994 (cosiddetta Legge Merloni). Nel presente capitolo, tuttavia, si riportano i riferimenti sia agli elementi essenziali della precedente normativa, sia agli articoli del nuovo Codice.

riconosciuto come decisivo per l'attività o l'investimento effettuato. In tale operazione, l'interesse principale per lo *sponsor* è legato al ritorno di immagine, mentre per l'ente che riceve la sponsorizzazione alla possibilità di ottenere un finanziamento per la realizzazione di un intervento.

La legittimazione degli enti pubblici a stipulare un contratto di sponsorizzazione è subordinata all'esistenza delle seguenti condizioni:

- ▶ il perseguimento di interessi pubblici;
- ▶ l'assenza di conflitti di interesse tra attività pubblica e privata;
- ▶ il conseguimento di una riduzione di spesa.

In generale, viene ammessa solo la sponsorizzazione passiva, in cui lo sponsor ottiene la pubblicizzazione della propria immagine attraverso l'attività della pub-

Tabella 9.2 **Schema di confronto tra i differenti modelli**

Variabile/ Modello	Società mista	Fondazione di partecipazione	Associazione in partecipazione	Concessione e project finance	Sponsorizzazione
Caratteristiche	Organizzazione imprenditoriale con personalità giuridica	Azienda non profit con personalità giuridica	Contratto di collaborazione con partecipazione agli utili dell'impresa	Operazione di realizzazione e gestione di strutture sanitarie	Contratto legato al reperimento di risorse finanziarie
Peso e ruolo soggetto privato	Sempre di minoranza; peso legato al modello (SpA; srl)	Coinvolgimento integrato con la presenza di differenti enti pubblici	Piena titolarità della gestione	Finanziatore e gestore	Non si prevede alcun intervento gestionale del soggetto privato
Rischio	Eccessiva enfasi sulla remunerazione del soggetto privato	Eccessiva ingerenza amministrazioni pubbliche e paralisi di gestione	Debolezza ruolo dell'ASL/AO Incertezza sulla partecipazione agli utili	Eccessivo peso del soggetto privato	Legato eventualmente a cattiva reputazione del soggetto privato
Convenienza	Acquisizione risorse finanziarie e tecnologiche; competenze; managerialità	Flessibilità organizzativa e gestionale	Partecipazione attiva delle imprese private Potere gestorio nell'attività sanitaria	Realizzazione investimenti senza pesare sull'indebitamento proprio dell'ASL/AO	Ottenimento di risorse finanziarie
Criticità	Forti vincoli e rigidità derivanti dall'inquadramento normativo; regime contrattuale del personale; scelta partner privato	Regime contrattuale del personale; scelta partner privato	Basso controllo ASL/AO	Costo dell'operazione superiore all'opzione diretta Basso controllo sui rischi dell'operazione	Verifica di assenza di conflitti di interesse in capo al soggetto privato

Fonte: nostra elaborazione

blica amministrazione. Lo sponsor, quindi, paga per questo un corrispettivo, ovvero concorre alle spese dell'iniziativa pubblica. Il contratto di sponsorizzazione, inoltre, non è assoggettabile alla disciplina, comunitaria e nazionale, sugli appalti pubblici, in quanto non è catalogabile come un contratto passivo, bensì comporta un vantaggio economico e patrimoniale direttamente quantificabile per la pubblica amministrazione mediante una riduzione di spesa⁹.

9.3 Domanda di ricerca e metodologia di analisi

Rispetto al quadro fin qui presentato, il presente paragrafo si pone la finalità di definire, anche in virtù dei contributi sul tema in letteratura nazionale e internazionale, lo specifico oggetto di analisi e la metodologia di ricerca

In generale, il tema delle collaborazioni pubblico privato in sanità è stato oggetto di una crescente analisi da parte degli studi di economia aziendale, a seguito soprattutto dei processi di riforma e di aziendalizzazione del settore pubblico attuati a partire dagli anni Novanta.

Lo studio delle PPP nelle teorie aziendali si è concentrato su due distinti oggetti d'indagine: le singole entità che formano la partnership – prospettiva contrattualistica – ovvero la PPP nella sua unitarietà – prospettiva istituzionale.

A prescindere dal profilo adottato, tuttavia, la disciplina concorda nell'evidenziare la sussistenza di diversi elementi che consentono di qualificare le PPP in termini aziendali – quali la stabilità della collaborazione, la definizione di una *vision* comune, l'esigenza di coordinamento e l'autonomia gestionale e organizzativa della nuova entità (Cuccurullo 2005). Le partnership, in particolare, possono essere pensate come raggruppamenti di unità aziendali in cui coesistono, seppur con un diverso grado di integrazione e di influenza, combinazioni di processi produttivi, erogativi e di consumo.

In Italia, un primo importante contributo all'inquadramento delle collaborazioni pubblico privato in sanità è stato fornito dagli studi sui network interaziendali¹⁰ nel settore pubblico (Borgonovi 2000; Lega 2001 e 2002; Longo 2005; Meneguzzo 1996 e 2000).

Combinando la letteratura italiana e quella internazionale sul tema, emergono diverse dimensioni di ricerca (Cuccurullo 2005):

- analisi di tipo strategico, volte a indagare le motivazioni della creazione di

⁹ Sul tema si è così espressa anche l'Autorità di Vigilanza sui Lavori Pubblici, con Determinazione 5 dicembre 2001, n. 24.

¹⁰ I network interaziendali sono definiti come forme organizzative e strumenti strategici finalizzati all'acquisizione di vantaggi competitivi, di economie di scala e di scopo, all'accesso all'innovazione tecnologica, alla condivisione di rischi tra partner e, specificatamente in ambito pubblico, a conseguire obiettivi di innovazione gestionale, produttiva, organizzativa e finanziaria (Tommasetti 2005).

reti interaziendali, quali il miglioramento della capacità competitiva (Kogut 1988), l'efficientamento della struttura tramite la riduzione del numero e costo delle transazioni (Hennart 1988) e, da ultimo, l'apprendimento organizzativo (Hamel 1991);

- ▶ analisi di tipo organizzativo, focalizzate sullo studio delle formule istituzionali applicabili, sui rischi e opportunità inerenti alle possibili strutture di *governance* (Meneguzzo 1996);
- ▶ analisi di tipo economico, volte a valutare l'efficacia dei network attraverso l'identificazione dei fattori chiave che influiscono sulla performance degli stessi (Koh e Venkatraman 1991);
- ▶ analisi di tipo sociale, che considerano l'influenza del contesto – in termini di elementi strutturali, conoscitivi, istituzionali e culturali – sul comportamento delle reti (Granovetter 1998; Lomi 1991).

A partire dal questo quadro, due diversi studi hanno approfondito in maniera particolare l'analisi sulle collaborazioni tra pubblico e privato nel settore sanitario: il primo, muovendo dall'identificazione delle variabili caratterizzanti le attività sanitarie tipiche, identifica l'ambito di potenziale applicabilità delle collaborazioni (Girishankar 1999; Preker *et al.* 2000); il secondo, invece, propone una tassonomia dei possibili rapporti di partnership sulla base dei meccanismi di *governance* attuabili al loro interno (Cuccurullo 2005).

Nello specifico, il primo modello di analisi, teorizzato da Girishankar e da Preker, è volto a evidenziare le variabili economiche influenti sul processo decisionale di erogazione dei servizi sanitari; l'innovatività dell'approccio risiede in particolare nello spostamento del focus dalle *consumption characteristics* – primariamente escludibilità e rivalità – della tradizionale prospettiva di economia pubblica, alle caratteristiche proprie del bene – *good characteristics* – e del contesto istituzionale di riferimento – *country characteristics*.

Sulla base delle caratteristiche del bene, dunque, è possibile giungere a una categorizzazione dei servizi correlati al settore sanitario secondo la cosiddetta «matrice di contendibilità e misurabilità» (Preker *et al.* 2000), che dimostra come, di fatto la maggior parte dei servizi e delle attività sanitarie soffra di problemi legati primariamente alla difficoltà di misurazione dei risultati e degli impatti (Preker *et al.* 2000).

Al di là di alcune tipologie di servizi, che fanno in modo particolare riferimento al mercato dei fattori (per esempio forniture mediche, produzione di servizi di elevata tecnologia), la capacità di porre in essere specifiche e puntuali misure di output è piuttosto limitata. Per esempio, nonostante le procedure diagnostiche di routine (si pensi ai test di laboratorio) possano essere altamente contendibili, il monitoraggio della performance in termini di efficacia e qualità delle attività intraprese può risultare più difficoltoso. Inoltre, l'attività clinica e ambulatoriale core è poi caratterizzata anche da un elevato grado di asimmetria informativa. Queste considerazioni portano a escludere dalle forme di collabo-

razioni pubblico-privato le aree di attività per le quali non sia possibile attivare una misurazione della performance.

Il secondo modello di analisi (Cuccurullo 2005) imposta la tassonomia in funzione di un ulteriore profilo di analisi, ovvero i meccanismi di *governance* attivabili nella collaborazione stessa. La classificazione è così operata in base all'intensità e pervasività della coesione interna alla PPP, la quale implica un diverso grado di integrazione dei soggetti e pertanto l'esigenza più o meno estesa di direzione e coordinamento.

Si vengono a individuare in particolar modo tre tipologie di partnership:

- ▶ le *collaborazioni informali*¹¹ si caratterizzano solitamente per il basso livello di strutturazione, il ruolo prevalente esercitato dal soggetto pubblico, la specificità delle transazioni e il forte radicamento nel contesto territoriale di riferimento;
- ▶ le *collaborazioni contrattuali*¹² si basano sulla stipula di contratti duraturi con soggetti selezionati – solitamente in base alla capacità di fornire servizi con modalità più efficienti rispetto alla gestione diretta – al fine di ottenere benefici di ordine strategico-organizzativo, economico o operativo, quali: concentrazione sull'attività core, contenimento dei costi operativi, maggiore flessibilità del rapporto con i fornitori;
- ▶ le *collaborazioni formali* si caratterizzano invece per la costituzione di specifiche formule organizzative – quali società miste, fondazioni, associazioni in partecipazione – rette pertanto da meccanismi di *corporate governance* in senso compiuto¹³.

La Tab. 9.3 riporta in maniera schematica i tratti principali delle diverse configurazioni organizzative.

A partire dalla classificazione riportata in Tab. 9.3, l'oggetto di indagine del presente contributo è rappresentato dalle forme di partenariato pubblico privato che si configurano come collaborazioni formali e hanno come oggetto specifico la gestione ed erogazione di servizi sanitari.

Non costituiscono pertanto oggetto di analisi le forme e gli strumenti di colla-

¹¹ Esempi tipici sono le configurazioni *hub & spokes*, le «reti non pianificate» per l'attività assistenziale, le reti telematiche con i medici di medicina generale o l'esperienza degli ospedali di comunità.

¹² Rientrano in questa categoria l'esternalizzazione di servizi, il *global service*, la concessione di costruzione e gestione e le convenzioni.

¹³ Le tre tipologie si fondano difatti su meccanismi di *governance* differenti: le PPP informali privilegiano meccanismi relazionali e sociali, volti a rafforzare il coordinamento tramite valori condivisi, fiducia, complementarità e risoluzione dei conflitti; le PPP contrattuali necessitano invece di incentivi e sanzioni specifici che incentivino la collaborazione sulla base della misurazione dell'outcome; le PPP formali invece di un sistema strutturato di direzione e il controllo aziendale (Cuccurullo 2005).

Tabella 9.3 **Tassonomia PPP in sanità sulla base dei profili di governance**

	Collaborazioni informali	Collaborazioni contrattuali	Collaborazioni formali
Scelta del partner	Locali	Efficienti	Con competenze distintive
Livello di progettualità	Bassa	Funzionale	Globale
Modalità di relazione	Continua, variabile, asimmetrica	Programmata e contrattuale	Continua e incrementale
Orizzonte temporale	Breve periodo	Medio-lungo periodo	Lungo periodo
Modalità di influenza	Leadership del partner pubblico	Contratto	Capacità strategica di un partner
Potere tra le parti	Riconoscimento importanza terzi	Equilibrato contrattualmente	Alleanza formalizzata
Risultati potenziali	Flessibilità quantitativa	Efficienza/Flessibilità	Innovazione/Vantaggio competitivo
Tipologia di governance	Governance relazionale e sociale	Governance contrattuale	Corporate governance

Fonte: Cuccurullo (2005)

borazione – quali il *project finance* – che coinvolgono il privato nell'erogazione di servizi ausiliari connessi al patrimonio (per esempio costruzione o riqualificazione di divisioni o ospedali), al processo produttivo (per esempio attività gestionale interna all'amministrazione) ovvero ai servizi di supporto all'assistenza sanitaria (per esempio pulizie, lavanderia, ristorazione).

Dal punto di vista metodologico, l'analisi prende l'avvio dall'indagine realizzata dall'ASSR (2002) e amplia la mappatura attraverso un processo che ha fatto riferimento a:

- ▶ analisi dei siti Internet regionali e aziendali;
- ▶ analisi della rassegna stampa;
- ▶ effettuazione di interviste telefoniche a interlocutori regionali e aziendali, in cui sono state attinte direttamente le informazioni presso le unità che costituiscono il campo d'osservazione.

Il processo di aggiornamento della mappatura si è presentato particolarmente critico, a causa dell'estrema confusione rispetto a cosa costituisca una «sperimentazione gestionale» e in virtù del fatto che le regioni prima e le aziende sanitarie poi si sono mosse in maniera profondamente differente, generando elevati livelli di eterogeneità, difficilmente rappresentabili.

Una volta ricostruito il quadro della diffusione delle sperimentazioni gestionali oggetto di indagine (cfr. *infra*), è stato condotto uno studio di casi per analizzare in termini più approfonditi delle esperienze concrete e rappresentare le caratteristiche e gli effetti delle operazioni in questione.

Nello specifico, si è scelto di procedere all'analisi di casi multipli, nella formulazione prospettata da Eisenhardt (1989) e Yin (1994). La ricerca effettuata attraverso lo studio dei casi agevola la connessione tra teoria ed evidenza empirica ed è utilizzata sia per la difficoltà di delimitazione tra il fenomeno esplorato e il contesto entro cui lo stesso si evolve, sia per la molteplicità di dati e fonti informative disponibili (Yin 1994).

L'identificazione dei casi ha, dunque, seguito come criterio principale la diversità e tipicità dell'ambito oggetto di collaborazione pubblico privato, che ha portato a scegliere come oggetto di studio 2 casi:

- ▶ partenariato formale avente a oggetto l'erogazione di servizi clinici e ausiliari a favore di diverse strutture sanitarie ubicate nel comprensorio territoriale della provincia di Cuneo (Piemonte);
- ▶ partenariato formale per la gestione di un nuovo ospedale distrettuale, a seguito della fusione di una struttura pubblica e di una casa di cura privata precedentemente operanti nell'area di Sassuolo (Emilia Romagna).

9.4 Il quadro della diffusione

Come ricordato nel par. 9.2, nel contesto nazionale la possibilità di introdurre forme di collaborazione tra soggetti pubblici e privati, con particolare riferimento alla gestione dei servizi diretti alla persona, è ricondotta primariamente alla disciplina delle sperimentazioni gestionali.

Sebbene non sia ancora possibile fornire, a oggi, una definizione formale della sperimentazione quale istituto giuridico, il legislatore nazionale ha delineato un quadro normativo di rilievo all'interno del quale dottrina e giurisprudenza hanno contribuito ad alimentare il dibattito sul tema (Anselmi 1997; Bartoloni 2003; Bensa e Pellegrini 2002; Dugato 1998; Fiorentini 2000; Vivone 2005; ASSR 2002). Ma, se in tema di sperimentazioni gestionali si è molto discusso dal punto di vista teorico, dal punto di vista empirico esistono ancora poche analisi e ricognizioni a livello nazionale e regionale.

Il maggiore contributo allo studio delle evidenze empiriche di collaborazioni pubblico privato implementate a oggi nel settore sanitario italiano è stato fornito dall'ASSR. L'indagine conoscitiva condotta nel corso del 2002 ha analizzato in particolare tre diversi ambiti di intervento:

- ▶ forme innovative di collaborazione tra soggetti pubblici e privati per lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute;
- ▶ forme innovative di collaborazione tra soggetti pubblici e privati non per compiti diretti di tutela della salute o altre forme organizzative liberamente promosse dalle aziende;

- forme innovative promosse dal ministero della Salute con il finanziamento di progetti di ricerca su modelli organizzativi e gestionali innovativi.

A partire dalla base dati raccolta nel rapporto ASSR (Bensa e Pellegrini 2002), aggiornata con ulteriori fonti dirette e scremata in funzione dell'oggetto di studio, si è voluta ricostruire nelle seguenti pagine una sintesi delle principali evidenze attuate sul territorio nazionale.

Rispetto alla totalità delle iniziative già avviate o in corso di avvio, si è scelto di focalizzare l'attenzione sulle partnership formali, che impattano su servizi sanitari essenziali (degenza ordinaria e day hospital) e diagnostici, dove sia prevista la presenza di soggetti privati (quindi sono state escluse le sperimentazioni che hanno coinvolto solo soggetti pubblici) e laddove l'apporto del soggetto privato non sia stato solo di natura economico-finanziaria ma anche (o esclusivamente) di natura gestionale.

Con questi presupposti è possibile individuare 65 esperienze di PPP, che sono riassunte nella Tab. 9.4.

Tabella 9.4 Mappatura delle sperimentazioni (partnership formali pubblico-privato aventi a oggetto servizi sanitari)

Struttura pubblica promotrice	Regione	Modello adottato	Oggetto sperimentazione
ASO Santa Croce e Carle di Cuneo	Piemonte	Società mista	AMOS SpA
ASL 1 Torino	Piemonte	Società mista	Gestione e valorizzazione strutturale del PO oftalmico
ASL 14 VCO	Piemonte	Società mista	Polo ortopedico per le attività specialistiche nella struttura «Madonna del Popolo di Omegna»
AO Chiari (PO Palazzolo sull'Oglio)	Lombardia	Concessione di costruzione e gestione	Riconversione del PO Palazzolo sull'Oglio ad attività socio assistenziali, orientate alla geriatria e ampliamento della gamma di servizi
AO Sondalo	Lombardia	Concessione di costruzione e gestione e contratto di finanziamento	Progetto «Realizzazione di un centro riabilitativo presso l'AO E. Morelli di Sondalo»
AO S. Paolo Milano	Lombardia	Società mista	Progetto «Dental Building»
AO Chiari (PO Rovato)	Lombardia	Concessione in gestione	Progetto per la realizzazione del presidio ospedaliero di riabilitazione postacuta «Nuovo ospedale» di Rovato.
AO Bolognini di Seriate (PO Sarnico)	Lombardia	Associazione in partecipazione	Progetto per il potenziamento, riorganizzazione e rilancio dell'ospedale civile «Faccanoni» di Sarnico, con la realizzazione di un centro di riabilitazione polifunzionale multizonale
AO Bolognini di Seriate (PO Trescore Balneario)	Lombardia	Società mista	Ristrutturazione e riorganizzazione dell'Ospedale di Trescore Balneario dell'AO «Bolognini»
AO Carlo Poma di Mantova (PO Suzzara)	Lombardia	Fondazione di partecipazione	Riorganizzazione del PO e adeguamento della struttura esistente agli standard di accreditamento

Tabella 9.4 (segue)

Struttura pubblica promotrice	Regione	Modello adottato	Oggetto sperimentazione
AO Carlo Poma di Mantova (PO Volta Mantovana)	Lombardia	Concessione di costruzione e gestione	Riconversione del PO per acuti in centro di lungodegenza e riabilitazione neuromotoria
AO Carlo Poma di Mantova (PO Castiglione delle Stiviere)	Lombardia	Fondazione di partecipazione	Riqualificazione e adeguamento del PO di Castiglione
AO S. Carlo	Lombardia	Associazione in partecipazione	«Centro Cyber Knife» in associazione di partecipazione con l'IRCCS Besta e il CDI per il trattamento radiochirurgico stereotassico non invasivo delle lesioni neoplastiche e patologie funzionali cerebrali
AO Desenzano	Lombardia	Associazione in partecipazione	Progetto inerente la riqualificazione dell'offerta riabilitativa dell'Alto Garda e Valsabbia
AO Bolognini di Seriate	Lombardia	Associazione in partecipazione	Progetto di potenziamento e gestione dei servizi di nefrologia e dialisi dell'AO Bolognini
AO Desenzano	Lombardia	Associazione in partecipazione	Attivazione di una comunità protetta per pazienti psichiatrici nel Comune di Ponteviso
AO Bolognini di Seriate	Lombardia	Associazione in partecipazione	Creazione e gestione di un centro per la cura dei malati di Alzheimer presso il PO «Briolini» di Gazzaniga
AO San Gerardo di Monza	Lombardia	Fondazione di partecipazione	Attivazione della fondazione «Monza per il bambino e la sua mamma».
IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia	Lombardia	Associazione in partecipazione	Attivazione di un centro di riabilitazione termale presso le terme di Salice SpA (PV)
AO Desenzano (PO Lano)	Lombardia	Associazione in partecipazione	Riqualificazione del percorso riabilitativo nella bassa bresciana
AO di Melegnano (PO Cernusco)	Lombardia	Associazione in partecipazione	Progetto dell'Ospedale di Circolo di Melegnano per l'organizzazione e la gestione delle attività di riabilitazione generale e geriatria presso l'ospedale «Uboldo» di Cernusco sul Naviglio.
ASL Bolzano	Bolzano	Società mista	Potenziamento strutture radioterapia
Azienda sanitaria della provincia di Bolzano	PA Bolzano	Società mista	Creazione di un centro di riabilitazione di III livello presso l'Ospedale di Vipiteno nel comprensorio sanitario di Bressanone
ASL 1 Belluno	Veneto	Fondazione	Fondazione «Humanitas Belluno ONLUS» per la gestione servizi nell'area anziani
ASL 1 Belluno	Veneto	Società mista	Istituto Codivilla Putti
ASL 22 Bussolengo	Veneto	Società mista	Gestione PO Malcesine sul Garda (VR)
ASL 14 Chioggia	Veneto	Società mista	Cittadella socio-sanitaria multifunzionale di riabilitazione
ASL 18 Rovigo	Veneto	Società mista	International Cancer Center (società pubblica-ONLUS)
ASL 9 Treviso	Veneto	Società mista	Gestione Ospedale Motta di Livenza ad alta specializzazione per riabilitazione funzionale
AO Santa Maria Misericordia di Udine	Friuli Venezia Giulia	Società mista	Realizzazione e gestione del servizio di CT PET e connessa produzione dei radiofarmaci con ciclotrone

Tabella 9.4 (segue)

Struttura pubblica promotrice	Regione	Modello adottato	Oggetto sperimentazione
Ospedale Classificato Evangelico Internazionale di Genova	Liguria	Società mista	Potenziamento attività di oculistica con stipula di contratto con società di professionisti per le relative prestazioni
Ospedale Classificato Galliera di Genova	Liguria	Convenzioni	Valorizzazione del laboratorio ospedaliero di genetica
ASL 1 La Spezia	Liguria	Società mista	Gestione servizi assistenziali
ASL Modena	Emilia Romagna	Società mista	Nuovo Ospedale di Sassuolo SpA
ASL Reggio Emilia	Emilia Romagna	Stipula accordi	Accordo siglato tra ASL, AO universitaria di Parma, AO Santa Maria Nuova e Salus Hospital per offerta prestazioni cardiocirurgiche
ASL Forlì	Emilia Romagna	Società mista	Istituto scientifico per lo studio e la cura dei tumori (IRST srl)
ASL Imola	Emilia Romagna	Società mista	Montecatone Rehabilitation Institute (MRI SpA)
ASL Ravenna	Emilia Romagna	Stipula convenzioni	Realizzazione e gestione integrata di un centro di dialisi e assistenza limitata presso la casa di cura Domus Nova di Ravenna
ASL 8 Arezzo	Toscana	Società mista	Gestione e sviluppo dell'attività di riabilitazione nella zona di Valdarno
ASL 8 Arezzo	Toscana	Global service	Attivazione di una nuova RSA con 40 posti letto residenziali
AO Anna Meyer di Firenze	Toscana	Fondazione	Supporto alla realizzazione dell'ospedale pediatrico Meyer di Firenze
ASL 6 Livorno	Toscana	Società mista	Conduzione officina ortoprotesica
ASL 5 Pisa	Toscana	Società mista	Creazione Auxilium Vitae Volterra SpA, centro clinico multispecialistico a indirizzo riabilitativo
AO Siena	Toscana	Società consortile	Centro scienze neurologiche
ASL 10 Firenze	Toscana	Società mista	Centro oculistico di alta specializzazione
ASL 1 Massa e Carrara	Toscana	Società mista	Polo eccellenza di riabilitazione neurologica, neuromotoria e cardiorespiratoria
AO Pisa	Toscana	Società mista	Istituto genetica molecolare per indagini specialistiche di biologia molecolare
AO di Perugia	Umbria	Società mista	Realizzazione e gestione Centro di ortopedia presso il polo ospedaliero di Perugia
ASL 1 Perugia	Umbria	Società mista	Clinica di riabilitazione Prosperius Tiberino
ASL 2 Urbino	Marche	Società mista	Progetto di sperimentazione presso la sede ospedaliera di Sassocorvaro
ASL 7 Ancona	Marche	Convenzioni	Erogazione prestazioni socio-sanitarie in convenzione con due partner privati (Anni Azzurri del Conero e Abitare Tempo)
ASL 2 Urbino	Marche	Società mista	RSR intensiva ospedaliera ed estensiva ambulatoriale c/o ospedale A. Celli di Cagli
ASL 9 Macerata	Marche	Convenzioni	Esternalizzazione diagnostica PET e laboratorio di emodinamica

Tabella 9.4 (segue)

Struttura pubblica promotrice	Regione	Modello adottato	Oggetto sperimentazione
ASL Roma D	Lazio	Società mista	Health Care Litorale SpA per l'erogazione di servizi di assistenza domiciliare nel territorio delle ASL RM D e F
ASL Roma D	Lazio	Società mista	ICC Integrated Country Care – Paziente e ambiente
ASL Roma G	Lazio	Società mista	Valmontone Hospital SpA
ASL Roma B	Lazio	Società mista	Policlinico Casilino SpA
ASL 1 Benevento	Campania	Società mista	Creazione e gestione di una struttura pubblica riabilitativa qualificata
ASL 3 Salerno	Campania	Società mista	Centri di radioterapia-radiochirurgia stereotassica «Calzoni Radiosurgery Center Acropoli»
ASL 1 Caserta	Campania	Società mista	Progetto sperimentale di day surgery
ASL Brindisi	Puglia	Società consortile	Istituto Scientifico Biomedico Euromediterraneo
AO Ospedale oncologico regionale di Rionero in Vulture	Basilicata	Società mista	Gestione servizi prevenzione, ricerca, ricovero, cura e riabilitazione in campo oncologico dell'Ospedale oncologico di Rionero in Vulture in collaborazione con l'Istituto Tumori di Milano
AUSL 6	Sicilia	Fondazione	Fondazione San Raffaele-San Giglio di Cefalù per la gestione del presidio ospedaliero pubblico «Giuseppe Giglio» di Cefalù
ISMETT	Sicilia	Società mista	Creazione e gestione Istituto Mediterraneo per i trapianti in partnership tra ARNAS Civico, AO Cervello e il Centro medico dell'Università di Pittsburgh
Azienda USL 7 di Carbonia	Sardegna	Società mista	Insieme Servizi RSA SpA per la riqualificazione delle strutture ospedaliere impropriamente utilizzate e la realizzazione di una rete di servizi socio-assistenziali attualmente carenti

Fonte: nostra elaborazione

Dai dati riportati si evince come quasi tutte le regioni (fanno eccezione solo Valle D'Aosta, provincia autonoma di Trento, Abruzzo, Molise e Calabria) abbiano condotto esperienze di sperimentazioni gestionali intese come collaborazioni formali pubblico-privato aventi a oggetto servizi sanitari e socio-sanitari.

Tuttavia, il numero di queste iniziative varia sensibilmente tra le regioni (Tab. 9.5): la Lombardia si configura come regione più attiva su questo fronte, rappresentando, da sola, quasi il 30 per cento del totale complessivo delle esperienze analizzate. In linea di massima, le iniziative censite si concentrano prevalentemente al Centro-Nord (nelle regioni di dimensioni medio-grandi) mentre in 4 regioni si registra una sola sperimentazione con le caratteristiche identificate nel par. 9.2.

Tabella 9.5 La distribuzione regionale delle esperienze analizzate

	Totale	Percentuale	Numero per 100.000 abitanti
Lombardia	18	27,7%	0,19
Toscana	9	13,8%	0,25
Veneto	6	9,2%	0,13
Emilia Romagna	5	7,7%	0,12
Lazio	4	6,2%	0,08
Marche	4	6,2%	0,26
Campania	3	4,6%	0,05
Liguria	3	4,6%	0,19

Fonte: nostra elaborazione

Tabella 9.6 La distribuzione per modello adottato delle esperienze analizzate

Modello adottato	Totale	Percentuale
Società mista	38	58,5%
Associazione in partecipazione	9	13,8%
Convenzioni	3	4,6%
Fondazione	3	4,6%
Fondazione di partecipazione	3	4,6%
Concessione di costruzione e gestione	2	3,1%
Società consortile	2	3,1%
Concessione di costruzione e gestione e contratto di finanziamento	1	1,5%
Concessione in gestione	1	1,5%
Global service	1	1,5%
Stipula accordi	1	1,5%
Stipula convenzioni	1	1,5%
Totale complessivo	65	100,0%

Fonte: nostra elaborazione

Inoltre, se si vanno a guardare le formule societarie/contrattuali utilizzate (Tab. 9.6), emerge che:

- la formula istituzionale preferita prevede la creazione di una società di capitali mista pubblico-privato;

Tabella 9.7 La distribuzione per regione del modello adottato nelle esperienze analizzate

	Società mista	Associazione in partecipazione	Convenzioni	Fondazione di partecipazione	Fondazione di costruzione e gestione	Società consortile	Concessione di costruzione e gestione e contratto di finanziamento	Concessione in gestione	Global service	Stipula accordi	Stipula convenzioni	Totale
Piemonte	3											3
Lombardia	2	9		3	2		1	1				18
Bolzano	2											2
Veneto	5			1								6
Friuli V.G.	1											1
Liguria	2		1									3
Emilia R.	3								1	1		5
Toscana	6			1		1			1			9
Umbria	2											2
Marche	2		2									4
Lazio	4											4
Campania	3											3
Puglia						1						1
Basilicata	1											1
Sicilia	1			1								2
Sardegna	1											1
Totale	38	9	3	3	2	2	1	1	1	1	1	65

Fonte: nostra elaborazione

- ▶ le forme che prevedono la creazione di un nuovo soggetto giuridico (società mista, associazione in partecipazione, fondazione, fondazione di partecipazione, società consortile) rappresentano l'87,7 per cento delle esperienze analizzate, a indicare che nel momento in cui il soggetto pubblico decide di coinvolgere un soggetto privato per la gestione dei servizi *core*, si dota di un assetto istituzionale stabile e controllabile, in grado di limitare le asimmetrie informative derivanti dalla stipula di contratti o convenzioni, rispetto ai quali il flusso informativo disponibile deriva, di fatto, solo dalla valutazione dell'attività svolta dal soggetto privato;
- ▶ esistono numerose alternative, spesso dalle caratteristiche e dai contorni non chiaramente definiti, per avviare sperimentazioni di questo tipo. Questa varietà costituisce un'opportunità per i soggetti coinvolti, che avranno la facoltà di scegliere di volta in volta il modello più appropriato; definisce però uno scenario di tale variabilità da rendere difficile qualunque valutazione rispetto all'opportunità concreta di scegliere un modello piuttosto che un altro.

Se si guarda, infine, alle formule gestionali adottate a livello regionale (Tab. 9.7, *supra*), si può notare come tutte le regioni, tra quelle che fanno registrare più di una sperimentazione (a eccezione di Lazio, Campania e Piemonte), hanno deciso di non concentrarsi su un solo modello istituzionale, riservandosi, dunque, la facoltà di individuare, di volta in volta, l'alternativa più appropriata in relazione agli assetti che si vogliono preservare e alla tipologia di finalità che si intende perseguire.

9.5 Analisi di casi

9.5.1 AMOS

ORIGINI E AVVIO DELLA SPERIMENTAZIONE – AMOS SpA, Azienda Multiservizi Ospedalieri Sanitari di Cuneo, è una società mista a prevalente capitale pubblico che gestisce una molteplicità di servizi, tanto di carattere sanitario che non. Il progetto, promosso inizialmente dall'allora direttore generale dell'ASO Santa Croce e Carle di Cuneo, fu discusso nel giugno 2003 in sede di Conferenza di Quadrante¹⁴, generando un ampio dibattito all'interno della comunità locale¹⁵.

¹⁴ La Conferenza di Quadrante rappresenta l'organo cui la Regione Piemonte ha attribuito specifici compiti programmatori locali in materia sanitaria; a essa partecipano i direttori generali delle aziende che ne fanno parte (ASL 15 di Cuneo, ASL 16 di Mondovì-Ceva, ASL 17 di Savigliano-Saluzzo-Fossano, ASL18 di Alba-Bra e ASO Santa Croce e Carle di Cuneo), i presidenti delle Conferenze dei sindaci dei comuni interessati, il presidente dell'amministrazione provinciale e i rappresentanti delle organizzazioni sindacali confederali.

¹⁵ Si registrarono difatti posizioni trasversali a tutto l'arco politico. Alcuni esponenti consideravano la sperimentazione come un utile strumento per garantire un aumento dell'efficienza del sistema attraverso il mantenimento del controllo pubblico, paventando tuttavia il rischio di privatizzazione del sistema sanitario stesso. Altre posizioni leggevano nel progetto un'importante occasione di liberalizzazione del settore, individuando tuttavia nella presenza del socio pubblico un possibile

La proposta, riesaminata sulla base delle indicazioni emerse a seguito del confronto tra gli *stakeholder* del progetto¹⁶, fu autorizzata dalla Giunta regionale il 1° agosto 2003¹⁷. L'azienda è stata formalmente costituita il 4 ottobre 2004. Le motivazioni che hanno indotto le aziende sanitarie alla collaborazione con soggetti privati con la costituzione di una società mista possono essere ricondotte:

- ▶ al miglioramento nella gestione delle attività sanitarie e dei servizi di supporto grazie alla razionalizzazione e all'accentramento degli stessi a livello sovraziendale;
- ▶ alla maggiore flessibilità nella gestione, tramite il ricorso a procedure di tipo privatistico per l'acquisizione dei fattori produttivi, l'applicazione delle normative civilistiche in luogo di quelle amministrative e l'introduzione di modalità maggiormente efficienti nella gestione del personale;
- ▶ alla possibilità di ricorso al mercato dei capitali per il finanziamento degli investimenti, senza i vincoli all'indebitamento cui sono sottoposte le aziende sanitarie, con ricadute positive in termini di innovazione e avanzamento tecnologico.

IL MODELLO DI GOVERNANCE – La maggioranza delle azioni di AMOS è in capo all'azionariato pubblico, con oltre il 70 per cento. I soci pubblici sono tutte le aziende del Quadrante di Cuneo (ASO Santa Croce e Carle di Cuneo, ASL di Cuneo, ASL di Mondovì-Ceva, ASL di Savigliano-Saluzzo-Fossano e ASL di Alba-Bra). Nel 2006 si è avuto l'ingresso dell'ASL di Asti; con essa, la società ha, da un lato, seguito gli orientamenti della Regione Piemonte sulla necessità di promuovere una più marcata vocazione pubblica della compagine azionaria e, dall'altro, si è proposta per la prima volta come azienda di servizi a livello regionale, non più limitata quindi alla sola provincia di Cuneo. Gli azionisti privati, identificati a seguito dell'espletamento di una gara a evidenza pubblica, sono classificabili in due tipologie:

- ▶ soci istituzionali/finanziari¹⁸, che hanno partecipato spinti dalla ricerca di una più estesa visibilità locale, ritenendo strategico prendere parte a un'iniziativa che coinvolgeva il territorio di radicamento della propria attività;
- ▶ soci industriali operanti sia in settori diversi da quello sanitario¹⁹ (gestione di

ostacolo al raggiungimento pieno di obiettivi di maggiore efficienza nella gestione dei servizi che un sistema di libero mercato avrebbe garantito.

¹⁶ In particolare, la proposta definì in maniera più precisa l'oggetto sociale della costituenda società, confermando il vincolo stringente del mantenimento della maggioranza delle azioni in mano pubblica e del coinvolgimento di tutte le aziende sanitarie del Quadrante; fu inoltre ribadita la necessità di ricorrere a una procedura a evidenza pubblica per la scelta dei soci privati e assicurato il mantenimento dello status di dipendente pubblico – in termini sia normativi sia retributivi – al personale delle ASL trasferito alla società.

¹⁷ D.G.R. 27-10194/2003.

¹⁸ Si tratta dell'Idrocentro SpA, della Riccobono SpA e della Fincos SpA.

¹⁹ Si tratta della Markas Service srl (azienda alberghiera), della G.P.I. srl (servizi amministrativi e informatici) e della H.C. Hospital Consulting (gestione e manutenzione beni).

servizi alberghieri, amministrativi e informatici, gestione e manutenzione di beni immobili), che nel settore sanitario²⁰. Tali aziende hanno invece compiuto la propria scelta sulla base di motivazioni di convenienza strategica, considerato il costo relativamente contenuto della partecipazione e confidando nelle prospettive di crescita della società. Inoltre alcuni hanno prevalentemente finalizzato la partecipazione azionaria nel nuovo soggetto istituzionale all'ottenimento del conferimento diretto dei servizi da parte della committenza pubblica, evitando in tal modo le procedure a evidenza e generando pertanto significativi effetti positivi in termini di incremento di attività e di quote di mercato. Tuttavia le modalità di gestione della società, caratterizzate da una netta separazione tra la sfera proprietaria e quella gestionale, hanno consentito di evitare possibili strumentalizzazioni di AMOS (cfr. *infra*).

Il capitale sociale è rappresentato da 1,2 milioni di azioni del valore nominale di un euro ciascuna²¹. È consentita la trasferibilità sia di quelle a titolarità pubblica che privata; per queste ultime è tuttavia prevista una ferma disciplina²² e permane in ogni caso il vincolo al mantenimento della maggioranza del capitale sociale in mano pubblica²³. Per quanto attiene i conferimenti, i soci privati si sono impegnati, in sede di costituzione della società, a versare la somma di 1.592.000 euro a titolo di sovrapprezzo per l'emissione. La parte pubblica, al contrario, ha contribuito tramite conferimenti in natura (come gli impianti di cucina nel caso dell'ASO Santa Croce e Carle).

L'assetto azionario così creatosi ha richiesto la definizione di un puntuale sistema di bilanciamento dei poteri e delle nomine degli organi sociali e di controllo. Tale sistema ha dovuto, difatti, equilibrare due esigenze contrapposte e complementari: da un lato, la volontà di assicurare l'indirizzo e la vocazione pubblica di AMOS; dall'altro, la necessità di prevedere meccanismi di salvaguardia e di tutela per la minoranza privata.

La prima istanza è stata perseguita attraverso la predisposizione di una serie di clausole che garantissero agli enti pubblici esclusivi poteri di nomina di amministratori e sindaci. In particolare, nel consiglio di amministrazione, ai soci di parte pubblica è riservata la designazione sia del presidente che dell'amministratore dele-

²⁰ Alliance Medical srl (già DCS srl).

²¹ Ogni azione è nominativa e indivisibile e dà diritto a un voto in assemblea.

²² L'art. 7 dello statuto definisce difatti un diverso regime di trasferibilità in funzione della natura del soggetto titolare delle azioni. La proprietà delle azioni, i diritti di usufrutto sulle stesse nonché i relativi diritti di opzione sono liberamente trasferibili tra soggetti pubblici. In tutti gli altri casi, invece, deve essere richiesta preventiva e vincolante autorizzazione al consiglio di amministrazione e deve essere concesso il diritto di prelazione agli altri soci.

²³ In ossequio al disposto legislativo dell'art. 9-bis, comma 2, lett. b), del D.lgs. 502/1992, difatti, sono riservate a soggetti pubblici azioni in misura almeno pari al 51 per cento del capitale sociale. Lo statuto, art. 5, comma 3, stabilisce inoltre che tale riserva resterà ferma anche in caso di futuri interventi legislativi che ne facessero cessare l'obbligatorietà.

gato, mentre alla compagine privata spetta esclusivamente la nomina del vicepresidente. In caso di liquidazione della società, inoltre, il socio pubblico è titolare del diritto di prelazione sui beni, diritti e altri elementi facenti parte dell'azienda, relativi alle attività di servizi ausiliari sanitari e non sanitari svolti a favore delle ASL. La tutela della compagine privata è invece assicurata dalla creazione di un particolare collegio – il Comitato di controllo – il quale verifica che il management non persegua interessi particolaristici, acquisendo commesse a favore dei soci pubblici a prezzi inferiori a quelli che garantiscono l'equilibrio economico della società. L'organo, in particolare, fornisce un parere preventivo e vincolante per il presidente e l'amministratore delegato sulle operazioni di valore pari o superiore a 250.000 euro per la partecipazione a gare di appalto e per la stipula di contratti vincolanti per la produzione di beni ed esecuzione di servizi con i soci pubblici.

La presenza di ASL nella compagine azionaria ha reso necessaria, infine, la definizione di una chiara ripartizione dei compiti e delle responsabilità in merito alle diverse strategie aziendali. La società è responsabile della programmazione e implementazione delle strategie inerenti il personale, gli approvvigionamenti, l'informaticizzazione, i sistemi di controllo e la logistica. Le uniche deroghe sono applicate alla gestione del personale dipendente ASL in convenzione e alla *clinical governance*; la sperimentazione non entra nel merito di scelte di programmazione sanitaria, definizione degli assetti istituzionali e definizione dei livelli essenziali di assistenza, che rimangono in capo alla regione e alle aziende sanitarie.

LA GESTIONE DEL PERSONALE – La società si è caratterizzata sin dalle origini per le forti istanze sociali e di radicamento nel contesto territoriale di riferimento, prestando in particolare grande attenzione alle politiche per il personale. Tale peculiarità si è tradotta nella definizione delle dotazione organica che in meno di otto mesi di operatività era già di oltre 200 persone. Attualmente prestano servizio per la società quasi 440 persone, di cui l'85 per cento dipendenti e il 15 per cento consulenti (libero professionisti, personale in convenzione e co.co.pro)²⁴. L'organico si caratterizza per una struttura snella ed efficiente, in cui le persone dedicate alle funzioni amministrative rappresentano numericamente solo per il 2 per cento, a favore di un impiego pressoché totale nelle attività produttive. In riferimento alla tipologia di contratti applicati, il CCNL Multiservizi riveste un ruolo prevalente, sebbene l'eterogeneità delle attività svolte abbia indotto ad applicare contratti per diverse professionalità, in particolare: CCNL Sanità privata (91 contratti)²⁵, CCNL Turismo e Ristorazione (97 contratti) e CCNL Lavanderie Industriali (37 contratti)²⁶.

²⁴ Si tratta di tutto il personale medico e paramedico, quali fisioterapisti, infermieri, tecnici di radiologia.

²⁵ Introdotto originariamente per assumere alcuni dipendenti pubblici con contratto in scadenza dall'ospedale Santa Croce e Carle, è attualmente impiegato per tutte le professioni sanitarie.

²⁶ L'attività di lavanderia è stata recentemente scorporata dal core business di AMOS e non verranno più pertanto stipulati contratti rientranti in tale categoria.

LE AREE DI OPERATIVITÀ – L'attività di AMOS si concentra su quattro distinte aree di intervento: attività sanitaria (che costituisce il 50 per cento del fatturato), attività alberghiera (40 per cento del fatturato), attività tecnica e logistica (9,8 per cento) e attività amministrativa (0,2 per cento)²⁷. Nella seguente sezione si evidenziano i tratti caratteristici di ognuna di esse.

a. Attività sanitarie – La società gestisce diversi servizi sanitari ospedalieri e territoriali. Il prospetto in Tab. 9.8 ne ripropone una sintesi, evidenziando quali, tra i clienti, non sono Aziende sanitarie azioniste.

Le attività sanitarie considerate particolarmente strategiche da AMOS sono la gestione del servizio di radiodiagnostica e di un laboratorio.

La radiodiagnostica rappresenta uno dei settori in cui la società ha ottenuto i migliori risultati di termini di recupero di efficienza rispetto ai modelli di gestione precedenti adottati dai propri clienti. In particolare, presso l'ASO di Cuneo il servizio era gestito da operatori privati tramite due apparecchiature di diversa potenza con un basso livello di produttività (9 risonanze al giorno²⁸ e una lista d'attesa superiore ai 3 mesi). AMOS è subentrata al privato nella gestione del servizio, concordando con l'ASO un nuovo modello gestionale. In particolare: AMOS ha assunto in gestione una delle due apparecchiature per la risonanza, quella a potenza inferiore. La società applica all'ASO uno sconto del 35 per cento sul tariffario regionale; tale sconto rappresenta il canone di locazione che AMOS riconosce all'ASO per l'utilizzo dei locali e dell'apparecchiatura. I medici e i tecnici operano in regime di libera professione e sono pagati a prestazione; il personale amministrativo, dipendente di AMOS, gestisce invece l'accettazione e tutte le pratiche

Tabella 9.8 **Le attività sanitarie**

Attività	Clienti (non azionisti)	Rilevanza
Assistenza socio-sanitaria	ASO Cuneo; ASL Mondovì-Ceva	Media
Radio diagnostica	ASO Cuneo; ASL Fossano (ASL 10 Pinerolo)	Strategica
Laboratorio di sierologia	ASO Cuneo	Strategica
Riabilitazione	ASO Cuneo	Media
Ecocardiografia	ASO Cuneo	Media
Anestesiologia	ASO Cuneo	Marginale
Cure sanitarie domiciliari	ASL 19 Asti	Strategica
Prelievi territoriali ambulatoriali	ASL 19 Asti	Strategica

Fonte: rielaborazione da bilancio d'esercizio 2006

²⁷ Fonte: bilancio d'esercizio 2006.

²⁸ A titolo di confronto, si consideri che gli operatori privati raggiungono livelli di produttività di 45 esami al giorno.

amministrative nonché il servizio di segreteria anche per la macchina gestita direttamente dall'ospedale. Tramite una strategia di maggiore efficienza operativa attraverso un aumento dei livelli di utilizzo della macchina (essa opera difatti 12 ore al giorno, sabato compreso) e un aumento dei livelli di produttività del personale, si sono in breve tempo ottenuti notevoli incrementi di produttività in termini di numero di esami al giorno²⁹ e l'azzeramento totale delle liste d'attesa.

La seconda area strategica di attività è rappresentata dal laboratorio di analisi. Tale servizio comprende esami di media complessità³⁰ per i quali AMOS applica uno sconto medio del 52 per cento sul tariffario regionale; tale risparmio è dovuto principalmente alla ridotta dimensione dell'organico di personale medico in quanto si tratta principalmente di esami industriali per i quali non è richiesta refertazione. I medici restano in ogni caso in carico alla struttura pubblica, mentre AMOS dispone di tecnici, ausiliari e impiegati amministrativi³¹.

Marginale risulta invece l'attività di anesthesiologia, attivata su esplicita richiesta dell'ASO Santa Croce e Carle, per le chirurgie leggere³².

Nell'area di Asti è stato promosso, infine, un servizio a forte impatto sul territorio e a grande rilevanza strategica per la società: il servizio di cure domiciliari. A oggi il servizio, che copre un bacino di utenza di oltre trecento persone residenti nella provincia, è gestito da un call center interattivo situato nel presidio ospedaliero di Asti. La centrale, operativa 24 ore al giorno, è coordinata da una dirigenza infermieristica in carico ad AMOS in costante e diretto contatto con i pazienti; sul campo lavorano invece operatori, pagati a prestazione³³. Le visite vengono programmate settimanalmente in funzione delle patologie e dei piani di cura inviati dall'ASL. Il valore aggiunto offerto da AMOS è rappresentato dall'assunzione in carico all'operatore di tutti gli adempimenti e le pratiche amministrative necessarie, sollevando in tal modo i familiari di funzioni spesso onerose³⁴. Nel futuro la Società mira a ottenere guadagni di efficienza, in termini di riduzione dei costi fissi, grazie a un più intensivo sfruttamento della capacità produttiva (triplicazione del volume di attività a struttura operativa invariata). Sono inoltre al vaglio del

²⁹ Ciò ha tra l'altro indotto ad aumento dei livelli di produttività anche nella parte pubblica (20 esami al giorno). La produttività di AMOS era giunta a 25 esami al giorno; tuttavia, al fine di non mettere a rischio la qualità del servizio, il management ha optato per porre un contingentamento al numero di prestazioni giornaliere, stabilendo inoltre ogni 20 prestazioni, l'obbligo di effettuare una *second opinion* a campione.

³⁰ Si tratta, per esempio, di biochimica, ematologia, proteine e sierologia. Non è presente invece microbiologia e altre tipologie di esami che presentano costi più elevati.

³¹ Le componenti di costo per AMOS sono pertanto costituite dalle seguenti voci: personale (1 medico, 15 tecnici di cui 1 capo tecnico, ausiliari pagati a ore di lavoro e 13 impiegati amministrativi), costo dei reattivi (stimati sul numero di esami), controlli, assistenza, spedizione (tutti i referti vengono difatti spediti a casa) e costi extra (colazione, arredo locali ecc.).

³² L'équipe è composta da dipendenti pubblici in libera professione in convenzione con la società.

³³ A eccezione di tre fisioterapisti dipendenti della società.

³⁴ Il personale raccoglie così tutte le pratiche della giornata e procede a una richiesta unica all'ASL, semplificando così anche l'attività di *front desk* con gli operatori dell'azienda sanitaria.

management progetti di automazione dell'assistenza al fine di rendere maggiormente flessibile ed efficace l'attività.

b. Attività alberghiere – La seconda area di attività di AMOS è rappresentata dai servizi a contenuto alberghiero.

Ruolo fondamentale in tale categoria di attività è svolto dal servizio di ristorazione. Il posizionamento strategico di AMOS si basa su precisi orientamenti di tracciabilità della filiera produttiva, valorizzazione e orientamento della produzione locale, qualità e cura nell'offerta del servizio. Oltre il 70 per cento delle derrate alimentari è acquistato nel territorio locale. L'azienda, in particolare, ha stipulato un accordo con la Coldiretti di Cuneo al fine di costituire una società che permetta la raccolta di tutti i microflussi produttivi della zona. AMOS ordina i propri prodotti alla semina, ponendo le condizioni di coltivazione e giungendo in tal modo ad acquistare un prodotto selezionato. In riferimento al tema della sostenibilità economica di tale approccio (in confronto, in particolare, alla gestione dell'operatore precedente) i costi all'origine delle materia prima sono sostanzialmente equiparabili: il costo derivante dalla maggiore qualità dei prodotti è controbilanciato difatti dalla possibilità di saltare i passaggi della filiera produttiva, evitando così il sostenimento di costi per l'intermediazione. I costi organizzativi sono maggiori, ma vengono in gran parte sostenuti dalla Coldiretti. Il prezzo con cui il costo pasto viene venduto ai diversi clienti (ASO, ASL e comune) è lievemente inferiore, con uno sconto simbolico di 4 centesimi a pasto. A fronte di un sostanziale pareggio in termini economici, l'outcome dell'intera operazione è tuttavia nettamente superiore, in forza della qualità finale del prodotto e dell'impatto generato sul territorio.

c. Attività tecniche, logistiche e amministrative – Le ultime due aree di attività di AMOS comprendono infine:

- ▶ ingegneria clinica, con verifiche di sicurezza elettrica su apparecchiature elettromedicali svolte a favore dell'ASO Santa Croce e Carle;
- ▶ gestione di alcune attività amministrative di *front office* per l'ASO Santa Croce

Tabella 9.9 **Attività alberghiere di AMOS**

Attività	Clients (non soci)	Rilevanza
Ristorazione	ASO Cuneo; ASL Mondovì (Comune e Azienda MS Fossano)	Strategica
Global service	ASO Cuneo	Media
Trasporto interno pazienti	ASL Asti	Media
Accoglienza, sorveglianza, sicurezza	ASO Cuneo	Marginale

Fonte: rielaborazione da bilancio d'esercizio 2006

e Carle e l'ASL 16 Mondovì, quale servizi di prenotazione esami radiologici e sportello del Centro prelievi. Quest'ultima attività è divenuta particolarmente competitiva, grazie a interventi strutturali per favorire l'accesso al Centro (quali parcheggi e rinnovo sala attesa) e a interventi mirati a soddisfare i bisogni del paziente (velocizzazione delle pratiche e offerta del servizio di colazione).

LA STRATEGIA DI AMOS E GLI EFFETTI DEL DECRETO BERSANI – Fino al 2006, la strategia dell'azienda si è sviluppata lungo due direttrici complementari:

- ▶ la riduzione della dipendenza economica da alcuni soci pubblici maggioritari (in particolar modo dall'ASO Santa Croce e Carle) tramite la partecipazione ad ATI per l'acquisizione di commesse presso altre ASL³⁵;
- ▶ lo sviluppo di nuovi settori d'attività tramite la costituzione di società strumentali e l'acquisizione di partecipazioni in altre aziende, al fine non solo di internalizzare competenze e know-how specialistici, ma anche di acquisire nuove quote di mercato, specialmente tra la clientela privata. In particolare AMOS ha acquisito una lavanderia industriale³⁶, è diventata socio di maggioranza di una società specializzata nell'archiviazione ottica e fisica di documenti e aveva progettato la costituzione di una società specializzata nell'intermediazione di energia.

Tuttavia, l'art. 13 della legge 248/2006 ha radicalmente mutato l'ambito di azione e operatività di AMOS. Il Decreto Bersani ha difatti previsto in capo alle società miste pubblico privato: l'obbligo di operare esclusivamente con gli enti costituenti, partecipanti e affidanti; il divieto di svolgere prestazioni a favore di altri soggetti pubblici o privati, né in affidamento diretto, né con gara; il divieto di partecipare ad altre società o enti; l'obbligo di terminare entro 12 mesi dall'entrata in vigore del decreto le attività non consentite, attraverso la loro cessione a terzi ovvero lo

³⁵ In riferimento al tema delle modalità di affidamento dei servizi, nel caso di AMOS si sono registrate ipotesi sia di conferimento diretto da parte dei soci pubblici – è il caso dell'ASO Santa Croce e Carle di Cuneo – sia di partecipazione a gare a evidenza pubblica. Tale opzione è stata seguita in tutti i casi in cui la società ha partecipato ad ATI fuori dal proprio bacino di utenza originario – si ricorda in particolare, nel corso del 2006, l'appalto per il servizio di risonanza magnetica presso l'USSL 13 di Dolo-Mirano (VE) e quello per il servizio di radiologia dell'ASL 10 di Pinerolo. Sulla legittimità del conferimento diretto nel caso di sperimentazioni gestionali, non vi è ancora uniformità di vedute; la giurisprudenza sembra tuttavia concordare con gli indirizzi espressi a livello europeo dalla Corte di Giustizia, la quale ha decretato che il conferimento diretto possa essere attuato esclusivamente nel caso di società miste con capitale pubblico pari all'85 per cento e ove vi sia controllo analogo. Tale visione è pienamente condivisa anche dal management di AMOS.

³⁶ Con tale operazione l'azienda aveva perseguito un duplice obiettivo: sul versante sociale, aveva garantito il lavoro a oltre cinquanta dipendenti precedentemente impiegati nell'azienda fallita, evitando pertanto ricadute negative in termini di occupazione locale e disagio sociale per le famiglie coinvolte. Sul versante dell'attività, aveva esteso la propria clientela a soggetti privati per il lavaggio e la disinfezione di biancheria e indumenti di lavoro.

scorporo con costituzione di una società *ad hoc* da collocare sul mercato entro i successivi 12 mesi. AMOS ha pertanto dovuto ridefinire il proprio piano strategico e assetto. In particolare:

- ▶ per la gestione del servizio di lavanderia è stata creata una nuova società che acquisirà le attività anche dei soci AMOS;
- ▶ è stata ceduta la partecipazione nella società specializzata nell'archiviazione ottica e fisica di documenti, con la stipulazione di un contratto di locazione quinquennale dei locali, adibiti a contenere le cartelle cliniche per i clienti AMOS;
- ▶ per la gestione delle attività sanitarie e alberghiere, dovrà essere ridefinito il portafoglio clienti, con la cessione delle attività svolte a favore dei clienti privati, limitandosi ad avere come clienti solo i soci pubblici³⁷;
- ▶ infine, è stato abbandonato il progetto di acquisire la società di intermediazione energetica.

Coerentemente con questa strategia e in prospettiva della scadenza dei tre anni previsti per la sperimentazione e la conseguente ridefinizione dell'assetto della stessa, a luglio 2007 è stato siglato un protocollo d'intesa tra Regione Liguria e Regione Piemonte «per iniziative di collaborazione nel settore sanitario attraverso AMOS». In particolare, data l'esigenza della Regione Liguria di ridurre i tempi di attesa per le prestazioni diagnostiche e specialistiche, ambito di attività rispetto al quale AMOS ha dimostrato ampi margini di efficienza e la volontà della Regione Piemonte di rendere AMOS completamente pubblica, la Regione Liguria si è impegnata a rilevare, attraverso proprie aziende sanitarie, la quota di partecipazione attualmente detenuta da soggetti privati (pari al 30 per cento).

ANALISI ECONOMICO-FINANZIARIA – L'analisi per indici ha rivestito un ruolo importante all'interno dello studio, in quanto ha permesso di cogliere le dinamiche proprie del biennio di *start up* societario. Sono stati selezionati e calcolati, in particolare, gli indicatori più significativi per l'apprezzamento dell'equilibrio reddituale, patrimoniale, finanziario e monetario dell'azienda³⁸. In Tab. 9.10 si riportano i risultati dell'analisi condotta.

Il primo gruppo di indici analizzato – ROE, ROI – ha permesso di cogliere la dimensione della redditività, intesa quale attitudine della gestione a remunerare i fattori produttivi impiegati.

³⁷ In particolare, si prevede l'interruzione dell'attività di radiodiagnostica presso l'ASL 10 di Pine-
rolo e il possibile ingresso del Comune di Fossano nella compagine (attualmente cliente per le atti-
vità di ristorazione e acquisto derrate).

³⁸ Trattandosi di una società appena avviata e con oggetto sociale specifico e limitato, non tutte le
grandezze usualmente impiegate dalla letteratura specialistica sono state calcolate. È il caso per
esempio degli indici di sviluppo, per i quali non si sarebbe potuto disporre di una serie temporale
esaustiva per la loro interpretazione.

Tabella 9.10 **Analisi per indici del biennio di attività**

Modalità di calcolo		Anno 2006	Anno 2005
Redditività			
ROE	Reddito netto / Mezzi propri	1,06%	0,07%
ROI	ROGC / Capitale investito nella GC	4,50%	3,98%
Solidità			
Indice di indebitamento	Totale debiti / Mezzi propri	3,24	0,81
Indebitamento a breve	Passivo a breve / Totale passivo e netto	72,3%	42%
Liquidità			
Liquidità secondaria	Attivo corrente / Passivo a breve	1,07	1,96
Elasticità degli impieghi	Attivo corrente / Totale attivo	77%	82%
Efficienza			
Durata crediti	Crediti verso clienti × 360 / Totale vendite	244	156
Durata debiti	Debiti verso fornitori × 360 / Totale acquisti	142	209

Fonte: bilanci 2005 e 2006

Questa dimensione assume tuttavia una rilevanza diversa in AMOS rispetto alla generalità delle aziende di produzione, poiché l'obiettivo della società non risiede tanto nella generazione di alti margini di profitto e remuneratività per i soci, quanto nel perseguimento di un aumento dell'efficienza dei livelli offerti dal servizio sanitario pubblico. Il risultato decisamente basso del ROE – quoziente di redditività dei mezzi propri – e, parzialmente, del ROI – indice di redditività della gestione caratteristica – deve essere pertanto interpretato alla luce degli obiettivi prioritari di pareggio di bilancio. La società ha difatti rispettato sin dal primo esercizio (2005) gli impegni assunti in termini di margini di gestione, chiudendo entrambi gli anni con un utile di esercizio³⁹, seppur ridotto.

Rispetto alla solidità aziendale, l'indice di indebitamento è aumentato dal 2005 in ragione di alcuni investimenti effettuati dell'azienda nel 2006⁴⁰.

Un'altra dimensione rilevante di analisi è rappresentata dalla liquidità e solvibilità. In merito a tale profilo, dall'esame dei dati di bilancio si può trarre un giudizio positivo sia in termini di liquidità secondaria, che di elasticità degli impieghi; quest'ultimo indicatore, in particolare, fornisce conferma dell'incisività dell'attivo a breve (primariamente liquidità differite) sul totale degli impie-

³⁹ Pari a 2.116 euro (2005) e 29.968 euro (2006).

⁴⁰ Nel corso del primo esercizio, difatti, la società ha effettuato solo alcuni investimenti per l'attrezzatura generica e specifica all'avviamento della società, per gli impianti elettrici, le macchine elettriche d'ufficio e la costruzione di spogliatoi e ambulatori. Nel corso del 2006, invece, con l'acquisizione delle lavanderie Dominio ha effettuato investimenti anche in edifici e terreni.

ghi⁴¹. AMOS infatti si caratterizza primariamente come azienda di servizi: ciò è desumibile sia dall'analisi dello stato patrimoniale societario, in cui i valori delle immobilizzazioni rivestono un ruolo marginale⁴², sia dalla lettura del conto economico riclassificato a valore aggiunto, ove si evidenzia il peso decisivo della voce del personale (incidenza di oltre il 50 per cento sul fatturato), mentre è marginale quello degli ammortamenti (1,44 per cento). La prevalenza delle attività e passività correnti su quelle immobilizzate induce tuttavia ad analizzare nel dettaglio il grado di efficienza della gestione e, in particolare, gli indici di durata media dei crediti e dei debiti. Se, da un lato, la società ha registrato una riduzione dei tempi di pagamento dei debiti, i risultati mostrano invece una situazione di decisa criticità sul versante della riscossione. L'incremento dei giorni di incasso crediti verso i clienti rappresentati dalle ASL e dalle AO socie (oltre il 50 per cento) ha comportato, difatti, la necessità di un maggior ricorso all'indebitamento a breve verso le banche – il 60 per cento di tali passività è costituito da anticipi fatture – e, di conseguenza, un aumento degli interessi passivi. L'esposizione creditoria è in gran parte rientrata nel febbraio 2007 grazie all'operazione finanziaria di cartolarizzazione promossa dalla Regione Piemonte nel corso del 2006 nei confronti dei fornitori di beni e servizi dell'SSR.

9.5.2 Ospedale di Sassuolo SpA

ORIGINI E AVVIO DELLA SPERIMENTAZIONE – A inizio anni Novanta erano allo attivo nel distretto di Sassuolo due distinte strutture sanitarie, per un'offerta complessiva di 250 posti letto:

1. l'Ospedale Civile di Sassuolo, struttura pubblica a gestione diretta dell'Azienda USL di Modena di 160 posti letto;
2. la casa di cura privata accreditata Villa Fiorita di 90 posti letto, gestita dalla società Hippocrates srl, controllata al 100 per cento dalla capogruppo To Life SpA⁴³.

⁴¹ Nel 2006, difatti, l'attivo circolante valeva oltre 9 milioni di euro, a fronte dei già citati 2 milioni di immobilizzato.

⁴² L'attivo immobilizzato costituiva difatti solo il 17,27 per cento del totale attivo nel corso del 2005 e il 22,27 per cento nel 2006. All'interno della voce, primarie sono le immobilizzazioni materiali (11,88 per cento nel 2005 e 18,43 per cento nel 2006), seguite da quelle immateriali (5,39 per cento nel 2005 e 1,97 per cento nel 2006) e da quelle finanziarie (1,87 per cento nel 2006).

⁴³ To Life SpA fu costituita nel 1995 con l'obiettivo di gestire le strutture sanitarie e assumere partecipazioni in società che operano in sanità per conto del gruppo Fini. La società è inoltre coinvolta in un'altra sperimentazione gestionale pubblico-privato avviata nel territorio emiliano – la Montecatone Rehabilitation Institute SpA di Imola (BO) – e detiene una quota di partecipazione in Ge.R.Sa., società che ha a oggetto principale la gestione di residenze sanitarie assistenziali nei comuni di Medicina e di S. Pietro in Casale.

In quegli anni inoltre era stata avviata la costruzione di un nuovo ospedale distrettuale di dimensioni medio-piccole (circa 270 posti letto) destinato a sostituire l'Ospedale Civile di Sassuolo⁴⁴.

Nel 1998, il Piano Attuativo Locale (PAL)⁴⁵ ha definito il dimensionamento e la redistribuzione dei posti letto nella provincia di Modena. Rispetto all'articolazione dell'offerta sanitaria del distretto sassolese, il PAL individuava una dotazione complessiva di 276 posti letto. Di conseguenza, al momento dell'attivazione del nuovo presidio si sarebbe presentato un problema di eccesso di circa 90 posti letto, quantificabili di fatto nell'intera dotazione della struttura privata accreditata. D'altra parte, il D.lgs. 229/1999 ha definito che in presenza di un eccesso di capacità produttiva, la riduzione dei posti letto interessi in misura proporzionale sia le strutture pubbliche che quelle private, in ragione del rispettivo contributo al superamento della dotazione obiettivo. Tale disposizione, in combinato con il PAL, avrebbe pertanto determinato la chiusura di 60 posti letto nel nuovo ospedale pubblico e 30 posti letto in nella struttura privata.

Al fine di prevenire una situazione di evidente problematicità all'interno del contesto distrettuale, l'Azienda USL di Modena optò pertanto per l'attivazione di un progetto di sperimentazione gestionale finalizzata alla gestione del nuovo Ospedale di Sassuolo, tramite la costituzione di una società mista e il coinvolgimento diretto del gestore della struttura privata presente nell'area a fronte di una sua rinuncia all'accreditamento dei posti letto allora attivi. La sperimentazione è stata approvata nel luglio 2002⁴⁶.

In particolare, le attività previste dallo statuto della nuova società Ospedale di Sassuolo SpA sono:

- ▶ la gestione del nuovo Ospedale di Sassuolo coerentemente con gli indirizzi della programmazione sanitaria regionale e provinciale e in maniera integrata con la rete ospedaliera provinciale e con la rete dei servizi territoriali presenti nell'area;
- ▶ la predisposizione di ogni atto e l'assunzione di ogni impegno necessari per l'avvio operativo dell'ospedale in modo da assicurare un livello tecnologico in linea con i più avanzati standard sanitari e di comfort alberghiero;

⁴⁴ Il progetto di costruzione del nuovo ospedale era stato avviato diversi anni prima della costituzione dell'Azienda USL di Modena. Inizialmente l'investimento, pari a circa 95 miliardi di lire, avrebbe dovuto essere finanziato per l'80 per cento *ex art.* 20 della legge 67/1988 e per la parte rimanente dai comuni e USL n. 17 di Sassuolo. Nel tempo, tuttavia, sorsero diverse difficoltà sia programmatiche – scarsa chiarezza in merito all'assetto delle funzioni sanitarie previste – sia finanziarie – reale disponibilità dei finanziamenti e lentezza nell'erogazione degli stessi che ne hanno dilatato i tempi di completamento.

⁴⁵ Il Piano, approvato nella sua versione definitiva dalla Conferenza dei sindaci e dalla Consulta provinciale per la sanità il 10 marzo 1998, fu elaborato secondo le indicazioni fornite dalle Linee guida delineate dalla D.G.R. 2272/1996.

⁴⁶ D.G.R. 22 luglio 2002, n. 1337.

- ▶ ogni ulteriore attività compatibile, incluse promozione e sviluppo di attività assistenziali innovative e le connesse attività formative;
- ▶ l'esercizio di ogni attività affine, ausiliaria o accessoria rispetto alle attività istituzionali.

MODELLO DI GOVERNANCE – Considerata la presenza nel territorio della casa di cura privata accreditata e le implicazioni delle disposizioni del PAL, la scelta del socio privato non è avvenuta tramite gara a evidenza pubblica, ma in via diretta. Tale strategia è stata giustificata dal fatto che la società privata si caratterizzava per evidenti attributi di infungibilità, trattandosi, di fatto, dell'unico soggetto operativamente, logisticamente e tecnicamente idoneo a partecipare in veste di socio alla compagine azionaria; la scelta di partner privati diversi infatti non avrebbe in alcun modo rappresentato una soluzione alla necessità su esposta di contenere gli effetti di contingentamento dei posti letto.

L'assetto azionario prevede una partecipazione pressoché paritetica da parte del socio pubblico e di quello privato – 51 per cento Azienda USL di Modena e 49 per cento To Life SpA. Non si è voluto relegare il socio privato a un ruolo fortemente minoritario in quanto, al contrario delle altre esperienze, egli è primariamente responsabile della gestione operativa della sperimentazione; in questo modo si voleva assicurare l'impegno e l'interesse della To Life al positivo andamento dell'ospedale e al raggiungimento degli obiettivi preposti. L'equilibrio nella distribuzione delle quote azionarie è giustificato inoltre dal sostanziale contributo apportato da entrambi i soci all'operatività della struttura in termini di volumi di attività rispettivamente generati dalle due strutture preesistenti.

Il capitale sociale è stato fissato in un milione di euro, suddiviso in mille azioni nominali da 1.000 euro ciascuna. A eccezione del triennio di sperimentazione, le azioni sono trasferibili anche tra soci e cedibili solo a condizioni stabilite e con il consenso di tanti soci che rappresentino almeno il 70 per cento delle azioni aventi diritto di prelazione⁴⁷.

La definizione delle modalità di funzionamento della società e la disciplina dei rapporti tra contraenti sono contenute rispettivamente nello statuto e nei patti parasociali. Il consiglio di amministrazione è nominato dall'assemblea; in particolare all'ASL spetta il diritto di nomina di un consigliere in più rispetto al socio privato. Alcune importanti funzioni gestionali del consiglio di amministrazione sono delegate al comitato di coordinamento esecutivo, composto da tre consiglieri delegati responsabili di: budget, bilancio e acquisti; personale; sviluppo di nuove attività e comunicazione. Vi è un sostanziale equilibrio dei poteri di nomina e rappresentanza: al socio pubblico spetta la nomina del direttore sanitario, a quello

⁴⁷ Ciascun socio ha difatti diritto a essere preferito, sia nell'acquisto a titolo oneroso che a titolo gratuito, delle azioni che un altro socio voglia trasferire sia a terzi che a soci. Non sono previsti in questo caso – a differenza di AMOS SpA – condizioni differenti in funzione della natura – pubblica o privata – del soggetto alienante.

privato quella del direttore amministrativo. Il comitato di coordinamento esecutivo si riunisce ogni settimana insieme al direttore sanitario e amministrativo.

L'organo di controllo è costituito dal collegio sindacale, composto da tre sindaci effettivi e due supplenti, nominati dall'assemblea dei soci; esso è responsabile del controllo contabile, oltre che della vigilanza sull'osservanza delle leggi e delle normative interne societarie.

Quanto alla definizione delle responsabilità sulle strategie aziendali, il soggetto pubblico resta titolare della funzione di programmazione sanitaria e della gestione del personale con contratto pubblico a comando presso l'ospedale (cfr. *infra*). La società è invece responsabile delle strategie inerenti a:

- ▶ personale dipendente e sistemi di valutazione delle prestazioni per la dirigenza medica⁴⁸;
- ▶ investimenti in attrezzature, arredi, macchinari sanitari e non;
- ▶ acquisti di beni e servizi. nel caso essi superino la soglia comunitaria ovvero rientrino nelle categorie soggette a unioni di acquisto, quali farmaci, dispositivi medici, consumabili, la responsabilità è trasferita a soggetti pubblici preposti⁴⁹ (cfr. *infra*);
- ▶ informatizzazione a livello clinico e amministrativo. non è a oggi ancora prevista l'introduzione di cartelle cliniche elettroniche;
- ▶ gestione della logistica, sia del magazzino sia degli spazi comuni interni all'ospedale⁵⁰;
- ▶ promozione della comunicazione e delle relazioni sul territorio⁵¹.

LA GESTIONE DEL PERSONALE – L'attivazione della sperimentazione ha richiesto un'approfondita analisi per la definizione dell'inquadramento contrattuale del

⁴⁸ Tale sistema è stato implementato per la prima volta nel 2006, anno in cui la struttura è entrata in pieno regime. Il meccanismo, limitato per ora alla dirigenza medica (unico contratto che lo consente), stabilisce poche ma chiare regole – e annessi incentivi – per il raggiungimento di determinati obiettivi. Il sistema sta producendo ritorni decisamente positivi in termini di motivazione e di partecipazione della dirigenza medica agli obiettivi assegnati.

⁴⁹ Azienda USL di Modena nel primo caso, Azienda USL Reggio Emilia (capofila Unione Acquisto) nel secondo.

⁵⁰ La società ha previsto l'introduzione della figura del responsabile della logistica, il quale ha contribuito non solo a dare maggiore snellezza alle attività e prontezza di risposta alle esigenze degli utenti ricoverati, ma ha promosso inoltre una diversa visione della struttura ospedaliera: non solo luogo di cura, ma punto di incontro e promozione delle culture e tradizioni locali. Ciò ha comportato notevoli ricadute positive in termini di immagine e di reputazione.

⁵¹ La società attribuisce grande rilevanza alla dimensione della comunicazione. Il Piano di comunicazione adottato prevede, oltre alla sponsorizzazione di eventi locali, anche la promozione di mailing, campagne stampa e affissione, sito Internet e segnaletica stradale. Le relazioni con il territorio sono promosse attraverso la cooperazione con le aziende locali (incontri di Unioni Industriali e Assopiastrelle), con le associazioni di volontariato, con le principali comunità straniere sul territorio e con le principali organizzazioni sindacali.

personale coinvolto nella gestione del nuovo ospedale. Particolarmente problematica è stata la definizione dell'inquadramento contrattuale del personale pubblico che era precedentemente impegnato nella gestione del vecchio presidio. La costituzione della società mista dovrebbe costituire per l'ASL un trasferimento di ramo d'azienda, con conseguente integrazione del personale dipendente⁵² nella nuova società. Tuttavia, poiché di fatto il trasferimento di ramo d'azienda si perfeziona giuridicamente solo con l'effettiva messa a regime del progetto – ovvero dopo i tre anni di sperimentazione, anche il trasferimento del personale coinvolto è soggetto a condizione sospensiva correlato al successo dell'iniziativa. Di conseguenza l'organico della società mista è al momento costituito solo dal personale della casa di cura privata. Il personale pubblico, che corrisponde a circa i due terzi del personale coinvolto nella gestione del nuovo ospedali, è invece temporaneamente comandato dall'ASL. Al termine del triennio di sperimentazione i dipendenti pubblici potranno scegliere, sulla base dell'esperienza maturata, se passare alle dipendenze della nuova società⁵³ con contratto di diritto privato o mantenere il contratto pubblico ed essere integrati in altre strutture dell'ASL di Modena. La sussistenza di un doppio regime contrattualistico e la presenza di dipendenti pubblici a comando dell'ASL ha comportato la necessità di stabilire specifiche clausole contrattuali tra la società e l'ASL. In particolare l'ASL garantisce la copertura degli incrementi di costo di personale della società – dipendente diretto e comandato – derivanti da rinnovi contrattuali nazionali, accordi regionali o accordi della stessa ASL non strettamente legati a incrementi di produttività e non coperti da incrementi tariffari. Tutti i lavoratori che vengono invece assunti direttamente dalla società sono sottoposti a rapporto di lavoro privatistico, destinato in ogni caso a godere di un trattamento economico nei minimi non inferiore a quello del personale dipendente del SSN. Per soddisfare eventuali esigenze di dotazione organica la società può inoltre attivare contratti di tipo libero professionale.

LE AREE DI OPERATIVITÀ – La struttura a oggi è dotata di 240 posti letto, di cui 90 di area medica, 72 di chirurgia polispecialistica, 30 di area materno infantile e

⁵² Infatti in caso di trasferimento di ramo d'azienda dovrebbe applicarsi l'art. 31 del D.lgs. 165/2001 che stabilisce che «nel caso di trasferimento di attività svolte da PA ad altri soggetti pubblici o privati, al personale che passa alle dipendenze di tali soggetti si applica l'art. 2112 c.c.». Tale articolo prevede che: «In caso di trasferimento d'azienda, il rapporto di lavoro continua con l'acquirente e il lavoratore conserva tutti i diritti che ne derivano. L'alienante e l'acquirente sono obbligati, in solido, per tutti i crediti che il lavoratore aveva al tempo del trasferimento. Con le procedure di cui agli artt. 410 e 411 c.p.c. il lavoratore può consentire la liberazione dell'alienante dalle obbligazioni derivanti dal rapporto di lavoro. L'acquirente è tenuto ad applicare i trattamenti economici e normativi, previsti dai contratti collettivi anche aziendali vigenti alla data del trasferimento, fino alla loro scadenza, salvo che siano sostituiti da altri contratti collettivi applicabili all'impresa dell'acquirente. Le disposizioni di quest'articolo si applicano anche in caso di usufrutto o di affitto dell'azienda (artt. 2561 e ss.)».

⁵³ Seppur tuttavia mantenendo i benefici della continuità stabiliti dall'art. 2112 c.c., quali il mantenimento dei diritti acquisiti in termini assistenziali e previdenziali per il periodo di sperimentazione.

24 di lungodegenza e riabilitazione. L'attività sanitaria dell'Ospedale di Sassuolo viene disciplinata sulla base di un contratto di committenza stipulato con l'Azienda USL di Modena; tale contratto definisce per l'intero arco della sperimentazione i contenuti e le modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera di non alta specialità e ambulatoriale a favore dei cittadini residenti nell'ambito provinciale, nonché il correlato sistema di remunerazione delle prestazioni, con valenza triennale per gli aspetti regolativi e con cadenza annuale per la quantificazione e qualificazione delle attività da svolgere.

Per quanto concerne il sistema di riconoscimento dei flussi finanziari per le prestazioni erogate, l'ospedale viene finanziato secondo il tariffario regionale di fascia B, con un'equiparazione alle strutture private accreditate. Tale scelta, seppur motivata da esigenze contingenti, ha sollevato non pochi profili critici. Da un lato, difatti, la scelta è stata in qualche modo obbligata considerata la mancanza di requisiti per poter accedere al tariffario A⁵⁴. Dall'altro lato, tuttavia, il tariffario B non appare sempre adeguato a una corretta remunerazione dei costi sostenuti dall'ospedale, in quanto non considerano alcuni dei costi che sono tipici di una struttura ospedaliera che svolge una funzione pubblica (si fa riferimento in particolare alle attività afferenti l'area dell'emergenza) e applica, per parte del personale, contratti di lavoro della sanità pubblica. Di conseguenza, al fine di rendere compatibili la natura pubblica dell'ospedale con il sistema di remunerazione applicato alle strutture private accreditate, l'ASL e la società hanno definito un articolato sistema di finanziamento e rimborsi, che prevede:

- ▶ la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e ambulatoriale in base al sistema di remunerazione tariffario di fascia B;
- ▶ la garanzia del riconoscimento da parte dell'Azienda USL degli incrementi di costo di personale della società – dipendente diretto e comandato – derivanti da rinnovi contrattuali non strettamente legati a incrementi di produttività e non coperti da incrementi tariffari;
- ▶ il rimborso dei costi sostenuti per le funzioni svolte dalla società in ragione della natura pubblica per le quali non sono ancora previste tariffe specifiche o per le quali le tariffe previste non risultano coerenti con i fattori produttivi richiesti. È il caso, in particolare, delle attività legate all'emergenza urgenza e alla pediatria;
- ▶ il riconoscimento dell'incremento di prezzo di altri specifici fattori produttivi – quali i farmaci oncologici – nel caso in cui essi non fossero compensati da adeguati incrementi tariffari.

Il contratto di committenza stabilisce infine le modalità e le tempistiche per i suddetti rimborsi.

⁵⁴ Si ricorda difatti che nel tariffario A, più alto per certi DRG, rientrano solitamente ospedali di alta specialità o policlinici universitari.

Oltre che committente, infine, l'Azienda USL di Modena, avvalendosi delle proprie strutture, si configura anche come fornitore della società per alcuni beni e servizi finalizzati all'attività assistenziale. È questo il caso, per esempio, del servizio di sterilizzazione o del laboratorio analisi, che viene gestito centralmente nell'ospedale di Baggiovara e serve tutta la provincia di Modena.

Per quanto attiene gli investimenti, l'immobile in cui è ubicato l'Ospedale di Sassuolo è di proprietà dell'Azienda USL di Modena⁵⁵ e rimarrà tale anche a seguito del periodo di sperimentazione (indipendentemente dal suo esito), con il vincolo di destinazione sanitaria per le attività programmate. La società, tuttavia, è responsabile degli eventuali ampliamenti che si dovessero rendere necessari. L'ospedale con tutte le sue pertinenze e annessi è stato concesso in locazione alla società per tutto il periodo di durata della sperimentazione dietro corresponsione di un canone annuo calcolato sull'effettivo utilizzo della struttura come rappresentato dall'attività tariffata⁵⁶; la società si fa carico della manutenzione ordinaria e di ogni altro onere relativo alla gestione dell'immobile locato. Il partner privato To Life SpA si è inoltre impegnato a cedere in locazione alla società il complesso immobiliare di Villa Fiorita, sede dell'ex casa di cura accreditata, per la realizzazione di ulteriori attività. I macchinari e le attrezzature sono invece di proprietà della società, con una quota relativamente bassa di attrezzature in *service*.

La società ha definito infine una specifica disciplina per l'approvvigionamento di beni e servizi⁵⁷.

ANALISI ECONOMICO-FINANZIARIA – L'analisi del prospetto di budget 2007 e dei dati di bilancio riferiti all'anno 2005 e 2006 ha permesso infine di approfondi-

⁵⁵ La sua costruzione è stata finanziata per il 67 per cento da fondi *ex art.* 20 della legge 67/1988, per il 5,5 per cento dal Comune di Sassuolo e altri comuni del distretto; per il 18 per cento da alienazioni patrimoniali dell'ASL di Modena e per il restante 9,5 per cento con appalto integrato per la realizzazione degli impianti di base comuni ai due ospedali di Sassuolo e Baggiovara.

⁵⁶ Fino ai primi mesi del 2006 la società ha ricevuto la struttura in comodato gratuito; dal 2006 è stato invece riconosciuto un canone calcolato come sconto sui DRG fatturati per un ammontare complessivo di 1.850.000 euro.

⁵⁷ La fase negoziale dell'attività contrattuale viene svolta da due distinti servizi in funzione del valore complessivo del contratto in essere: per i contratti di valore superiore alla soglia comunitaria, l'attività contrattuale viene svolta dal servizio provveditorato dell'Azienda USL di Modena; per i contratti sotto soglia comunitaria l'attività viene svolta dal servizio interno aziendale; per tutti i beni di consumo sanitari e non sanitari oggetto di contratto di somministrazione continuativa tra l'Azienda USL e la società, l'attività contrattuale è svolta dall'Azienda USL di Modena. Per quanto riguarda l'acquisto di beni in regime privatistico – sino alla soglia comunitaria ha responsabilità il direttore amministrativo o il consigliere delegato. Per quanto concerne invece gli acquisti in area vasta, il consiglio di amministrazione e per esso il consigliere delegato può stipulare apposita convenzione con l'Azienda USL di Modena per l'acquisizione di beni di consumo mediante la somministrazione continuativa annuale o pluriennale di quei beni ritenuti vantaggiosi per la società in una logica di risparmio anche logistico e di immobilizzo finanziario.

Tabella 9.11 I risultati di bilancio 2005-2007 (migliaia di euro)

	2005	2006	2007 (budget)
Valore aggiunto*	10.958	27.842	27.364
Risultato operativo**	- 1.376	1.695	2.025
Risultato esercizio	- 1.608	49	180

* Tale grandezza è il risultato del valore della produzione (ricavi di vendita e variazione rimanenze) al netto dei costi sostenuti per l'acquisto di materie prime e prestazioni di servizi. ** Tale grandezza considera invece anche i costi per il personale, gli ammortamenti e svalutazioni ed eventuali proventi netti extra gestione caratteristica.

Fonte: budget 2007, bilanci 2005 e 2006

re alcuni risultati gestionali dell'Ospedale di Sassuolo SpA. A eccezione del 2005, anno in cui la struttura non era ancora entrata a pieno regime, l'esercizio 2006 e le previsioni 2007 chiudono con risultato d'esercizio positivo (49.000 euro e 180.000 euro rispettivamente). In Tab. 9.11 si riassume il trend dei principali aggregati di bilancio nel triennio 2005-2007.

Si evidenzia una sostanziale crescita nel valore di tutti gli aggregati; la differenza rilevante registrata tra l'entità del valore aggiunto e il risultato operativo mostra una struttura aziendale fortemente *labour-intensive*.

Sul fronte dei proventi, la quota maggioritaria è costituita dai ricavi per prestazioni di degenza direttamente erogate a carico del SSN (65,6 per cento)⁵⁸. Per quanto concerne la ripartizione per provenienza, oltre il 70 per cento dei pazienti è rappresentato da residenti del distretto di Sassuolo, seguito dal 16 per cento dal resto della provincia di Modena, l'8 per cento dal resto della Regione Emilia Romagna e meno del 4 per cento di mobilità attiva da altre regioni italiane. Tale ripartizione ricalca in maniera sostanziale anche la provenienza dei pazienti di specialistica ambulatoriale, sebbene in tale area una discreta porzione di ricavi (35 per cento) sia determinata dagli incassi per pazienti solventi, per attività erogate a favore di altre strutture sanitarie pubbliche e per attività di medicina del lavoro.

Accanto ai proventi derivanti dall'area di elezione e ambulatoriale (che copre il 13,8 per cento dei ricavi), la terza voce rilevante è costituita dai rimborsi e dalle indennità riconosciute all'ospedale, da parte dell'ASL di Modena, dovute all'applicazione del tariffario B («Ricavi per funzioni specifiche», 15,6 per cento dei proventi); si tratta in particolare di:

- indennità di funzione di pronto soccorso (61 per cento)⁵⁹;

⁵⁸ Solo una quota irrisoria, meno dell'1 per cento, è difatti rappresentata dai solventi.

⁵⁹ Comprende il rimborso di tutti i fattori produttivi del servizio, compresi i costi sostenuti per l'attività di guardia medica legata all'emergenza urgenza dei reparti di ostetricia ginecologia, medicina, medicina d'urgenza, cardiologia e radiologia.

- ▶ indennità di funzione di pediatria (14 per cento)⁶⁰;
- ▶ indennità per rinnovi contrattuali (25 per cento)⁶¹.

Le voci di ricavo rimanenti fanno primariamente riferimento a consulenze (2,4 per cento)⁶², attività libero professionale (1,6 per cento), ricavi da patrimonio immobiliare (0,1 per cento)⁶³ e altri proventi minori (0,9 per cento)⁶⁴.

Per quanto concerne i costi, la voce più rilevante (44,4 per cento) è rappresentata, anche nel caso in esame, dal costo del personale dipendente – voce che comprende sia i costi del personale dipendente proprio della società (31,7 per cento) che il personale comandato dipendente dell'ASL (59,2 per cento).

Oltre a queste due categorie di personale dipendente, l'azienda si avvale di personale in libera professione (4,6 per cento), di prestazioni infermieristiche acquisite da agenzie interinali (4,3 per cento), di consulenze di natura tecnico sanitaria e personale a progetto (0,6 per cento)⁶⁵. La seconda voce rilevante nel dettaglio dei costi è rappresentata dall'acquisto (17 per cento).

L'onere maggiormente rilevante è rappresentato dall'acquisto di prestazioni da strutture esterne di prestazioni sanitarie, quali la diagnostica strumentale o le prestazioni di laboratorio erogate dall'Ospedale di Baggiovara.

Per quanto concerne invece l'acquisto di servizi non sanitari, la voce più significativa è costituita dai servizi tecnici (46 per cento), che comprende i costi derivanti dall'esternalizzazione della maggior parte dei servizi accessori ed economici: lavanderia, pulizie, mensa e ristorazione, smaltimento rifiuti e servizio vigilanza.

Percentuale lievemente inferiore è riferita ai costi concernenti il godimento di beni di terzi: il valore di tale voce è quasi esclusivamente determinato dal canone di locazione dell'immobile corrisposto dalla società all'ASL di Modena.

La società si caratterizza per un basso grado di rigidità degli impieghi; l'entità degli investimenti effettuati è decisamente marginale (a oggi la voce ammortamenti presenta un'incidenza inferiore al 3 per cento del totale costi) e concerne prevalentemente attrezzature sanitarie e informatiche.

⁶⁰ Si tratta del rimborso per la copertura del costo pieno del reparto per la quota che supera il ricavo fatturato per DRG erogati verso i residenti.

⁶¹ Tale voce è composta da una quota di incremento di costo sull'esercizio 2006 per l'andata a regime del CCNL (biennio di parte economica 2004-2005) e da una quota, prevista e da verificare a consuntivo, per l'applicazione del nuovo CCNL (biennio di parte economica 2006-2007).

⁶² Vi rientrano tutte le attività – ambulatoriale, chirurgica e di laboratorio – svolte dal personale dipendente SpA o distaccato ASL a favore di strutture dell'Area Sud (Vignola, Castelfranco e Pavullo).

⁶³ Si tratta di ricavi per l'affitto dei locali a destinazione commerciale, mensa, bar ed edicola.

⁶⁴ Nella voce rientrano: cessione buoni pasto ai dipendenti, promesse di donazioni già accertate, ricavi per comfort alberghiero (per esempio stanze singole) e riproduzione di cartelle cliniche.

⁶⁵ Si tratta di consulenti esterni coinvolti per lo svolgimento di funzioni quali servizio tecnico, servizio prevenzione e protezione e consulenze amministrative diverse.

9.6 Conclusioni

Le sperimentazioni gestionali in Italia rappresentano un'importante fonte di innovazione nel settore sanitario e quasi tutte le regioni hanno attivato esperienze di questo tipo.

Tuttavia, il numero di queste iniziative varia sensibilmente tra le regioni e, in termini complessivi, il fenomeno sembra assumere caratteristiche di elevata eterogeneità, in termini di tipologie di formule societarie/contrattuali utilizzate e livello di coinvolgimento del privato nella gestione dell'attività *core*: questa varietà costituisce un'opportunità per i soggetti coinvolti, che avranno la facoltà di scegliere di volta in volta il modello più appropriato, ma definisce uno scenario di tale variabilità da rendere difficile qualunque valutazione rispetto all'opportunità concreta di scegliere un modello piuttosto che un altro.

L'analisi del quadro giuridico di riferimento, della diffusione delle esperienze e dei due casi oggetti di studio – AMOS SpA e Ospedale di Sassuolo SpA – ha condotto all'individuazione delle potenzialità e dei limiti applicativi connessi all'introduzione di forme di collaborazione pubblico privato nella gestione dei servizi sanitari *core* (con specifico riferimento alla costituzione di società miste), che possono essere ricondotti ai seguenti punti.

TRASFERIMENTO DEL RISCHIO – Uno dei nodi critici delle sperimentazioni attiene alla capacità di trasferire il rischio da parte delle ASL/AO sui soggetti privati coinvolti nel progetto.

Il trasferimento del rischio è legato sia al modello giuridico prescelto, sia alla capacità negoziale delle ASL/AO pubbliche e alle condizioni di contesto. Rispetto al modello, si è visto che alcune tipologie permettono una più chiara suddivisione dei compiti e delle responsabilità. L'associazione in partecipazione consente di definire il ruolo dei soggetti coinvolti, il rischio che grava su ognuno, le condizioni di partecipazione agli utili o alle perdite, definite fin da subito. Meno chiara risulta la suddivisione all'interno degli altri modelli, sia per la complessità organizzativa e istituzionale degli stessi, sia per la presenza di strumenti (patti di sindacato; patti di voto) che possono rendere poco trasparente la gestione e i rapporti societari.

La capacità negoziale dell'ASL/AO è invece fortemente legata ai costi di transazione, che nel caso specifico fanno riferimento alla scarsa concorrenza sul mercato e all'elevata possibilità di comportamenti opportunistici da parte delle imprese, che abbattano il potere contrattuale della pubblica amministrazione. Proprio questo fenomeno ha portato, in numerose esperienze, non solo all'adozione di una rigida selezione del socio privato (cfr. *infra*), ma anche ad altri meccanismi di tutela, primo fra tutti il privilegio in favore di organizzazioni non profit: secondo la teoria economica, infatti, le aziende non profit, non avendo la finalità del profitto, sono meno incentivate a sfruttare l'asimmetria

informativa di cui dispongono e quindi sono maggiormente orientate al perseguimento dell'interesse pubblico.

MODALITÀ DI SCELTA DEL PARTNER PRIVATO – Le disposizioni normative sulle sperimentazioni gestionali, pur non prevedendo una forma proceduralizzata, impongono alla regione – art. 9-*bis*, comma 2, del D.lgs. 502/1992 – una «valutazione di convenienza economica del progetto gestionale, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del Piano Sanitario Regionale». I criteri di scelta del partner sono pertanto strumento per il raggiungimento degli obiettivi della collaborazione: nei casi in cui la possibile controparte presenti caratteristiche di infungibilità (per esempio sotto il profilo tecnico o operativo), ovvero le specifiche condizioni ambientali o di contesto impongano la scelta di un determinato soggetto privato, la compagine pubblica ha optato per la via diretta (Sassuolo); nella generalità degli altri casi sarebbe invece auspicabile il ricorso a procedure a evidenza pubblica – come nel caso di AMOS SpA – che assicurino un adeguato livello di concorrenzialità nelle offerte di partecipazione.

ASSETTO DI GOVERNANCE – In riferimento alla compagine azionaria, la peculiarità delle attività oggetto di collaborazione, unita alla necessità di garantire la titolarità pubblica della funzione a esse connessa, ha indotto il legislatore a prevedere l'obbligo della maggioranza pubblica (51 per cento) nella compagine azionaria. Nel rispetto di tale previsione, la scelta per l'adozione di un assetto istituzionale maggiormente concentrato o frammentato è poi funzione delle singole contingenze. L'analisi delle esperienze ha evidenziato come un assetto societario sostanzialmente paritetico sia preferibile nei casi in cui l'apporto richiesto al privato non sia puramente economico, bensì anche di conoscenze professionali e di competenze manageriali (Sassuolo); tale scelta dovrebbe assicurare un coinvolgimento attivo di entrambe le parti e, oltre a ridurre l'entità dell'investimento apportato dal pubblico, una garanzia più elevata di un effettivo impegno del socio privato al raggiungimento degli obiettivi posti dalla sperimentazione.

Nei casi in cui, invece, l'assetto istituzionale preveda una netta prevalenza della compagine pubblica, dovuto alla partecipazione di una pluralità di soggetti quali ASL, AO, comuni ovvero altri enti locali, come nel caso di AMOS, risulta fondamentale stabilire, a livello statutario e di patti parasociali, un corretto bilanciamento di poteri, in primo luogo nella nomina degli organi di controllo e di gestione, che assicuri la tutela degli azionisti privati di minoranza.

TRATTAMENTO E GESTIONE DEL PERSONALE – Risulta necessario definire lo status dei dipendenti pubblici operativi nella struttura – soprattutto qualora la partnership abbia a oggetto la gestione di strutture sanitarie già esistenti; in questa circostanza il passaggio delle attività sanitarie dall'azienda sanitaria alla società mista si configura come trasferimento di ramo d'azienda, la legge preve-

de che «il rapporto di lavoro debba continuare con l'acquirente», ovvero la società stessa – la quale, tuttavia, segue a tutti gli effetti la disciplina di lavoro privatistica. Al fine di salvaguardare la continuità contrattuale, Sassuolo ha promosso soluzioni di compromesso, prevedendo in particolare, per i dipendenti pubblici alle dipendenze della società, l'istituto del comando: durante la sperimentazione, il personale è «comandato» dall'ASL (mantenendo pertanto il proprio contratto pubblico), mentre il passaggio al regime privatistico avverrà solo al termine del triennio, configurando in tal modo una situazione in cui il trasferimento del ramo dipendenti è soggetto a condizione sospensiva di efficacia – la messa a regime della sperimentazione.

Tale soluzione, sebbene consenta al lavoratore pubblico, di fatto, di mantenere il proprio contratto per un tempo determinato e di scegliere successivamente il regime preferibile (si ricorda difatti che, nel caso non voglia passare al regime privatistico, ha il diritto a essere reintegrato in altra struttura della medesima ASL) non risolve tuttavia il problema. Da un lato, come appena evidenziato, la previsione si limita esclusivamente a posticipare l'adozione di una risposta definitiva – con il rischio che al termine del triennio di sperimentazione si verifichi un generale abbandono della struttura da parte di tali dipendenti; dall'altro lato, si crea l'esigenza di far coesistere, nella stessa azienda, personale sottoposto a discipline contrattualistiche diverse, non solo in termini di remunerazione, ma anche di garanzie.

CONTENUTI DELLA GESTIONE – La ricerca ha evidenziato come il ricorso a formule miste abbia condotto a un'effettiva ottimizzazione nell'utilizzo della struttura e delle attività gestite. I principali guadagni di efficienza si sono registrati a livello di qualità dei servizi erogati e accessibilità – si fa riferimento, in particolare, alla riduzione delle liste d'attesa, al razionamento degli spazi e all'ottimizzazione dell'utilizzo delle apparecchiature diagnostiche e di laboratorio. Nell'adottare strategie di miglioramento dell'efficienza gestionale, la società non può tuttavia prescindere dalla sua *mission* pubblica, la quale vieta fenomeni di *cream skimming* e impone lo svolgimento di tutte le attività, anche quelle – si pensi all'area di emergenza – connotate da bassi livelli di economicità e produttività.

Oltre al superamento delle criticità evidenziate, si ritiene che, per un maggiore successo delle sperimentazioni gestionali e quindi per una loro maggiore diffusione, sia indispensabile un'effettiva integrazione delle competenze specifiche dei soggetti coinvolti, soprattutto attraverso una reale mediazione e collaborazione. Le esperienze approfondite nelle pagine precedenti mostrano, infatti, come l'elevato livello di integrazione dei diversi soggetti, intesa come incontro di competenze, capacità gestionali e finanziarie, e l'aperta e dialettica collaborazione tra imprese private e amministrazioni pubbliche permettano di realizzare progetti a elevata complessità non solo tecnica, ma soprattutto giuridica ed economica.

Bibliografia

- Amatucci F., Lecci F. (2006), «Le operazioni di partnership finanziaria pubblico-privato in sanità: un'analisi critica», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, Egea.
- Anselmi L. (1997), «Opportunità per la costituzione di società miste in sanità», *Organizzazione sanitaria*, n. 6.
- ASSR (2004), *Relazione Progetto sperimentazioni e innovazioni gestionali*, www.assr.it
- Bartoloni M., Cucurachi M.G. et al. (2003), *Sperimentazioni gestionali, il pubblico-privato arranca*, Milano, Il Sole 24 Ore.
- Bellezza E., Florian F. (1998), *Le fondazioni del Terzo Millennio. Pubblico e Privato per il non profit*, Firenze, Passigli.
- Bensa G., Pellegrini L. (2002), «Sperimentazioni e innovazioni gestionali in Italia: primi risultati di un'indagine conoscitiva a cura dell'ASSR», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Borgonovi E. (2000), «Governare l'amministrazione pubblica con il sistema a rete», *Azienda Pubblica*, n. 4.
- Crozier M., Friedberg E. (1977), *L'Acteur et le Système*, Parigi, Seuil.
- Cuccurullo C. (2005), *Le collaborazioni tra pubblico e privato in sanità. Meccanismi di governance*, Padova, Cedam.
- Dugato M. (1998), «Società e joint ventures nella gestione dei servizi sanitari», *Sanità pubblica*, n. 5, pp. 517-535.
- Eisenhardt K.M. (1989), «Building Theories from Case Study Research», *Academy of Management Review*, 14(4), pp. 532-550.
- Fiorentini G. (2000), «Società a capitale misto nell'offerta di servizi sanitari», *Mercato Concorrenza e Regole*, 2(1), pp. 85-111.
- Girishankar N. (1999), *Reforming Institutions for Service Delivery: A Framework for Development Assistance With an Application to the Health, Nutrition and Population Portfolio*, Policy Research Working Paper, n. 2039, World Bank.
- Granovetter M. (1998), *La forza dei legami deboli e altri saggi*, Napoli, Liguori.
- Hennart J.F. (1988), «A Transaction Costs Theory of Equity Joint Ventures», *Strategic Management Journal*, n. 9, pp. 361-374.
- Hamel G. (1991), «Competition for Competence and Interpartner Learning within International Strategic Alliances», *Strategic Management Journal*, n. 12, pp. 83-103.
- Jorio E., Maida R., Montilla E. (2004), «Le sperimentazioni gestionali e la finanza di progetto», *Sanità pubblica e privata*, n. 9.
- Kogut B. (1988), «Joint Ventures: Theoretical and Empirical Perspectives», *Strategic Management Journal*, n. 9, pp. 319-332.
- Koh J., Venkatraman N. (1991), «Joint Venture Formations and Stock Market

- Reactions: An Assessment in the Information Technology Sector», *Academy of Management Journal*, n. 34, pp. 869-892.
- Lega F. (2001), «Strategie di rete per i sistemi multiospedalieri: analisi e valutazione», *Economia e Management*, n. 2, pp. 49-64.
- Lega F. (2002), *Gruppi e reti aziendali in sanità*, Milano, Egea.
- Lomi A. (1991), *Reti organizzative*, Bologna, Il Mulino.
- Longo F. (2005), *Governance dei network di pubblico interesse: logiche e strumenti operativi aziendali*, Milano, Egea.
- Meneguzzo M. (1996), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Milano, Egea.
- Meneguzzo M. (2000), «I terreni dell'innovazione organizzativa», in M. Bergamaschi (a cura di), *L'organizzazione delle aziende sanitarie*, Milano, McGraw-Hill.
- Preker A.S., Harding A. *et al.* (2000), «Make or Buy Decisions in the Production of Health Care Goods and Services: New Insights from Institutional Economics and Organizational Theory», *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), pp. 777-790.
- Tommasetti A. (2003), «La valutazione strategica delle collaborazioni pubblico privato in sanità», *Mecosan*, n. 1.
- Viganò E. (2000), *Azienda. Contributi per un rinnovato concetto generale*, Padova, Cedam.
- Vivone P.D. (2005), *Le sperimentazioni gestionali nel SSN – L'evoluzione del quadro normativo*, www.dgsan.lombardia.it/convegni/sds_Vivone.pdf.
- Yin R.K. (1994), *Case Study Research. Design and Methods*, Thousand Oaks, Sage.