

MECOSAN

Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy

edita sotto gli auspici del Ministero della salute

ANNO XVIII – N. 71 LUGLIO-SETTEMBRE 2009

IN QUESTO NUMERO

SPECIAL ISSUE - Denita Cepiku, Corrado Cuccurullo and Alex Murdock (eds)

Public private partnerships in action: steering and management mechanisms

Le collaborazioni pubblico privato in azione: meccanismi di coordinamento e di gestione nel Ssn italiano

- 3 Editorial** - From economic to social infrastructure. A stocktaking of Public Private Partnerships in the Health Care Sector
- 9 Editoriale** - Dalle infrastrutture economiche alle infrastrutture sociali. Il punto sulle partnership pubblico-privato nel settore sanitario
Denita Cepiku, Corrado Cuccurullo and Alex Murdock
- 15** The role of private providers in the Italian public health care system
- 31** Il ruolo degli attori privati nel sistema sanitario italiano
Giovanna Vicarelli, Emmanuele Pavolini
- 39** Different forms of Public-Private Partnerships – Danish Experience
- 51** Diverse configurazioni di Public-Private Partnership: l'esperienza danese
Alex Murdock, Ole Qvist Pedersen, Jonatan Schloss
- 57** «Soft» coordination mechanisms to integrate institutional logics in public-private partnerships
- 75** Meccanismi di coordinamento «soft» per l'integrazione di logiche istituzionali nelle società miste
Caterina Galdiero, Mariavittoria Cicellin
- 85** Inter-organizational management control in Health and Social Care: an exploratory analysis of Healthcare Consortia in Tuscany
- 99** La programmazione integrata in ambito socio-sanitario: un'analisi esplorativa sulle Società della Salute in Toscana
Antonio D. Barretta, Anja Gepponi, Patrizio Monfardini, Pasquale Ruggiero
- 107** Public-private partnerships in health and «pilot experiences». An empirical analysis
- 129** Collaborazioni pubblico-privato in sanità e sperimentazioni gestionali: un'analisi empirica
Antonello Zangrandi, Dario Butera
- 141** Backsourcing in healthcare organizations. The experiences of AOU Trieste and ASL Rm B
- 151** La reinternalizzazione dei servizi in sanità. L'esperienza dell'Aou di Trieste e della Asl Rm B
Manuela S. Macinati, Antonio D'Urso, Flori Degrassi, Marco Fachin, Antonella Leto
- 159** The impact of public-private partnerships on the target function of public enterprises: case analysis in the Health Care Sector
- 177** Quale influenza hanno le partnership pubblico-privato sulla funzione obiettivo delle aziende pubbliche: analisi dei casi in sanità
Fabio Amatucci, Francesco Longo
- 187** The cost-efficiency of private finance in public healthcare: evidence from the UK and Italy
- 201** Una valutazione del costo dei capitali privati nelle operazioni di project finance per la realizzazione di investimenti sanitari nel Regno Unito e in Italia
Mark Hellowell, Veronica Vecchi

COLOPHON

COMITATO SCIENTIFICO

Elio Borgonovi
(direttore scientifico)

Luca Anselmi

Sabino Cassese

Naomi Chambers

Thomas D'Aunno

Nancy Kane

Siro Lombardini

Stephen J. O'Connor

A. David Paltiel

Antonio Pedone

Michael Rich

Fabio Roversi Monaco

FONDATORE E DIRETTORE RESPONSABILE

Luigi D'Elia
*Direttore generale -
Azienda ospedaliera S. Giovanni -
Roma*

CONDIRETTORE E DIRETTORE SCIENTIFICO

Elio Borgonovi

EDITOR IN CHIEF

Mario Del Vecchio

EDITORIAL BOARD

Antonio Barretta

Antonio Botti

Pier Luigi Catalfo

Denita Cepiku

Lino Cinquini

Corrado Cuccurullo

Luca Del Bene

Andrea Francesconi

Manuela S. Macinati

Antonio Nisio

Elisabetta Reginato

Salvatore Russo

Paola Saracino

Massimo Sargiacomo

Mariafrancesca Sicilia

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Silvia Tanno

DIRETTORE EDITORIALE

Anna Gemma Gonzales

MECOSAN (MANAGEMENT ED ECONOMIA SANITARIA)



Aims & scope della Rivista

Rivista accreditata AIDEA

Mecosan is the premier quarterly journal in Italy in the field of healthcare management. Its mission is to improve the understanding of how healthcare organizations and systems function and to promote the diffusion of good managerial practices at all levels.

In order to pursue its mission, the journal draws together and learns from different academic disciplines (economics, statistics, medicine, sociology and law), although its conceptual roots are firmly grounded in the Italian approach to managerial studies. Considering the role of the public sector in healthcare systems, public management and administration research is a relevant basis for contributions.

Mecosan aims at providing a forum for sharing the results of rigorous and relevant research, case studies and practical experiences in healthcare so that managerial practices can be influenced and improved. The target audience includes academics, researchers, consultants and practitioners. Contributions from different academic disciplines and professional experiences on managerial themes in the field of healthcare organizations are welcome. Authors can submit conceptual articles, original empirical works, theoretical overviews or reviews, or articles on good practices. All submissions will be comprehensively refereed by at least two anonymous reviewers according to internationally accepted standards. *Mecosan* considers reviewing to be a developmental process aimed at improving the quality of individual papers rather than a mere process of selection.

The journal also welcomes papers from non Italian authors written in English.

Mecosan è una rivista trimestrale leader in Italia nel campo della gestione delle aziende sanitarie. La sua missione è di contribuire ad una migliore comprensione del funzionamento dei sistemi e delle aziende sanitarie e di promuovere la diffusione delle buone pratiche manageriali a tutti i livelli.

Per realizzare la sua missione la rivista accoglie contributi di campi disciplinari diversi (economia, statistica, medicina, sociologia e scienze giuridiche) sebbene le sue radici disciplinari siano chiaramente riferibili alla Economia Aziendale. Considerando il ruolo del settore pubblico nei sistemi sanitari la ricerca sul funzionamento delle aziende e delle amministrazioni pubbliche rappresenta un punto di riferimento importante per i contributi.

Mecosan intende rappresentare un luogo per la condivisione dei risultati di rilevanti e rigorose ricerche, casi di studio ed esperienze nel campo della sanità affinché le pratiche manageriali possano essere influenzate e migliorate. Il pubblico di riferimento include accademici, ricercatori, consulenti e operatori.

Sono benvenuti contributi su temi manageriali nel campo delle aziende e dei sistemi sanitari provenienti da differenti campi disciplinari ed esperienze professionali. Gli autori possono inoltrare saggi teorici, lavori empirici originali, rassegne di letteratura, articoli su buone pratiche manageriali. Tutti i materiali pervenuti saranno sottoposti ad un processo di referaggio di almeno due referee anonimi secondo gli standard internazionali comunemente accettati. *Mecosan* considera il referaggio come un processo finalizzato al miglioramento della qualità dei contributi piuttosto che un mero processo di selezione.

La rivista accetta anche contributi di autori non italiani o scritti in inglese.

DIREZIONE

00197 Roma – Viale Parioli, 77
Tel. 06.80.73.368 – 06.80.73.386
Fax 06.80.85.817
E-mail: sipised@tin.it

REDAZIONE

Università Bocconi - Cergas
20133 Milano - Via Röntgen
Tel. 02.58.362.600
Fax 02.58.362.598
E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

PUBBLICAZIONE

Edita da SIPIS, soc. ed. iscritta al n. 285 del reg. naz. della stampa in data 22 settembre 1982
Registrata presso la Cancelleria del Tribunale di Roma con il n. 3 in data 8 gennaio 1992
Fotocomposta da SIPIS srl
Stampata dalla Grafica Ripoli, Via Paterno, Villa Adriana - Tivoli (RM) - Tel. e fax 0774.381.700
Spedita in abbonamento postale, art. 1, c. 1, D.L. n. 353/03 (conv. in L. n. 46/04)
Prezzo di una copia € 75,00

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

Si ricorda che è un reato fotocopiare la rivista o parti di essa senza l'autorizzazione dell'editore; chi fotocopia la rivista o parti di essa si espone a: 1) multa penale [art. 171, lett. a), L. n. 633/41] da € 51,65 a € 2.065,83; 2) azioni civili da parte di autori ed editori; 3) sanzioni amministrative (art. 1, L. n. 159/93) da € 516,46 a € 5.164,57; fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla Siae del compenso previsto dall'art. 68, c. 4, L. n. 633/41, ovvero dall'accordo stipulato tra Siae, Aie, Sns e Cna, Confartigianato, Casa, Claii, Confcommercio, Confesercenti il 18 dicembre 2000, applicando su ogni foglio la contromarca prevista dall'accordo del 17 novembre 2005; tale contromarca sarà l'unica prova dell'avvenuto pagamento dei diritti. Si ricorda in ogni caso che la sostituzione della rivista originale con fotocopie della stessa in tutto o in parte rischia di distruggere la cultura stessa e la rivista con un pregiudizio irreparabile per la ricerca.

From economic to social infrastructure. A stocktaking of Public Private Partnerships in the Health Care Sector

SPECIAL ISSUE INTRODUCTION BY THE GUEST EDITORS

DENITA CEPIKU *Università degli Studi di Roma «Tor Vergata»*

CORRADO CUCCURULLO *Università degli Studi Federico II*

ALEX MURDOCK *London South Bank University*

Public-private partnerships: an undisciplined pluralistic approach of analysis

Once a topic has reached a certain degree of scientific and/or practical relevance, it is a common habit for scholars to publish a special issue to conduct reviews or to trace new approaches. In the case of public private partnerships (PPPs), it can be argued that both practice and research have experimented a remarkable evolution.

Over the years, PPPs have more and more been considered as a means for improving public management and are also taking an important role in relation to advancing economic and social development. The use of PPPs has expanded from economic infrastructure (roads, bridges, tunnels, etc.) to social infrastructure such as schools, hospitals, prisons, social housing, waste management, etc. (Weihe, 2008), with the healthcare sector being heavily interested.

PPPs of this kind involve significant facilities management over the life of the project. As a consequence, the case for PPPs is less about whether these are good or bad and more about how to manage them (Wake Carroll, 2008).

The academic debate and research on PPPs have been gaining momentum for twenty years, along with numerous experiences and developments in many countries and sectors, where the tradition has been of public-owned firms operating in sectors such as education, transport, infrastructures, environment, research and welfare.

Yet, the domain is still relatively young and, although the volume of books, articles, reports and papers has been growing dramatically, this has been insufficient to define its borders. No general consensus exists, in fact, regarding its definition (Bloomfield, 2006:400), either explicit neither implicit (Cappellaro, Cuccurullo, Marsilio, 2009). Hodge and Greve (2007) have identified five families of PPPs as governance arrangements, including institutional co-operation, long term infrastructure contracts, public policy networks, civil society development and urban renewal and downtown economic development. A recent study of the Public Governance Committee of the OECD (2008) lists fourteen different types of PPPs ranging between traditional public procurement and privatisation. For instance, the abuse and misuse of the terms PPPs and PFI show that much ambiguity still remains among professionals and researchers. As a matter of fact, most public policies including healthcare, are managed

through networks of organisations rather than being the exclusive responsibility of a single organisation (Klijn, Koppenjan, 2008).

Osborne (2000) has identified five streams of literature developed around PPPs:

- the nature of organizational collaboration (including structural issues, the resource-dependency thesis and the institutional paradigm);
- the public management literature: developed within the Anglo-American experience, puts the emphasis on managerial arguments and contractual relations;
- the public governance perspective, focusing on the governance of relationships within networks and on the relevance of the context;
- the community development literature;
- the empirical literature on the process and impact of PPPs upon the provision of local services and on the development of local communities.

Different perspectives have been adopted in researching PPPs including (Weihe, 2008): the urban regeneration approach (American based); the public policy approach; the infrastructure approach (mainly after the UK based Private Finance Initiative); and the development approach (following experiences such as those of the UNDP, the World Bank, the Global Public Private Partnership, etc.; cf. Missoni, 2001; Cepiku, Giordano, 2005). These approaches have noticeably followed the development of PPPs in specific sectors, providing an explanation on why the topic is currently subject to analysis by public administration, healthcare policy, urban studies, planning and development studies scholars and less so by business and management researchers (Cappellaro, Cuccurullo, Marsilio, 2009).

In Italy, PPPs have been particularly adopted in the healthcare sector (Fattore et al., 2005; Cergas Bocconi, 2007). The academic research has developed along public management, public economics and finance perspectives. In the late '90s, it has focused on the assessment of strengths and weaknesses of project finance compared to other financial and investment mechanisms employed in the healthcare sector (Meneguzzo, 1999), as well as on the analysis of the project finance experiences (PFI) in the UK NHS (Amatucci, 1997; Barretta, 2006). This has been followed by official investigations on the extent of the adoption of project finance in the Italian healthcare system (Investment evaluation unit of the Health Ministry, the Department of Public administration Finlombarda, etc.). More recently, the research has brought to the Italian context the UK debate on the gap between expected and achieved results (Barretta, Ruggiero, 2008; Vecchi, 2008) and the impact of inter-institutional relations on PPPs.

As an emerging field at the international level, it has seen tremendous energy focused on outlining an ambitious research agenda (Broadbent, Laughlin, 1999; Osborne, 2000). This has pushed a large number of scholars from different disciplines to write about PPPs in various journals, but a real community with prolific authors has not yet developed. Two specific journals appeared in the last decade, but de facto a recognized source for the research does not exist. In fact 70 percent of almost two-hundred journals, where articles on PPPs were included, have published just one article each (Cappellaro, Cuccurullo, Marsilio, 2009). We believe that this indicates a lack of a common language and methods.

The aspects related to the management and governance of PPPs remain – although with some relevant exceptions (Cuccurullo, 2005; Meneguzzo, Cepiku, 2008; Barretta, Busco, Ruggiero, 2008) – a gap in the current literature. Both a management deficit (Metcalf, 2004) and an evaluation deficit (Hodge, Greve, 2007) have been underlined. To date, there has been much written in terms of technical guidance on PPPs, but this has largely been at a conceptual level to sell the idea prospectively, rather than at an analytical and using past empirical level to learn (Hodge, Greve, 2007).

A practice-led research agenda

Practice has developed faster than the theory on PPPs. There is already a reasonable body of empirical evidence for such new field, especially for healthcare organizations. Interorganizations, for instance, act as promoters of PPPs in different sectors and countries (especially developing ones) and systematically publish empirical studies on the diffusion of PPPs in developing countries or knowledge management for the implementation and operation of PPPs (Cappellaro, Cuccurullo, Marsilio, 2009). PPPs are seen as a tool to improve and support the introduction of innovative public governance approaches, the provision (and quality) of basic public services, the development of infrastructures.

In OECD countries, PPPs have been utilized in order to have more resources (especially financial) and to enhance managerial capabilities. The collaboration between public and private players is entering a phase of greater dissemination after a slow start-up, probably due to an unclear normative framework (Zangrandi, Butera, in this issue).

The majority of the articles in this issue are empirical and enable the deep gap that exists between practice and theory emerge. Practice is important to drive theory in social science, but theory is also important to build experience on a rigorous basis. Scholars have a great responsibility to test good theories for good practices. Theories, both when they are right and when they are wrong, are more powerful than is usually realised. So, at the practical level, it is necessary to invest more time to collect and analyze experiences and events related to PPPs over time.

This themed issue: steps toward a disciplined pluralism in PPPs theory and practice

Borrowing John Kay's (2003) concept of disciplined pluralism, while both practice and research on PPPs seem to have the gift of pluralism (of definitions and terminology, of approaches and perspectives, etc.), they lack the discipline.

In practice, the healthcare sector without doubt can benefit from a plurality of actors – public, private for and non profit – given that their interactions occur inside a disciplined institutional framework (Borgonovi, 1998; 2007; 2008). The role of the private partner in PPPs should not be narrowly viewed as a means for increasing efficiency of allocation but as an agent of social change, creating innovation through small-scale experimentations. This innovative capacity, enhanced through pluralism and decentralization of authority, needs to be counterbalanced by discipline (electoral process and regulatory authorities that evaluate outcomes). The question becomes how to make coexist the private market strength (i.e. promote experimentation and innovation) with political and democratic control.

On the other hand, in academic research, the issue is that of making the most of a rich pluralism of ideas. PPPs, as previously mentioned, are investigated with a spectrum of approaches. Arguably the range of approaches found and their development in isolation are major obstacles to the achievement of a general consensus on what they are and how they must be analyzed.

We view two main approaches arising as perspectives of analysis. On one hand, PPPs are considered contracts acting as an intermediate governance mechanism in order to reduce the transaction costs of the provision of public services (Williamson, 1985), especially through privatization and outsourcing (Savas, 2000). Alternatively taking a sociological perspective, PPPs have become a new governance paradigm to manage the interdependency of public-owned, private and ONG organizations (Castells, 1998). According to this latter perspective, the mutual adjustment of public and private strategies becomes a fundamental prerequisite for the success of the numerous PPPs found in several sectors. It considers PPPs as a new public governance paradigm to improve the efficiency and effectiveness of public service delivery.

The variety and richness of research approaches are evident in this special issue. There is the risk of a proliferation of theories, but we have regarded it as crucial to legitimate the pluralism of research approaches for this topic. Also it is important in order to avoid the uncritical acceptance of a dominant paradigm.

The articles in this themed issue

This Mecosan special issue builds on the state-of-art of the literature and practice of PPPs. It offers a platform to explore the topic, share ideas, raise questions and identify some priority areas needing attention as part of a renewed research agenda for the future. Our ambition with this themed issue, therefore, is to contribute to a more clear understanding of PPPs in academic research. At the heart of such purpose there is a research approach that closely reflects the actual practice. This, we believe, the authors of the articles in this issue have amply accomplished.

The themed issue originated from the idea of the Mecosan editorial board to dedicate space and effort to such a relevant topic. The eight articles here included are drawn from twenty-eight that were subsequently submitted in response to an open call for papers, and have all been through two rounds of double-blind reviewing. We have defined PPPs quite widely, to include not simply the classic approaches and experiences, but also relevant ones. This journal has a managerial perspective, but we accepted also different contributions because we retain that pluralism is significantly important to properly analyze PPPs. In the coming decade we retain that designing and drawing a research agenda where possible upon other complementary fields of study will better illuminate PPPs phenomena and questions.

The special issue begins with Vicarelli and Pavolini's article on the role of private providers in the Italian public health care system. The authors well highlight that there has always been some degree of public sector and private sector co-operation as an important thread throughout history. Beyond the ideological rhetoric about private provision, a central argument in the actual debate, these authors draw a general picture of the characteristics and forms of interaction between the public and the private sector in Italian health (hospital) care system in various regional contexts and at national level. Differences in the model adopted can be explained by a «path dependency» effect. In addition the authors do not find any particular correlation between system performance and weight of private provision, calling for a more pragmatic approach in analyzing public-private interaction.

The article by Q. Pedersen, Schloss and Murdock analyzes a historical PPP in Denmark (Falck) with the aim of highlighting performances and key success / failure elements. They do so very originally from the perspective of the private partner. The Falck experience well exemplifies a general trend moving from the original justification in terms of cost and efficiency to service delivering partnerships, with a focus on a cultural understanding of the operation and success.

Galdiero and Cicellin look at the use of hard and soft approaches in resolving professional and managerial issues in health care. This is undertaken through a case study approach whereby 2 case studies are compared. The article examines two questions: Does the predominance of both an institutional professional logic and an institutional managerial logic in the healthcare management of PPPs produce a positive coexistence and how could the logics be integrated in the management of PPPs?

The article «Inter-organizational planning and control in social and healthcare integration» by Barretta, Geponi, Monfardini and Ruggiero explores a new instrument of integrated planning and control introduced in Tuscany to govern the high complexity of social and healthcare integration networks (Società della Salute) and their impact on the different partners (public and non profit) involved. The integrated planning and control, though presenting

some weaknesses, has produced several benefits such as more frequent interactions among the partners, a strengthened trust and reduced information asymmetries.

Zangrandi and Butera illustrate the drivers of PPPs effectiveness – which are quite ignored in the vast literature – through the analysis of numerous and diverse initiatives in an advanced context like the Lombardy Region. The authors highlight, along with the potential benefits of collaboration, that a durable partnership is difficult to maintain over time.

The article «Backsourcing activities in the healthcare sector» by Macinati, D’Urso, Degrassi, Fachin and Leto investigates difficulties with outsourcing. The Trieste Hospital and the Roma-B healthcare organization provide us with fresh insights on the evolution of the relationship between the public and the private sectors. Both cases have a long experience with the delegation of public services to private firms. In both cases, collaborations evolve over time from contracting to a partnership. This evolution brings healthcare organizations to equip themselves with adequate managerial tools and sufficient information to end up deciding that outsourcing or a PPP is not necessarily the most convenient solution, either economically or socially. The most relevant conclusion to be (optimistically) drawn is that without the right systems and instruments for steering and governing networks, any PPP will hardly succeed in meeting the healthcare organization’s expectations.

The next articles go still deeper inside the project finance, the most popular form of PPP.

Amatucci and Longo have conducted an ample descriptive analysis of Italian PF initiatives, exploring the role of government and public healthcare organizations in programming PPPs and the influence of private firms on the regional policy. Regional centralized planning prevails in Italy that reduces the relevance of public healthcare organizations and the entrepreneurial behaviour of private actors.

Hellowell and Vecchi examine the cost efficiency of PPP projects in health care in the UK and Italy using a capital budgeting approach. They review the background of such projects and use several approaches to evaluate the efficiency of private as opposed to public finance. They conclude that the private finance costs are higher. The approach used is a technical one focusing on finance models.

R E F E R E N C E S

- AMATUCCI F. (1997), «Il Project Finance nel settore ospedaliero: l'esperienza in Gran Bretagna e possibilità applicative in Italia», *Mecosan*, 22.
- BARRETTA A. (2006), «Il project financing nella sanità inglese: i possibili insegnamenti per il sistema sanitario italiano», in M. Pompella, *La finanza di progetto: profili tecnici e normativi. I modelli, i contratti, i rischi, la valutazione degli investimenti e le possibili applicazioni*, Franco Angeli, Milano, pp. 187-208.
- BARRETTA A., BUSCO C., RUGGIERO P. (2008), «The role of trust in the PFI: an explorative analysis of the Italian health-care sector», *Public Money & Management*, 28(3), pp. 179-184.
- BARRETTA A., RUGGIERO P. (2008), «Ex-ante evaluation of PFIs within the Italian Health-care sector: what is the basis for this PPP?», *Health Policy*, 88(1), pp. 15-24.
- BLOOMFIELD P. (2006), «The Challenging Business of Long-Term Public-Private Partnerships: Reflection on Local Experience», *Public Administration Review*, 66(3), pp. 400-411.
- BORGONOVÌ E. (1998), «Dare il contenuto corretto al concetto di pubblico e privato», *Mecosan*, 27.
- BORGONOVÌ E. (2007), «Salute: un bisogno, tante dimensioni», *Mecosan*, 63, pp. 3-7.
- BORGONOVÌ E. (2008), «Scandali, persone, regole», *Mecosan*, 66, pp. 3-7.
- BROADBENT J., LAUGHLIN R. (1999), «The Private Finance Initiative: Clarification of A Future Research Agenda», *Financial Accountability and Management*, 15(2), pp. 95-114.
- CAPPELLARO G., CUCCURULLO C., MARSILIO M. (2009), «Public private partnership: un'analisi bibliometrica», *Azienda Pubblica*, 2.
- CASTELLS M. (1998), *The Rise of the Network Society*, Malden-Oxford, Blackwell Publishers.
- CEPIKU D. (2005), «Public governance: Overcoming the ambiguity», in K. Coghill (ed.), *Integrated Governance: Linking up Government, Business & Civil Society*, Monash Governance Research Unit, Monash University, Caulfield East, Melbourne.
- CEPIKU D., GIORDANO C. (2005), «Performance management e partnership per combattere l'AIDS, la malaria e la tubercolosi», *Mecosan*, 55, pp. 97-110.
- CERGAS BOCCONI (2007), «Osservatorio sulla Sanità Privata in Italia e in Lombardia», http://portale.unibocconi.it/wps/allegatiCTP/Osservatorio_Rapporto%20finale.pdf.
- CUCCURULLO C. (2005), «I meccanismi di governance nelle collaborazioni formali tra pubblico e privato in sanità», *Mecosan*, 54, pp. 11-28.
- FATTORE G., JOMMI C., LAPENTA A., OTTO, M., PARUZOLO S., TORBICA A., VILLA S. (2005), *Partnership pubblico-privato: quali opportunità nel settore sanitario?*, n. 1, Osservatorio Farmaci, Cergas - Università L. Bocconi.
- HODGE G.A., GREVE C. (2007), «Public-Private Partnerships: An International Performance Review», *Public Administration Review*, 67/3, pp. 545-558.
- KAY J. (2003), *The Truth About Markets: Why Some Countries are Rich and Others Remain Poor*, Penguin Books, London.
- KLIJN E.H., KOPPENJAN J.F.M. (2008), «Progettazione istituzionale: il cambiamento degli assetti istituzionali dei network», in M. Meneguzzo, D. Cepiku (eds), *Network pubblici: Strategia, struttura e governance*, McGraw Hill, Milano.
- MENEGUZZO M. (1999), «Dal piano straordinario poliennale alla finanza di progetto. Modalità innovative di finanziamento degli investimenti delle Asl negli anni '90», *Mecosan*, 29, pp. 35-44.
- MENEGUZZO M., CEPIKU D. (eds). (2008), *Network pubblici: Strategia, struttura e governance*, McGraw Hill, Milano.
- METCALFE L. (2004), «Private-public relationships: what can we learn from management?», Paper presented at the annual AIES conference, Milan.
- METCALFE L., LAPENTA A. (2009), «Partnerships as strategic choices in public management», Paper presented at the annual EGPA Conference, Malta.
- MISSONI E. (2001), «Il Fondo Globale contro AIDS, tubercolosi e malaria», *Qualità Equità*, 23/24.
- OECD (2008), *Public-Private Partnerships: In Pursuit of Value for Money and Risk Sharing*, Paris.
- OSBORNE S. ed. (2000), *Public-private partnerships: theory and practice in international perspective*, Routledge, New York.
- SAVAS E.S. (2000), *Privatization and Public-Private Partnerships*, CQ Press, New York.
- VECCHI V. (2008), «Il project finance e gli impatti sul profilo di rischio generale dell'azienda sanitaria», *Mecosan*, 65, pp. 139-154.
- WAKE CARROLL B. (2008), «Editor's introduction to the special issue on public-private partnerships», *Canadian Public Administration / Administration Publique Du Canada*, 51(1), pp. 1-4.
- WEIHE G. (2008), «Ordering Disorder On the Perplexities of the Partnership Literature», *Australian Journal of Public Administration*, 67(4), pp. 430-442.
- WILLIAMSON O.E. (1985), *The Economic Institutions of Capitalism*, The Free Press, New York.

Dalle infrastrutture economiche alle infrastrutture sociali. Il punto sulle partnership pubblico- privato nel settore sanitario

INTRODUZIONE AL NUMERO SPECIALE

DENITA CEPIKU *Università degli Studi di Roma «Tor Vergata»*

CORRADO CUCCURULLO *Università degli Studi Federico II*

ALEX MURDOCK *London South Bank University*

Le partnership pubblico-privato: un pluralismo indisciplinato

Una volta che un argomento raggiunge una certa rilevanza scientifica e/o pratica, si è soliti pubblicare uno special issue o un numero monografico al fine di rivisitare la materia o proporre nuovi approcci d'analisi. Nel caso delle partnership pubblico-privato (PPP), si può affermare che sia la pratica sia la ricerca hanno subito, nel tempo, una notevole evoluzione.

Negli anni, le PPP sono state considerate sempre più uno strumento volto a migliorare il management pubblico e hanno assunto un ruolo significativo in materia di promozione dello sviluppo economico e sociale. L'ambito di utilizzo di PPP è partito dalle infrastrutture economiche (strade, ponti, gallerie, ecc.) fino a comprendere le infrastrutture sociali come scuole, ospedali, prigioni, case popolari, gestione dei rifiuti, ecc. (Weihe, 2008), interessando sempre più il settore sanitario.

Queste ultime tipologie di partenariati richiedono considerevoli risorse gestionali per l'intera durata del progetto. Il dibattito si sposta dal considerare aprioristicamente le PPP una scelta giusta o sbagliata a valutare come possano essere meglio gestite e indirizzate verso il perseguimento dell'interesse generale (Wake Carroll, 2008).

Il dibattito accademico e la ricerca sulle PPP hanno acquisito notevole slancio negli ultimi venti anni, assieme alle numerose esperienze registrate in molti Paesi e settori, caratterizzati dalla presenza di aziende pubbliche operanti nell'erogazione di servizi come l'istruzione, i trasporti, le infrastrutture, l'ambiente, la ricerca e il welfare.

Non si può, ciò malgrado, parlare di un consolidamento delle teorie sulle PPP. E sebbene il volume di libri, articoli e documenti sia enormemente aumentato, ciò non è sufficiente a tracciarne i confini. Non esiste, infatti, un consenso generale, esplicito o implicito, su una possibile definizione (Bloomfield, 2006, p. 400; Cappellaro, Cuccurullo, Marsilio, 2009). Hodge e Greve (2007) hanno identificato cinque famiglie di PPP, a partire dalla fisionomia assunta dagli assetti istituzionali: la cooperazione istituzionale, i contratti di infrastruttura di lungo termine, i network di politica pubblica, i partenariati con la società civile per il recupero urbano e lo sviluppo economico. Un rapporto recente del Public Governance Committee dell'OCSE (2008) ha elencato quattordici tipi di PPP che vanno dai tradizionali sistema di acquisti pubblici a formule assomiglianti maggiormente alla privatizzazione. Ad esempio, l'abuso o l'uso improprio dei termini PPP e PFI dimostra palesemente che sussiste ancora

una estrema ambiguità tra professionisti e ricercatori. È un dato di fatto, gran parte delle politiche pubbliche, compresa l'assistenza sanitaria, sono gestite attraverso reti di organizzazioni, piuttosto che essere di esclusiva competenza di una singola società (Klijn, Koppenjan, 2008).

Ancora, Osborne (2000) ha individuato cinque filoni di letteratura sviluppati attorno alle PPP:

- la natura della collaborazione organizzativa (comprese le questioni strutturali, la resource-dependency theory e il paradigma istituzionale);*
- la letteratura sul management pubblico, di matrice anglo-americana, pone l'accento su aspetti di management e su relazioni contrattuali;*
- la prospettiva di governance pubblica, con particolare attenzione al governo delle relazioni all'interno delle reti e alla rilevanza del contesto;*
- la letteratura sullo sviluppo delle comunità locali;*
- la letteratura empirica sul processo e l'impatto delle PPP sull'erogazione di servizi locali e sullo sviluppo delle comunità locali.*

Differenti prospettive d'analisi sono state applicate allo studio delle PPP quali (Weihe, 2008): l'approccio di rivitalizzazione urbana (fondamentalmente di natura americana); l'approccio di politica pubblica; l'approccio delle infrastrutture (principalmente a seguito della «Private Finance Initiative» britannica); e l'approccio sullo sviluppo (successivo a esperienze come quelle dell'UNDP, della Banca Mondiale, della Global Public Private Partnership, ecc.; cfr. Missoni, 2001; Cepiku, Giordano, 2005). Tali orientamenti hanno puntualmente seguito lo sviluppo delle PPP nei settori sottostanti, fornendo una valida spiegazione al perché l'argomento è attualmente oggetto d'analisi da parte di studiosi dell'amministrazione pubblica, della politica sanitaria, degli studi di urbanistica, di pianificazione e di sviluppo e meno da parte di ricercatori di business e management (Cappellaro, Cuccurullo, Marsilio, 2009).

In Italia, le PPP sono state adottate in particolar modo nel settore sanitario (Fattore et al., 2005; Cergas Bocconi, 2007). La ricerca si è sviluppata lungo prospettive di public management, economia e finanza pubblica. Alla fine degli anni novanta, si è concentrata sulla valutazione dei punti di forza e di debolezza della finanza di progetto rispetto ad altri meccanismi di finanziamento e di investimento adottati nel settore sanitario (Meneguzzo, 1999), nonché sull'analisi delle esperienze di project finance nel sistema sanitario britannico (Amatucci, 1997; Barretta, 2006). Hanno fatto seguito indagini ufficiali sul grado di adozione del project finance nel sistema sanitario italiano (Nucleo di valutazione degli investimenti del Ministero della salute, Dipartimento della Funzione pubblica, Finlombarda, ecc.). Inoltre, la ricerca ha introdotto nel contesto italiano il dibattito britannico sul divario tra risultati attesi e conseguiti (Barretta, Ruggiero, 2008; Vecchi, 2008) e l'impatto delle relazioni interistituzionali sulle PPP.

Una forte attenzione è stata riservata, a livello internazionale, alla necessità di delineare un'ambiziosa agenda di ricerca (Broadbent, Laughlin, 1999; Osborne, 2000), che ha indotto numerosi studiosi appartenenti a differenti ambiti disciplinari a scrivere sulle PPP. Tuttavia, non è ancora emersa una vera comunità di ricerca sul tema. Due riviste specifiche si sono affermate negli ultimi anni, ma de facto non esiste una fonte riconosciuta. Di fatto, il 70% delle quasi duecento riviste che hanno pubblicato articoli sulle PPP ne registrano ciascuna un solo articolo (Cappellaro, Cuccurullo, Marsilio, 2009). Questo si accompagna all'assenza di un linguaggio e di un metodo comune.

Gli aspetti relativi alla gestione e alla governance delle PPP rappresentano – seppur con qualche eccezione (Cuccurullo, 2005; Meneguzzo, Cepiku, 2008; Barretta, Busco, Ruggiero, 2008) – una lacuna nella letteratura corrente. Due gap sono stati oggetto di particolare segnalazione: il management deficit (Metcalf, 2004) e la valutazione (Hodge, Greve, 2007).

Numerose ricerche hanno proposto linee guida tecniche e concettuali sulle PPP, ma queste sono state perlopiù orientate a vendere un'idea prospettica, piuttosto che a validare e sviluppare un modello teorico a partire dalla crescente base empirica (Hodge, Greve, 2007).

Un'agenda di ricerca orientata alle esperienze

Relativamente alle PPP, la pratica si è sviluppata più velocemente rispetto alla teoria. Esiste già una considerevole quantità di evidenze su questa formula istituzionale, in particolar modo in sanità. Le istituzioni internazionali, ad esempio, agiscono in qualità di promotori delle PPP in differenti settori e Paesi (specialmente in quelli in via di sviluppo) e pubblicano regolarmente studi empirici sulla diffusione delle PPP e sulla gestione delle conoscenze per l'attuazione e il funzionamento delle PPP, considerate uno strumento per migliorare e sostenere l'introduzione di approcci innovativi di governance pubblica, l'erogazione di servizi pubblici fondamentali di qualità e lo sviluppo delle infrastrutture (Cappellaro, Cuccurullo, Marsilio, 2009).

Nei Paesi OCSE, le PPP sono state utilizzate al fine di disporre di maggiori risorse (specialmente finanziarie) e per migliorare la capacità amministrativa. In Italia, la collaborazione tra attori pubblici e privati sta sperimentando una progressiva diffusione a seguito di un lento avvio, probabilmente dovuto a un quadro normativo poco chiaro (Zangrandi, Butera, in questo numero).

Gran parte degli articoli in questo numero sono di natura empirica ed evidenziano un profondo divario tra pratica e teoria. Le esperienze sono fondamentali per lo sviluppo di teorie nelle scienze sociali, ma anche la teoria è importante per costruire l'esperienza su basi rigorose. Gli studiosi hanno una grande responsabilità nel testare buone teorie per buone pratiche. Le teorie, sia quando sono giuste sia quando sono sbagliate, dispongono di maggior potere rispetto a ciò che solitamente si realizza. Pertanto, a livello pratico, è necessario investire più tempo nella raccolta e nell'analisi delle esperienze e degli eventi relativi alle PPP nel tempo.

Questo numero speciale: passi verso un pluralismo disciplinato della teoria e della pratica delle PPP

Prendiamo nuovamente in prestito il concetto di pluralismo disciplinato di John Kay (2003) per evidenziare che, mentre sia la pratica sia la ricerca sulle PPP sembrano avere il dono del pluralismo (di definizioni, di terminologia, di approccio e di prospettiva, ecc.), esse appaiono ancora carenti nel dono della disciplina.

In pratica, il settore sanitario può senza dubbio trarre beneficio da una pluralità di soggetti – pubblici e privati, for e non profit – purché le loro interazioni avvengano all'interno di un quadro istituzionale disciplinato (Borgonovi, 1998; 2007; 2008). Il ruolo del partner privato nelle PPP non deve essere restrittivamente considerato come uno modo per aumentare l'efficienza dell'allocazione bensì come un fattore di cambiamento sociale, che crea innovazione attraverso la sperimentazione su piccola scala. Questa capacità di innovare, esaltata dal pluralismo e dal decentramento di autorità, necessita di essere controbilanciata dalla disciplina (processo elettorale e autorità di regolamentazione che supervisionano i risultati). Il problema diventa, quindi, far coesistere il vantaggio del mercato concorrenziale (incentivazione della sperimentazione e dell'innovazione) con il controllo politico e democratico.

D'altra parte, la ricerca accademica deve trarre il massimo vantaggio da un ricco pluralismo di idee. Le PPP, come detto in precedenza, sono oggi oggetto di analisi di differenti approcci. È ragionevole ritenere che la gamma di approcci identificati e la loro evoluzione in isolamento costituiscano i maggiori ostacoli al perseguimento di un consenso generale su ciò che le partnership sono e su come debbano essere esaminate.

In particolare, vale la pena considerare due principali prospettive d'analisi. Da un lato, le PPP sono osservate come contratti che rappresentano un meccanismo di governance volto a ridurre i costi di transazione nella erogazione di servizi pubblici (Williamson, 1985), specialmente attraverso la privatizzazione e l'outsourcing (Savas, 2000). In una alternativa prospettiva sociologica, le PPP sono un nuovo ed emergente paradigma di governance per gestire l'interdipendenza delle organizzazioni pubbliche e private, for e non profit (Castells, 1998). Secondo quest'ultima prospettiva, l'adattamento reciproco delle strategie pubbliche e private diventa un requisito fondamentale per il successo delle numerose PPP che operano in diversi settori. Si considerano le PPP come un nuovo paradigma di governance pubblica per migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'erogazione del servizio pubblico.

La varietà e la ricchezza delle strategie di ricerca emergono chiaramente in questo numero. Vi è il rischio di una proliferazione di teorie, ma è stato ritenuto fondamentale per legittimare il pluralismo degli approcci di ricerca su tale argomento e al fine di evitare l'accettazione acritica di un paradigma dominante.

Gli articoli in questo numero speciale

Questo numero speciale di Mecosan parte dallo stato dell'arte della letteratura e della pratica sulle PPP, offre una base per esplorare l'argomento, condividere le idee, sollevare questioni e individuare alcune aree prioritarie che necessitano di particolare attenzione nel quadro di una rinnovata agenda di ricerca per il futuro. Il nostro auspicio attraverso questo numero è, pertanto, quello di contribuire a una più chiara comprensione delle PPP nella ricerca accademica. Al centro c'è un approccio che osserva da vicino le esperienze e la base empirica accumulata negli anni. Questo, a nostro avviso, è stato ampiamente seguito dagli autori degli articoli nel presente numero, che nasce dall'idea del Comitato editoriale di Mecosan di dedicare spazio e attenzione a un argomento di tale rilievo. Gli otto articoli qui riportati sono stati selezionati dai ventotto che hanno risposto a un call for paper e sono stati sottoposti a un doppio referaggio anonimo.

Le partnership sono state definite PPP in modo sufficientemente ampio, considerando non solo gli approcci e le esperienze tradizionali, ma anche quelle più diffuse negli ultimi anni. I contributi accolti vanno oltre la prospettiva economico-aziendale, in linea col ritenere il pluralismo rilevante per un'adeguata analisi delle PPP. Un'agenda di ricerca futura basata sulla complementarità di diversi approcci disciplinari e di ricerca aiuterà a comprendere meglio il fenomeno e le problematiche delle partnership.

Il numero speciale inizia con l'articolo di Vicarelli e Pavolini sul ruolo dei fornitori privati nel sistema sanitario pubblico italiano. Gli autori sottolineano in modo incisivo che è sempre e storicamente esistito un certo grado di co-operazione tra settore pubblico e settore privato. Gli autori prescindono dalla retorica ideologica sul ruolo del «privato», argomento centrale nel dibattito odierno, tracciano invece un framework generale su caratteristiche e forme di interazione tra i due settori nei sistemi sanitari regionali (con particolare riferimento agli ospedali). Le differenze, nel modello adottato, possono essere giustificate da un effetto di «path dependency». Inoltre, gli autori non trovano una particolare correlazione tra le performance del sistema e il livello di coinvolgimento delle aziende private, arrivando così a proporre un approccio più pragmatico nell'analisi dell'interazione pubblico-privato.

L'articolo di Q. Pedersen, Schloss e Murdock analizza una storica partnership nata in Danimarca e affermata anche in altri Paesi europei e lo fanno in modo alquanto originale ponendosi dalla prospettiva del partner privato Falck. L'articolo evidenzia le performance e gli elementi chiave che stanno alla base di diversi episodi di successo e fallimento. L'esperienza di Falck è un chiaro esempio di una tendenza più generale che parte dalla giustificazione originaria in termini di costi e di efficienza fino ad arrivare alle partnership di erogazione dei servizi, focalizzandosi sulla comprensione culturale del funzionamento e del successo.

Galdiero e Cicellin osservano l'utilizzo di approcci hard e soft per affrontare alcuni aspetti manageriali e professionali in ambito sanitario. Ciò attraverso il metodo dei casi e confrontando due casi studio diversi. L'articolo analizza la coesistenza e l'integrazione di due logiche istituzionali: una professionale e una logica manageriale nelle PPP in sanità.

L'articolo «Pianificazione e controllo inter-organizzativa nell'integrazione sociale e sanitaria» di Berretta, Geponi, Monfardini e Ruggiero indaga un nuovo strumento di programmazione e controllo integrata introdotto in Toscana per gestire l'elevata complessità delle Società della Salute e il loro impatto sui differenti partner. La programmazione e controllo integrata, sebbene presenti alcune debolezze, ha apportato diversi vantaggi in primis una più frequente interazione tra i partner, maggiore fiducia e ridotta asimmetria informativa.

Zangradi e Butera illustrano i driver dell'efficacia delle PPP attraverso l'analisi di numerose iniziative avviate nella regione Lombardia. Si evidenziano le difficoltà di mantenere nel tempo sia i benefici potenziali della collaborazione sia la stessa partnership.

L'articolo «Le attività di back sourcing nel settore sanitario» di Macinati, D'Urso, De-grassi, Fachin e Leto analizza le difficoltà nei rapporti tra pubblico e privato nell'ambito dell'outsourcing. Dalle esperienze dell'ospedale di Trieste e della Asl di Roma B emergono nuovi spunti sull'evoluzione delle relazioni tra i due settori. In entrambi i casi si parte da una lunga esperienza di affidamento dei servizi pubblici ad aziende private. In entrambi i casi, le collaborazioni evolvono nel tempo da forme contrattuali a rapporti di partnership. Questa evoluzione consente alle strutture sanitarie di dotarsi di adeguati strumenti manageriali e di sufficienti informazioni, arrivando a ritenere che l'outsourcing non è necessariamente la soluzione più conveniente, sia economicamente sia socialmente. La conclusione più rilevante da trarre (ottimisticamente) è che senza appropriati sistemi e strumenti di indirizzo e di gestione delle reti, ogni PPP difficilmente riesce a soddisfare le aspettative dell'azienda sanitaria.

Gli articoli che seguono analizzano in modo approfondito il project finance, la forma più popolare di PPP.

Amatucci e Longo effettuano un'ampia analisi descrittiva dell'esperienza italiana di project finance, indagando il ruolo delle aziende pubbliche sanitarie nel programmare e indirizzare le PPP e l'influenza di aziende private sulla politica regionale. In Italia, in presenza di una diffusa pianificazione regionale centralizzata, diminuisce la rilevanza delle aziende sanitarie pubbliche e il comportamento imprenditoriale degli attori privati.

Hellowell e Vecchi esaminano, utilizzando un approccio tecnico basato su modelli finanziari (capital budgeting), l'efficienza dei costi dei progetti di PPP nella sanità britannica e italiana. Gli autori analizzano il contesto di tali progetti e adottano diversi approcci per valutare l'efficienza del project finance in comparazione con il finanziamento pubblico. Concludendo che i costi del project finance sono più elevati.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

The role of private providers in the Italian public health care system

GIOVANNA VICARELLI, EMMANUELE PAVOLINI

The paper addresses three different questions in relation to public-private partnership in health care. What the main public-private partnerships models in health care in Italy are and how they have evolved over time. How differences in the adoption of public-private partnership models can be explained. The possible impact of different public-private partnership models on the overall institutional performance of NHS. On one side the article shows how important is to adopt also a path dependency approach to account for most recent transformations in the public-private interaction. On the other the paper argues that there is not a significant relationship between diffusion of private provision and NHS performance: the outcome of public-private partnerships depend quite strongly on public governance capacity.

Keywords: governance, hospital care, partnership, private provision, performance

Parole chiave: governance, assistenza ospedaliera, partnership, privati in sanità, performance dei sistemi sanitari pubblici

Authors

Vicarelli Giovanna, Full Professor of Economic and Organisational Sociology and Social Policy – Polytechnic University of Marche

Pavolini Emmanuele, Associate Professor of Economic Sociology and Social Policy – University of Macerata

Attribution

Giovanna Vicarelli wrote §§ 1, 2 and 3; Emmanuele Pavolini §§ 4 and 5. § 6 was written jointly by the two authors

1. Introduction

At first sight, the roles of public and private providers in the Italian health care system seem quite well known. However, if a closer look is taken, the picture becomes more blurred and single aspects of the public-private partnership appear less well defined. The debate about the issue has been characterized, as a matter of fact, by «ideological rhetorics» concerning either the goodness of private provision, competition and freedom of choice in health care as a value in itself, or, at the opposite, how wrong it is to have «private (self-)interests» in the public sphere. The expression «public-private partnership» refers in the present article to models of health care provision in which private actors act as «public» ones, providing NHS services and receiving statutory funds for it and, in exchange, accepting some form of regulation over their activity.

Since the beginning of the 90s this partnership, and its possible different shapes, have received an increasing attention for a broad and different set of aims such as health care cost containment, efficacy and quality improvement, as well as more freedom of choice of users: project financing, quasi-markets and a shift in provision from public providers to private contracted-out ones have been some of the tools discussed and (sometimes) introduced in order to accomplish these goals (Vicarelli, 2005).

The article addresses three different sets of questions, focusing on the partnership in hospital care.

1. What the main public-private partnerships models in health care in Italy at the na-

INDEX

1. Introduction
2. Public and private partnerships in the long run in Italy
3. Changes in the hospital sector over time
4. The rise of private provision in hospital care between demographic and institutional transformations
5. Private providers and the RHCS: does private provision matter in terms performance?
6. Conclusions

tional and regional level are, what their characteristics are and how they have evolved over time.

2. How the differences in the adoption of the different public-private partnership models can be explained.

3. Different public-private partnership models do have an impact or not on the overall institutional performance of public health care systems.

Given the centrality of the public-private partnership debate in the Italian NHS nowadays, the present article tries to take a look at this relationship accounting for, on one side, the long run interaction between these two set of actors over time, on the other, the most recent transformations.

Our hypothesis is that it must be taken into consideration how public-private partnerships have been shaped in the long run in order to understand how they are structured today and might be in future, also in order to avoid or to limit some of the shortcomings of this interaction that happened in the past and, partially, still today. Quoting North (1990), there seems to be a «path / past dependency» effect not only and just at the national level, but also at the local regional one, with partnerships taking different shapes nowadays depending also on the past history of these partnerships.

Apart from the issue concerning the models of private-public partnerships and the reasons for their adoption, a last question is also relevant: quite often the debate on the role of private provision in the NHS focuses on the «goodness» and «evils», from an ideological point of view: in the last part of the article the attention is shifted toward what it might be the relationship between private providers and the functioning of the NHS.

2. Public and private partnerships in the long run in Italy

Adopting a historic long run approach, three different phases of public-private relationships can be traced in Italy with a specific reference to hospital care: the first phase goes from the Italian Reunification in 1860 to the first two decades of the 20th century, when private philanthropic care played a major role, public ones were residual and, more

in general, health care was still in a pre-modern stage of development; the second phase, that goes from the Fascist regime to the mid-70s, is characterized, on one hand, by the first step of health care scientific and technological modernization, on the other, by a mix of public and private provision with the production of some interesting innovations as well as with many forms of «mutual and particularistic accommodation» between the two actors; the third phase is the one started with the introduction of the NHS in 1978 and the following institutional transformations, concerning also health care rationalization processes.

From the State unification of Italy (1860) to the creation of the NHS (1978), the basic problem of Italian governments was to limit the inclusion of health care among the tasks of government and of public administration. Liberal governments, the fascist regime and also, for a long time, republic governments have tried to avoid to sustain the costs of a health care public provision system. Therefore the Italian health care model was characterized first by residuality, then by particularism and meritocracy (Ferrera, 1993; 1998; Vicarelli, 1997; Paci, 1989): the central actors were families, the Church, nonprofits, entrepreneurial action and philanthropy.

When in 1978 Italy created an NHS, one of the main issues in the reform is exactly how to manage private health care services and institutions, which had a leading role until that moment. How to organize public-private partnership becomes central in the political and cultural debate, especially in the 80's when the whole NHS started to be implemented (Vicarelli, 1997a and b).

Anyway, the shapes of this partnership undergo different and dramatic changes in the last 30 years. Already in 1992, just after 14 years since its introduction, the NHS went under a deep and radical institutional reform with the introduction of regionalization and managerialisation, as well as of managed competition among (public and private) providers of the NHS. Even this reform has a short life, due to the fact that in 1999 a third reform (after the ones in 1978 and 1992) took place substituting the concept of managed competition with managed cooperation between private and public health facilities. In the present decade the situation seems

more fuzzy: central national governments seem more keen on controlling expenditure than proposing new models of governance and regulation of public-private partnerships, even if there are differences between centre-right and centre-left orientation toward the NHS and the role of private provision in it.

This is the complex (and confused) scenario in which public and private actors interact in recent years trying to forge new forms of partnerships, a scenario characterized by public actors adopting more business-like institutional arrangements and private ones more and more institutionalized in the public sphere (in terms of stability of financing and rules).

3. Changes in the hospital sector over time

3.1. The first phase

As stated above, between the end of the 19th century and the beginning of 20th century, Italy tried, thanks to Crispi's laws and Giolitti's provisions, a deep change, similar to the one that took place in Lutheran and Anglican countries after the XVI century: in 1890 the Italian Prime Minister Crispi tried to put under State control the so-called «Opere Pie», the catholic church institutions devoted to offer respite and (health (care) to the population. In 1861 there were in Italy 17.000 Opere Pie, owning assets worthier than the whole state revenues. The Opere Pie were mainly distributed in Campania, Sicily, Lazio and Lombardy (interesting enough, as it will be shown in the following paragraphs related to more recent years, the regions just quoted are nowadays the ones with more private provision in the NHS). Among the Opere Pie there were 955 «hospitals», which were more hostels for sick poor people than real institutions. Crispi's law aimed at put under State control and rationalize the Opere Pie world and, more specific, the «hospitals», substituting in their boards representatives of the Catholic Church with local authorities representatives. Liberal governments after Crispi, however, never implemented strongly this law.

3.2. The second phase

The Fascist government actually reversed the tendency of the prior phase, by consolidating the role of the Church as to health and social provisions (introducing again the presence of Church representatives in the Opere Pie boards) and making it extremely difficult to face the problem of a universalistic and institutional reform of the Health System also in the aftermath of World War II (Vicarelli, 1997). The impact on the hospital sector was that until 1938 no specific regulation and reorganization were set and the sector remained blurred inside the more general Opere Pie world. This general situation exerted great influence on health care structures and in particular on the modernization processes of hospitals, in a time of great technical and scientific transformation (the years between the two world wars), since they prevented a direct intervention of the State on the issue: the State accepted the principle of deregulation and entrusted private providers and religious organizations with the matter. Besides, the flow of private charity, on which hospitals depended, was variable in quantity and, above all, widely varied from region to region: hospitals in richer Northern Italy could rely on generous donors sensitive to the new medical and technological needs, while hospitals in poorer Southern Italy received contributions less generous: if hospitals in Centre-Northern Italy could usually afford introducing new technologies and specialized treatments, the southern ones often maintained a more archaic and out-of-date profile. No wonder, therefore, that in 1937 Northern Italy could rely on around 6 beds per 1,000 inhabitants, while Southern Italy only had 2 beds (Soresina, 1987).

In the third decade of the 20th century the hospital sector underwent also another relevant transformation: the users of its services became less and less the «poors» and more the affluents needing care. Hospitals started to receive paying clients covered by non-profit self-help organizations (the «Mutue»): the Mutue were associations created by workers, mostly in Centre-Northern Italy, offering hospital care to their members in need.

In order to regulate this transformation in the hospital sector, becoming more and more a «market», the fascist regime introduced in

1938 a bill specifically addressed to define rules of behavior inside it and defining the public role of provision and, mostly, of financing the sector.

Thanks to all these transformation the third decade of the last century became one of the most innovative and important in the history of the Italian health care system: hospital provision increased and improved its quality, although this phenomena concerned mostly the industrial areas of the north and the main urban areas of the Centre-North (in the years before WWII, only 30% of local authorities had some sort of health care hospital facilities). These years are the ones when public-private partnerships offered the first good example of integration and cooperation in order to foster processes of innovation and transformation in the hospital sector: many of the most known Italian hospitals nowadays were created in the period thanks to a mix of private and public financing and efforts. For instance in Piedmont the «Molinetto Hospital» was founded in 1935 thanks to a consortia made by the local Opera Pia, the Ministry of Education, the University of Turin, the Local Authority of Turin and the local Savings Bank and other private philanthropical funds (Petri, 1984). The same happened in hospitals such as Gaslini (Genoa in 1938) and Niguarda (Milan also in 1938).

Hence, in the 1950s and 1960s, the Republican (Cristian-Democrats) governments chose to perpetuate the mutualistic fascist model, implementing criteria even more based on contacts, nepotism and political patronage, although in a new context characterized by huge investments in hospital care facilities.

At the end of the 1960s the State introduced a new law on hospital provision (bill n° 132 – 1968). One of the main issues in the discussion that led to the bill was the need to rationalize hospital care provision and to reduce the fragmentation: there were too many actors and institutions providing services, adopting different criteria for accepting and making paying beneficiaries (Luzzi, 2004). At a certain moment of the discussion it seemed that a «nationalization» of the entire hospital sector was the choice. Instead, thanks also to the lobbying activity of the catholic Church, the specific role of private catholic hospitals was maintained and it

even received a specific regulation: many of them were defined «classified», maintaining therefore their private and independent profile, but being considered equal to public hospitals (also in terms of funding).

3.3. The third phase

This difficult path towards health care «statalization» explains the largely private character of services and health care structures until the second half of the 1970s, when the creation of the NHS started a new phase, no longer based on the predominance of the private over the public, but rather of the public over the private, albeit with various forms of mixture and expediency. However, when this wide process of health care «statalization» started, a large part of religious and charitable structures were allowed to stay private while obtaining, through agreements with the NHS, the security and continuity of public funding: the «classified hospitals» maintained their specific status and other private hospitals received a similar status, being defined «qualified» to be part of the public hospital sector.

Therefore even when the Italian government took on the economic, financial and organizational responsibility of health care, it did not definitely cut its links with the past since it allowed many non-profit and religious organizations to continue their activity, thanks to agreements with the State that actually guaranteed their continuity or allowed them to take on control over sectors (rehabilitation, long term hospitalization, etc.) in which the State had decided to limit its involvement.

Soon after the NHS introduction in 1978, the Italian state started to face expenditure control problems and decided, as well as in many other countries, to rationalize and to reduce hospital provision, at least in terms of beds availability. If 1975 is the year with the highest number of hospital beds (588.103) (Istat, 1986), already in the mid-80s a bill was passed (n° 595) to set a hospital beds rate (6,5 hospital beds each 1.000 inhabitants). In 15 years (1975-1990) 178.000 public hospital beds were cut. The rationing process went on also in the first part of the 90s: the hospital beds rate was brought down to 5,5 in 1996.

In the second part of the last decade, after having started the reduction of public hospital beds, having transformed hospitals into health agencies and having introduced a new form of reimbursement for hospital services (the DRG system since 1995), one of the main NHS goals became the reorganization and the diversification of services, as well as a better equality in their distribution. In the national health care plan of 2001 it was underlined that part of the hospital structure was not anymore adequate to quality and safety standards: 28% of hospitals was founded in the 19th century and more than 500 institutions have more than 60 years of life. In 2001 a new bill has reduced even more the hospital beds ration (down to 5 hospital beds each 1.000 inhabitants, of whom 1 for LTC and rehabilitation). The Regions who do not comply do receive the Regions who do not comply do receive less funding from central government. Always in the same year the government set new targets trying to reduce the relative hospital expenditure in favor of territorial and primary care activities.

The debate and the policy decisions in the following years concentrated more and more on the creation of «excellence institutions» and an «hospitals network» with a new institutional design for hospital provision: inside this scenario public-private partnerships assume a new possible leading role as it happened 80 years ago. Inside this debate many

different options have been discussed, such as, for instance, the creation of foundations with public-private funds. So far the introduction of foundations has been experimented only on IRCSS (National Institutes for Research and Care).

Table 1 shows what it is the role of private provision¹ in 2005: around half of hospital institutions in Italy can be defined private: along with 541 strictly owned private hospitals, there are a considerable number of private (31) and Foundations (7) IRCSS, as well as of qualified hospitals (16), assimilated or qualified ones (32). Altogether these institutions account for around 29% of hospital beds, almost 28% of days of treatment and 24% of discharges.

4. The rise of private provision in hospital care between demographic and institutional transformations

In this context of legislative evolution, looking more in depth into quantitative data can be useful to define the role of private providers in the NHS, using as indicator the incidence of discharges in private hospitals.²

In the last decades a clear growing trend is visible in terms of the relative incidence of discharges by private hospitals³ (**graphic 1**): in the years following the NHS introduction, around 13% of total discharges were in private structures, whereas in 2005 this value

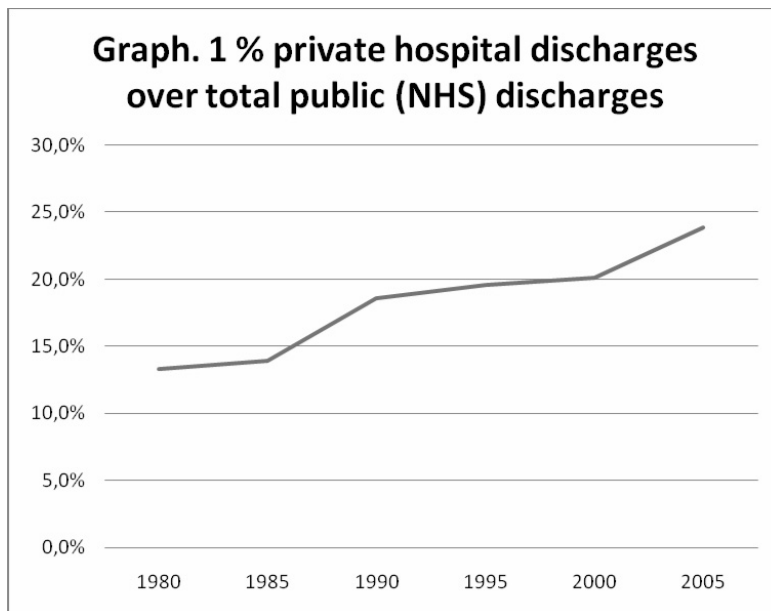
Type of Hospital Institution	N°	N° hospital beds	N° Days of treatment	N° discharges
Hospital Agency (AO)	97	64.153	18.727.077	2.473.879
Hospitals part of Health Agencies (ASL)	454	88.070	24.900.041	3.404.823
Research Institutes	3	293	71.227	9310
University Policlinics	11	6.815	1.875.814	238.049
IRCSS – of whom:	55	12.294	3.639.597	408.375
Public	17	2.346	607.368	72.537
Private	31	6.302	1.951.625	189.161
Foundations	7	3.646	1.080.604	146.677
Qualified hospitals	16	2.094	589.185	61.712
Assimilated and Classified Hospitals	32	6.765	1.992.194	264.337
Strictly private hospitals	541	46.779	12.077.164	1.279.417
Total	1.209	227.263	63.872.299	8.139.902
Incidence of private provision (%)	51,9	28,9	27,7	23,8

Source: own re-elaboration of Department of Health and Istat data

Table 1
The role of private provision in the NHS in 2005

Graphic 1

% private hospital discharges over total public (NHS) discharges



Data graphic 1

1980	1985	1990	1995	2000	2005
13,3%	13,9%	18,6%	19,6%	20,1%	23,8%

rose to around 24%. From the 80's until the end of 90's the growing trend was steadily, then there was an acceleration in the first part of the present decade.

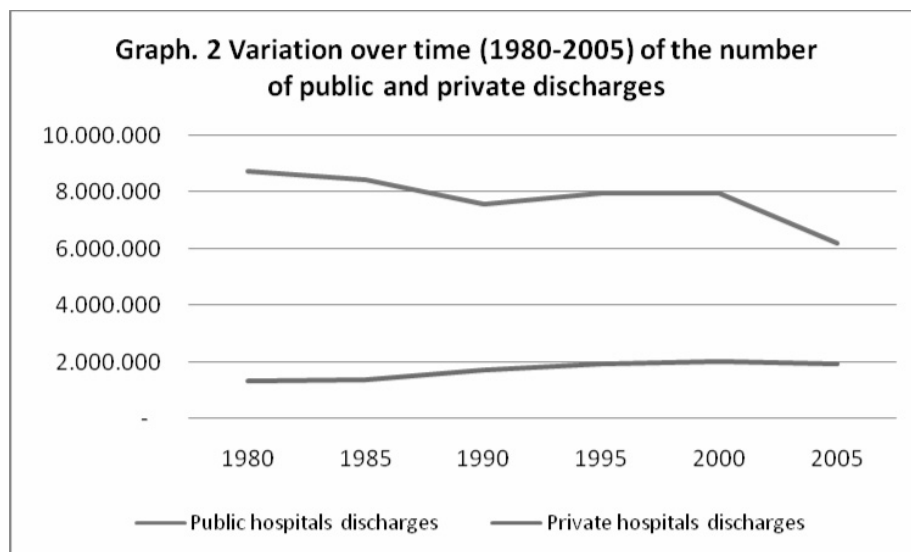
The explanation for this trend is related to the fact that during the last two decades there was a general strategy of the State, as already illustrated in the previous paragraph, towards a reduction of hospital care, and, in particular, of beds for acute hospital care, which affected fundamentally public institutions (public hospital beds were cut quite more than private ones): the number of directly public-run hospital discharges diminished dramatically and steadily, whereas in the private sector there was an increase in absolute terms until the mid-90s and then, in the period 1996-2005 the situation became relatively steady (**graphic 2**).

How can this transformation, related to the rise of private provision in absolute and relative terms, be accounted for? A look at three possible different factors has been taken, apart from the one referred to national

legislation (permanence in the NHS of «classified» hospitals, etc.), already discussed in the previous paragraph: a) transformation in IRCSS legal status; b) transformation in the demand side (with the increase of long term care provision due to the aging population); c) regional differentiation.

A first relevant role was played by the reform of 2001 about IRCSS. The transformation of some IRCSS into private foundations played a role in this scenario: the seven IRCSS turned into foundations account for almost 2% of total NHS hospital beds and discharges. Some of these foundations where, anyway, private IRCSS before the 2001 reform. Anyhow the relative incidence of discharges in not public IRCSS rose from around 58% in 1996 to 82% in 2005.

A second factor is the transformation in the health care demand. Italy has become a country with one of the highest presence of elderly people: in 2005 around 20% of the population was over 64. Rehabilitation and LTC health services, of course not limited to



Data graphic 2

	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Public hospitals discharges	8.741.056	8.457.727	7.589.096	7.982.302	7.966.914	6.198.598
Private hospitals discharges	1.343.696	1.368.515	1.734.567	1.941.078	2.003.560	1.941.304

the elderly population, are becoming more and more relevant. Looking at the data from the Department of Health, there was in Italy in the 1996-2005 decade a growth in discharges from rehabilitation and LTC hospital facilities of around 55%, whereas there was a decrease of around 21% of total hospital discharges. From the point of view of private provision, what it is interesting to notice is the relevant role played by private providers in this specific field⁴:

– already in the mid-90s and then during the decade 1996-2005 the incidence of discharges by private hospitals was around 63% and then rose to 70%, a percentage quite higher than the one referred to the total amount of discharges; rehabilitation and LTC are therefore one of the main NHS fields where private provision is very spread and has a relatively dominant role;

– inside the private provision field the role of rehabilitation and LTC has relatively increased; 13% of discharges in 2005 was re-

lated to this area of health care, whereas in 1996 the percentage was down to 9%.

Therefore part of the explanation of the relative changing and growing role of private provision in public health care can be traced in the direction just described, but it must not be overlooked the fact that, anyway, rehabilitation and LTC discharges only account for around 4-5% of total hospital discharges: there is the need to look at other possible factors influencing this changing role.

In order to understand what happened to private provision, it is also relevant to analyze how regional public health care systems (RHCS) work. In the same decade when the NHS was introduced (the 70s), Regions started acquiring an institutional recognition, also in health care issues. However until the early 90s their role in the NHS was limited and they were more «policy takers» (mainly concerned with the implementation of centrally set policies) than «policy makers» (France, 2008). Since the mid-90's, Ital-

Graphic 2

Variation over time (1980-2005) of public and private discharge's number

ian Regions have received increasing powers and autonomy to manage and to organize the NHS: this process can be defined of «health care federalism / devolution». Devolution changed the way health policy is developed and where it takes place: «policy is now made less in Parliament and in the central ministries and more through negotiations between the national government and the regions» (France and Taroni, 2005, p. 184). The powers acquired by the Regions found also a significant expression in the implementation of managed competition and cooperation. Within the general framework of rules set at a national level in the last 15 years, Regions established often different arrangements in terms of role of private providers in the public regional health service.

As shown in **graphic 3**, there is a strong differentiation among Italian Regions in reference to the role of private provision:

- there is a first group of RHCS with a high level of private provision (at least 25% of hospital discharges in private hospitals): Calabria, Puglia, Campania, Lombardy and Lazio;
- there is a second group with a medium-high level of private provision (the incidence of discharges is between 19% and 22%): Trento, Piedmont, Sicily and Abruzzi;
- there is a third group with a medium-low level (around 14%-15%): Emilia-Romagna, Veneto and Sardinia;
- a fourth last group with a relatively low level of private provision (maximum 10%): Liguria, Marche, Molise, Friuli, Tuscany, Bolzano, Umbria, Basilicata and Aosta Valley.

This differentiation is partially due to different traditional pattern of private provision in various Regions, but it is also the result of choices adopted in the last 10-15 years, when Regions started acting as policy makers in the NHS at the local level.

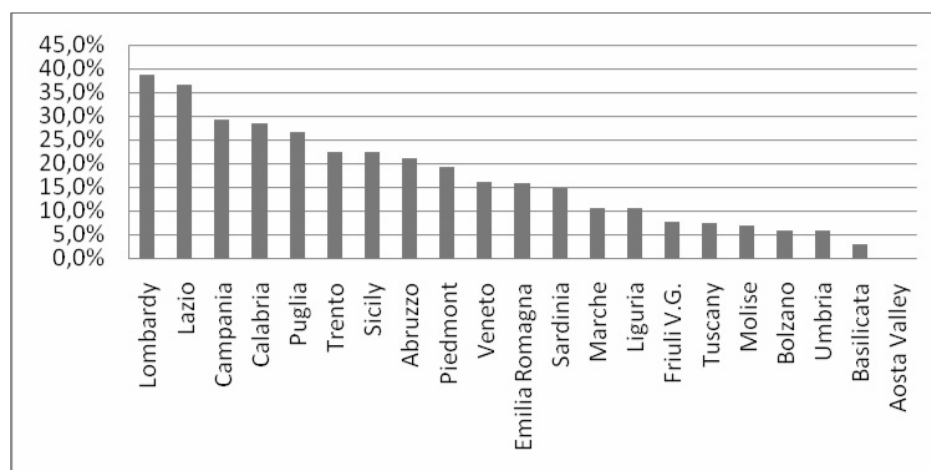
In order to understand better the factors at the base of this territorial differentiation in private provision, different variables can be used. A database has been set up made by 21 cases (19 Regions and the two Autonomous Provinces of Trento and Bolzano) and a set of variables potentially able to be correlated

(and to influence) the private provision role at the level of each regional system:

- an *economic variable* related to the *level of regional development*;⁵
- a *socio-cultural one*, based on the concepts of *civiness*, as defined by Putnam in his studies on the institutional performance of Italian Regions (Putnam *et al.*, 1993);
- two variables concerning the *political system*, one relative to the political-cultural orientation of Regional governments (measured in terms of number of years of presence of centre-left Councils from 1996 to 2005), the other concerning the stability of regional governments (measured in terms of number of elected regional governments that took office between 1996 and 2005);
- a variable concerning the level of the *demand for health services* by citizens in the region;⁶
- a last variable related to the degree of *path / past dependency*, explaining the variation of the present private provision by the level of this provision in 1996, when public health care regionalization started to take pace.

A partial correlation analysis has been conducted. The variable most strongly linked to the variation in the role played by private provision in different Regions in the mid 2000s is the role of private provision of the mid1990s, when Regions started to enjoy increasing decisional autonomy in health care (**table 2**). Confirming the data collected through historical analysis in the previous paragraph, *past/path dependency seems to be the main variable that can give information on the framework of private provision role adopted in recent years at the regional level*: the stronger the role of private providers in the mid1990s, the stronger has been the increase in the last decade.

Graphic 4, based on a double classification of the Regions, concerning the incidence of discharges in private hospitals in the year 1996 and on the variation of that incidence between 1996 and 2005, is useful to better understand how Regional policy making affected the relative presence of private provision: a *phenomena of regional polarization in the relative use of private provision* is visible in the 1996-2005 decade. In particular



Graphic 3
Incidence of private provision (%) in the Regional RHCS

Data graphic 3

Lombardy	38,8%
Latium	36,5%
Campania	29,2%
Calabria	28,3%
Apulia	26,6%
Trent	22,5%
Sicily	22,4%
Abruzzi	21,0%
Piedmont	19,2%
Veneto	16,1%
Emilia Romagna	15,7%
Sardinia	14,7%
Marche	10,6%
Liguria	10,5%
Friuli V.G.	7,5%
Tuscany	7,3%
Molise	6,7%
Bolzano	5,8%
Umbria	5,7%
Basilicata	3,0%
Aosta Valley	0,0%

Regions with higher levels of private provision increased the role of private providers, whereas the ones with lower level remained quite often stable or even reduced it.

Even if there has been and there is a political and scientific discussion arguing for a fundamental role played by political / ideological orientation of regional governments

in explaining the role of private providers (Maino, 2001), our result seems to offer a broader and partially different picture. Of course the role of private providers at a regional level was (and partially is still) one of the standpoints round which policies, ideologies and values of local governments are structured, with a differentiation between

Table 2

Partial correlations (*) between the relative variation of the role of private provision (years 1996-2005) and a organizational, demographic, political, economic and cultural variables set

	Relative variation of private providers role in the decade 1996-2005 (%)
	Partial correlation value
N° of years of Centre-Left Regional Governments in the decade 1996-2005	- 0,312
Civiness Index	- 0,123
Level of economic development Index	0,322
N° of Regional Governments in the decade 1996-2005	- 0,311
Complexity of health services demand Index	- 0,192
% of discharges in private hospitals in 1996	0,637 (**)

(*) Partial correlations have been used instead of normal correlation because with the former it is possible to analyze the relationship between two variables, controlling for the other relevant ones

(**) Sign. <0,01

centre-right (more liberist) and centre-left (more public-provision oriented) governments. On one hand, in Regions where the role of private providers was strong and the regional government was centre-right, the liberist message based on competition and freedom of choice spread more easily: centre-right governments found very good partners among private providers and their associations in their attempts to implement reform policies of regional health systems based on competition (the perfect example of this scenario is Lombardy). On the other hand, Regions with a centre-left government and with a more limited presence of private providers found it easier to adopt a model oriented towards managed cooperation and the containment of private providers: the perfect example is Tuscany. Intermediate situations were, from a certain point of view, the ones most blocked and where compromises were needed. Regions with center-right governments, theoretically oriented towards competition, acting in contexts where private providers were relatively few (for instance Veneto), and also Regions with centre-left governments with a significant presence of private providers (Campania), found themselves in more difficult positions: both of these types of Regions had to swing between competition and cooperation governance models, often contradicting the rhetorical statements of their programs (whether pro-market conservative or social-democratic) in favor of more pragmatic decisions based on the real role of private providers in their regional systems.

5. Private providers and the RHCS: does private provision matter in terms performance?

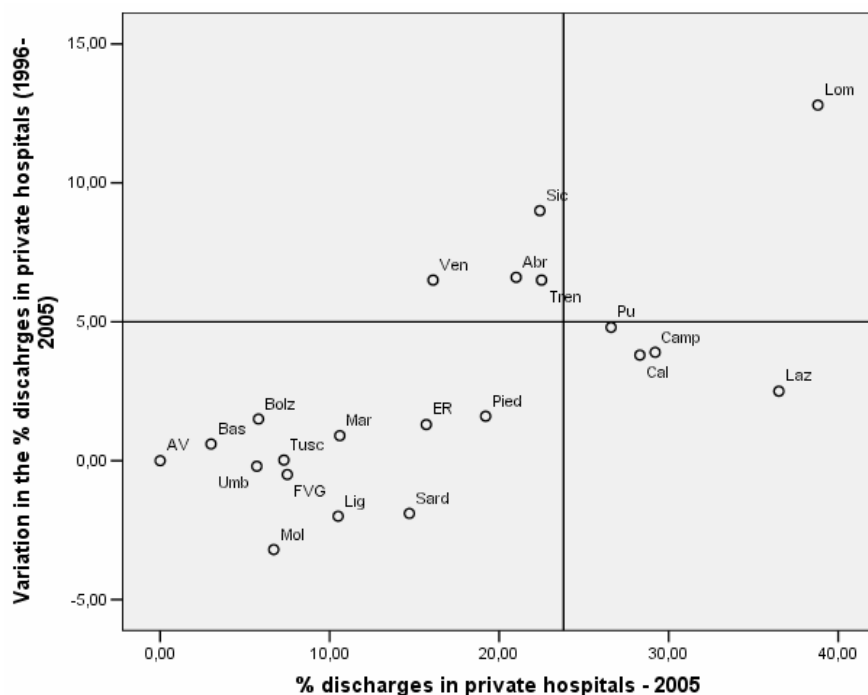
Usually a good part of the literature on health care governance and the role of private provision focuses mostly on the characteristics and models of these governance and provision (managed competition, managed cooperation, etc.). In this paragraph another question is addressed in relation to governance and the role of private providers: is there any significant relationship between the presence and the relative role of private provision in the public health care system and the general performance of the RHCS?

The same database used in the previous paragraph was used to take into consideration this question.

The RHCS performance variables are taken from a recent and interesting study conducted by Mapelli (2007).

This scholar sets up performance indexes based on a series of variables concerning different dimensions. Among the ones proposed by Mapelli, in the present paragraph the followings have chosen:

- hospital management efficiency index, measured by variables such as use of beds rate, rotation index, case mix index, etc.;
- quality of services index, measured by users' satisfaction with different aspects of hospital services and the level of interregional health mobility (RHCS users seeking care not in their own, but in a different Region);



Graphic 4
The role of private providers over time
in Italian Regions

Data graphic 4

Regions	2005	Var. 1996-2005
Abruzzi	21,0	6,6
Basilicata	3,0	0,6
Bolzano	5,8	1,5
Calabria	28,3	3,8
Campania	29,2	3,9
Emilia Romagna	15,7	1,3
Friuli V.G.	7,5	- 0,5
Latium	36,5	2,5
Liguria	10,5	- 2
Lombardy	38,8	12,8
Marche	10,6	0,9
Molise	6,7	- 3,2
Piedmont	19,2	1,6
Apulia	26,6	4,8
Sardinia	14,7	- 1,9
Sicily	22,4	9
Tuscany	7,3	0,02
Trent	22,5	6,5
Umbria	5,7	- 0,2
Aosta Valley	0,0	0
Veneto	16,1	6,5

- appropriateness index, measured by hospitalization rates for the population over 74, appropriateness of hospital admissions for diabetes or asthma, incidence of caesarean deliveries, etc.;
- responsiveness index, measured by diffusion of services related to emergency, etc.;
- general index, as the results of the previous specific indexes.

Along with these indexes, an economic performance index was also introduced, using as a proxy the level of RHCS budget deficit, expressed as a percentage of total RHCS expenditure in the years 2004-05.

In **table 3** the results of partial correlation analysis are presented. It must be kept in mind that, in this case, the correlation between the different performance indexes and the private providers role in the RHCS (expressed in terms of incidence of private discharges among the total public discharges) has been controlled for the following variables: political ones (political orientation of regional governments and their stability over time); the socio-cultural one (civicness); the economic one (level of economic regional development); the socio-demographic one (complexity of health services demand); the governance one.

Table 2 shows two different sets of partial correlations: in the first (in the central column) the correlation between private provision and performance is controlled for all the other variables, but for the governance

capacity index one; the second set of correlation (in the column on the right side) the correlation is controlled also for the governance capacity index. The reasons for these two different analysis will result clear in the following lines.

Let us first have a look at the partial correlation not considering the governance capacity index. The analysis shows that *the relative role of private provision is not significant in relation to the performance level of the RHCS, but in the case of the strictly economic performance dimension*. A great part of the debate, In Italy and abroad, is concentrated on the role, whether positive or negative, played by private providers in health care systems, but the data of the present research seem to show that the dimension is, as such, only partially central if compared with a much more important issue: what RHCS do and how well (or bad) they do it.

The data presented here suggest the need to readdress attention from the issue of privatisation in universalistic NHS as such to the characteristics of the governance model of public-private partnerships. If the attention is shifted to the set of correlation values in the last column of table 3, when a governance capacity index is introduced, we gain more useful insights.

This governance index has been built in a relatively simple way and it is used as a proxy of the capacity of RHCS to control and regulate private provision. Since the mid-90s a central theme in health care governance

Table 3
Partial correlations between the performance level of the RHCS and the private providers role, controlled for a organizational, demographic, political, economic and cultural variables set (year 2005)

	Private providers role in the RHCS	
	Not controlling for governance capacity index (Accreditation)	Controlling for governance capacity index (Accreditation)
RHCS budget deficit as a percentage of public health care expenditure (2004-05)	0,395(*)	0,274
Level of Performance of the RHCS: hospital management efficiency index	0,263	0,213
Level of Performance of the RHCS: quality of services index	0,154	0,127
Level of Performance of the RHCS: appropriateness index	- 0,200	- 0,140
Level of Performance of the RHCS: responsiveness index	0,039	0,025
Level of Performance of the RHCS: general (operational and process) index	0,129	0,076

(*) Sign. 0,05

has been the issue of «accreditation» (the ways and requirements that RHCS should ask private providers who want to become part of the regional NHS provision system): therefore accreditation is a central element in governing private provision. If a look is taken at a recent study by CERGAS (2007) on this issue, where all the 21 Italian RHCS were studied, three different RHCS profiles on accreditation can be traced in the middle of the present decade:

- RHCS which have accomplished and completed in a detailed way the accreditation system through their regional laws (e.g. Lombardy, Tuscany, Emilia-Romagna);
- RHCS which have not yet accomplished and completed in a detailed way the accreditation system through their regional laws, but have already developed a quite complex system and are «half the way» (e.g. Piedmont, Liguria, etc.);
- RHCS which still lay behind in the process (e.g. Lazio, Abruzzi, Sicily, Campania).

What it is worthy noticing is the fact that there seems to be almost a clear cut differentiation between Regions in the Central and Northern part of Italy, which have completed accreditation systems or are «half the way», and Regions in the South which lay often behind. This difference is even more sticking when it is considered that many Southern Regions with high level of private provision are part of the third cluster of RHCS.

The governance capacity index is simply the score for each Region in terms of accreditation procedures: a value equal to 1 has been given to RHCS who completed accreditation, 0,5 to those who are «half the way», 0 to those who lay still behind.

Controlling also for this last variable (last column on the right), there seems to be no significant correlation anymore between private provision and economic deficit. The explanation of this not significant correlation should be probably searched in the direction of regulatory capacities of the regional authorities: quite often a broader set of health providers (public and private ones) requires a stronger capacity to define and control their provision and expenditure, avoiding not appropriate or over-expenditure. Different RHCS seem to have different capacities to do so.

Also a recent empirical research on regional case studies (Lombardy, Emilia-Romagna, Lazio and Puglia) carried out by Vicarelli, Neri and Pavolini (2009) and analysis conducted by Mapelli (2007) show that there are still quite strong differences in the capacity of different RHCS to use governance tools to manage private provision.

Therefore the negative correlation between budget deficit and private provision / introduction of managed competition is not so direct as it might appear, once controlling for governance capacity («weak» or «strong»). When the data are controlled for this mediating factor, it can be seen that there are regional situations such as Lombardy with a high and increasing private provision, without facing budget deficits. Problems arise with private provision when the Region is not able to introduce effective governance tools (as it happens in Lazio or in Sicily): in these cases the introduction or preference for a «quasi-market» model leads into a chaos without a precise framework regulating the providers role and the functioning of the ‘internal market’.

6. Conclusions

The analysis presented here gives a general picture of the characteristics and the forms of interaction between the public and the private sector in Italian health (hospital) care system in various regional contexts and at an aggregate level.

Our study shows that public-private partnerships in health care in Italy are not something new. Since the first development of health care policies there have been forms of strong private involvement.

These partnerships have taken different shapes over time and in different territories. The historical analysis shows how, in many occasions, public-private partnerships have fostered more «mutual accommodation» solutions for public and private actors than effective innovation in health care. At the same time, in some cases specific forms of public-private partnership were at the core of the foundation of the best nation-wide Italian hospitals (e.g. the Gaslini Hospital for children in Genoa): a cooperation among local authorities, civic society and private providers allowed institutional innovation and the

diffusion of high quality health care services.

In the last decades the role of private providers inside the NHS has increased strongly especially in the second part of the 90s and in more recent years, even if the introduction of a NHS should have meant, as it happened in other countries, a process of crowding-out of hospital private provision.

Investigating the reasons for this broader involvement, the paper focused on three of them. First of all the choices taken at the national level in the 90s are relevant, following a line of continuity that can be traced back before the NHS introduction in 1978: private provision has been fostered in different ways and probably the most recent one is the innovation of IRCSS Foundations. Second, the aging structure of the population and the shift in health care needs played a role: the growth of LTC and rehabilitation, traditionally areas of intervention for private provision, has meant a further increase in the role of private providers in NHS. Third, the process of «health care federalism» that regionalized more deeply the NHS structure has produced a growing phenomena of RHCS polarization between those Regions where there was already in the mid-90s a relatively high level of private provision and those ones where this presence was more limited: in the former private providers increased their role quite more than in the latter.

The article has also taken into consideration the possible role of politics (and different ideological standings toward private provision and partnerships) in shaping at the regional level the presence of private providers. The results of the analysis is two-fold: different political ideological standings toward private provision by Regional governments become relevant only when there is a structure of opportunities that fit these ideological standings. The more spread or limited presence of private providers has been «structuring» the array of policy making choices in terms of space given to private provision: over time stable majorities with a clear political standing on private provision (Lombardy or Tuscany) were able to adopt their welfare mix model *only* when the structure of the private provision was suitable for their political vision (e.g. in Lombardy there was already a diffuse private sector). Where

the private provision was limited, it has been difficult for more pro-market conservative government to introduce more private delivery, as well as the opposite: centre-left regional governments found it hard to reduce the role of private providers if the latter were relatively diffuse.

The last issue in the analysis was the relationship between RHCS performance and the relative role of private provision, using as an indicator the incidence of discharges by private hospitals. No particular correlation has been found: it seems that a good part of the debate on the role of public-private partnerships in the NHS is ideological (with «fans» and «foes» of private provision), whereas it would be needed a more pragmatic approach. The previous paragraph has shown how relevant the governance capacity by RHCS is as a key variable in explaining what might be the outcomes of public-private collaborations. In terms of RHCS performance it does not seem relevant if there is a high or low level of private provision in the region, as well as it does not appear relevant if the Region has adopted a managed competition model (like in Lombardy) or a managed cooperation one (like in Emilia-Romagna): what seems more relevant is the capacity of regional governments to introduce effective tools to manage and to foster the partnership with private providers. Where there are «strong» RHCS in terms of governance, partnerships can produce innovation and a diversification of the supply system. Where the RHCS are «weak» in the ways they govern the relationship, the risk of bad economic performances rises.

From this last point of view, it is interesting to notice that in the first part of the present decade an ASSR⁷ Commission on managerial innovation and experimentation in public health care studied cases of innovation⁸ in the RHCS, innovation concerning in a large majority of cases public-private partnerships: 88% of these innovative (public-private) partnerships took place in Centre-Northern Regions of Italy, where usually the RHCS governance capacity is higher (ASSR, 2002). It is worthy noticing a partial paradox: there were few cases of innovative partnerships in Southern Regions, where the presence of private providers is quite spread (often more than in many Central-Northern ones).

Notes

1. Following Istat definition of private health care provision used in the Public Administration Statistics, we have considered «private provision» for the NHS all those hospitals and institutions considered «private» in the National Accounting System, based on the European Accounting System (Sec95). Therefore, apart from the strictly private owned ones, also the following types of institutions have been considered «private providers of the NHS»: «qualified», «classified» or «assimilated» hospitals and those IRCCS (National Institutes for Research and Care) which have opted for a «privatized» legal profile or are a Foundation.
2. The analysis has been carried out on the basis of ISTAT data (Italian Institute for Statistics) and Department of Health data.
3. Treatments in psychiatric hospitals have not been considered, due to the fact that, starting 1978, a law ordered the closure of these institutions, once the older patients would have died.
4. The data presented here on rehabilitation and LTC discharges are own calculation and estimates based on Department of Health and ISTAT (Italian National Institute for Statistics) sources.
5. This variable was obtained through Principal Component Analysis based on GDP per capita, level of infrastructures, *per capita* income and level of productivity.
6. This variable was obtained through Principal Component Analysis based on the percentage of adult smokers, of obese people, of patients affected by at least two different chronic diseases and people older than 64.
7. The ASSR is the Italian public institution aimed at studying and supporting the RHCS.
8. The specific legal framework for these innovations and experimentations are the bills n° 412/1991 – art. 4, n° 502/1992 – art. 9bis and n° 229/1999 – art. 10.

R E F E R E N C E S

- ASSR (2002), *Rapporto conclusivo: Ricognizione e Valutazione delle Sperimentazioni ed Innovazioni Gestionali in Italia*, http://www.assr.it/sperimentazioni_innovazioni_gestionali.html.
- CERGAS (2007), *Osservatorio sulla sanità privata accreditata*, Bocconi, Milano.
- FERRERA M. (1993), *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, Il Mulino, Bologna.
- FERRERA M. (1998), *Le trappole del welfare*, Il Mulino, Bologna.
- FRANCE G. (a cura di) (1999), *Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato*, Giuffrè, Milano.
- FRANCE G., TARONI F. (2005), «The evolution of Health Policy Making in Italy», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, n. 1-2, pp. 169-84.
- LUZZI S. (2004), *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Donzelli, Roma.
- MAINO F. (2001), *La politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna.
- MAPELLI V. (1999), *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna.
- MAPELLI V. (2007), *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*, Formez, Roma.
- MASTRILLI F. (2001), «L'allegato 3 e L'offerta di assistenza ospedaliera», *Organizzazione Sanitaria*, 25(3/4), pp. 34-39.
- NORTH D.C. (1990), *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University press, Cambridge.
- PACI M. (1989), *Pubblico e privato nei moderni sistemi di Welfare*, Liguori, Napoli.
- PRETI D. (1984), «La questione ospedaliera nell'Italia fascista: un aspetto della modernizzazione corporativa», in *Malattia e medicina, Storia d'Italia. Annali*, n. 7, Einaudi, Torino.
- PUTNAM R.D., LEONARDI R., NANETTI R.Y. (1993), *Making Democracy Work*, Princeton University Press, Princeton.
- SORESINA M. (1987), «Dall'ordine al sindacato. L'organizzazione professionale dei medici dal liberalismo al fascismo (1910-1935)», in *Cultura e società negli anni del fascismo*, Istituto lombardo per la storia del movimento di liberazione in Italia, Cordani, Milano.
- VICARELLI G. (1997a), *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Il Mulino, Bologna.
- VICARELLI G. (1997b), «La politica sanitaria tra continuità e innovazione», in *Storia dell'Italia repubblicana*, Volume III, *L'Italia nella crisi mondiale. L'ultimo ventennio*, Einaudi, Torino.
- VICARELLI G. (2002), «La sovranità dissolta? Modelli di regolazione dei sistemi sanitari europei», *Politiche Sanitarie*, 3, pp. 84-92.
- VICARELLI G. (2005), *Il malessere del Welfare*, Liguori, Napoli.
- VICARELLI G., NERI S., PAVOLINI E. (2009), «I processi di privatizzazione nella sanità italiana», in L. Bordogna, R. Pedersini (eds.), *Le privatizzazioni in Italia*, Bologna, Il Mulino, forthcoming.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

Il ruolo degli attori privati nel sistema sanitario italiano

GIOVANNA VICARELLI, EMMANUELE PAVOLINI

1. Introduzione

In questo saggio il termine «partnership pubblico-privata» indica le modalità attraverso cui soggetti privati agiscono in nome dell'attore pubblico, offrendo servizi per conto del servizio sanitario nazionale (Ssn), ricevendo in cambio finanziamenti per l'espletamento di tale funzione e accettando forme di regolazione pubblica in merito al proprio operato. A partire dai primi anni '90 tale partnership, e le sue possibili forme di regolazione, hanno ricevuto un'attenzione crescente per una serie di ragioni e obiettivi quali la necessità di razionalizzare la spesa, così come la volontà di migliorare efficacia e qualità degli interventi sanitari: forme di *project financing* o di esternalizzazione di alcune prestazioni, l'introduzione di meccanismi di concorrenza o di collaborazione amministrata hanno rappresentato varie modalità per cercare di conseguire gli obiettivi sopra riportati (Vicarelli, 2005).

Osservando il dibattito scientifico e politico italiano, così come quello internazionale, sul tema del ruolo degli attori privati nella sanità pubblica, si può però notare come tale dibattito sia spesso caratterizzato da «retoriche» e posizioni ideologiche che, frequentemente a priori, definiscono come un bene in sé una forte presenza in sanità di fornitori privati, di competizione fra i vari fornitori e di meccanismi di libertà di scelta per gli utenti o, all'opposto, ritengono che sia un male la presenza di interessi (egoistici) privati nella sfera pubblica.

Il presente saggio cerca di affrontare tre differenti questioni riguardanti il rapporto fra pubblico e privato, focalizzando l'attenzione in particolare sul settore ospedaliero.

1. Quali sono i principali modelli di partnership pubblico-privato che si sono sviluppati in Italia a livello nazionale e regionale nel corso del tempo.

2. Come si possono spiegare le differenze, che si colgono a livello regionale, nell'adozione di differenti modelli di partnership.

3. Qual è l'impatto della presenza di attori privati sulla performance dei sistemi sanitari regionali.

2. Uno sguardo di lungo periodo circa il ruolo del pubblico e del privato nella politica sanitaria italiana

Adottando un'ottica di lungo periodo, possono essere individuate tre fasi nel rapporto pubblico-privato nella sanità italiana, con particolare riferimento al settore ospedaliero. La prima fase va dall'unità d'Italia fino agli anni '20, quando la sanità privata giocò un ruolo centrale, mentre quella pubblica ebbe funzioni più marginali. La seconda fase, che va dal periodo fascista agli anni '70, si caratterizza, da un lato, quale vero primo periodo di modernizzazione scientifica e tecnologica della sanità italiana, dall'altro, per forme di partnership pubblico-privato in grado in alcuni casi di promuovere innovazioni, in altri di mantenere in vita forme di particolarismo e, talvolta, di clientelismo. La terza e ultima fase è quella attuale e inizia con l'introduzione del servizio sanitario nazionale nel 1978 e continua poi attraverso una serie di riforme intervenute a partire dagli anni '90.

Dall'unità d'Italia (1860) alla creazione del Servizio sanitario nazionale (1978), non va dimenticato come il problema di fondo dei governi italiani è stato quello di evitare l'inserimento della tutela sanitaria all'interno dei doveri dello Stato e di conseguenza nei compiti della pubblica amministrazione. Lo Stato liberale prima, lo Stato fascista poi e per lungo tempo anche lo Stato repubblicano hanno cercato di non accollarsi i costi dei servizi rivolti alla protezione sociale della popolazione, facendo riferimento a sistemi di valore differenziati. Il *laissez-faire* nelle diverse varianti dell'epoca liberale (dal 1860 al 1924), il corporativismo fascista (dal 1925 al 1945) e l'universalismo selettivo della prima repubblicana (dal 1945 al 1978) hanno sostenuto un modello di welfare dapprima residuale, quindi meritocratico-particolaristico con una esigua partecipazione dell'attore pubblico

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Uno sguardo di lungo periodo circa il ruolo del pubblico e del privato nella politica sanitaria italiana
3. Le trasformazioni nel settore ospedaliero nel corso del tempo
4. La crescita dei fornitori privati fra trasformazioni demografiche e istituzionali dagli anni '90 in poi
5. La presenza dei fornitori privati ha un effetto sulle performance dei Ssr?
6. Osservazioni conclusive

(Ferrera, 1993, 1998; Vicarelli, 1997; Paci, 1989) Nell'un caso e nell'altro, la responsabilità principale della salute è stata riconosciuta alle famiglie, alle reti solidaristiche di carattere ecclesiastico e laico, nonché alle diverse forme del paternalismo imprenditoriale (agrario e industriale).

Quando nel 1978 il Ssn fu introdotto, una delle questioni centrali fu proprio quella di decidere quale ruolo dare alla vasta platea di strutture ospedaliere private fino a quel momento largamente presenti. Il ruolo degli attori privati e il rapporto fra questi e il pubblico sono rimasti al centro del dibattito anche negli anni '80, durante la prima fase di implementazione del Ssn, così come durante le varie riforme che si sono succedute negli anni '90 (Vicarelli 1997a e b). In particolare, le riforme del 1992-93, così come quella del 1999 hanno proposto, fra i vari strumenti di governo del Ssn, prima la competizione amministrata e poi la cooperazione amministrata. Se gli anni '90 sono stati un periodo di forte (e, per certi versi, caotica) innovazione sotto il profilo degli strumenti di partnership pubblico-privato, l'attuale decennio si caratterizza invece per una minore attenzione da parte dei governi nazionali sul tema di quali debbano essere tali strumenti: l'attenzione si è spostata invece sul controllo della spesa sanitaria da parte delle Regioni e le scelte dei modelli di partnership sono state delegate a queste ultime.

3. Le trasformazioni nel settore ospedaliero nel corso del tempo

3.1. La prima fase

Tra fine Ottocento e i primi del Novecento anche in Italia con le leggi crispine e con i provvedimenti d'epoca giolittiana (Vicarelli 1997) si tentò di operare in campo ospedaliero una inversione di tendenza simile a quella realizzata nei paesi luterani e anglicani con le riforme del XVI secolo. Nel 1890 il Presidente del Consiglio Crispi cercò di porre sotto il controllo pubblico le «Opere Pie», e cioè quelle istituzioni cattoliche dedicate a offrire carità e assistenza (sanitaria) alla popolazione. Nel 1861 vi erano in Italia circa 17.000 Opere Pie che, complessivamente, possedevano patrimoni superiori alle intere entrate dell'erario statale. Tali istituti erano principalmente distribuiti in

Campania, Lazio, Sicilia e Lombardia: come verrà di seguito illustrato, è interessante notare come ancora oggi queste siano fra le regioni in cui più marcata è la presenza di ospedali privati. Fra le Opere Pie operavano 955 «ospedali», strutture a quel tempo più simili a ricoveri per persone povere e ammalate che veri e propri istituti di cura. La legge Crispi del 1890 tentava di razionalizzare e di porre sotto il controllo pubblico l'offerta delle Opere Pie e, in misura particolare, gli «ospedali», sostituendo nei consigli di amministrazione di tali istituti rappresentanti della Chiesa con quelli degli enti locali. In realtà tale riforma non venne mai applicata nel concreto: dopo Crispi, lo Stato liberale decise di non imboccare con forza questa strada.

3.2. La seconda fase

Lo Stato fascista operò, rispetto al periodo di Crispi, una ulteriore inversione di tendenza nella laicizzazione della beneficenza, reintroducendo soggetti e modalità precedentemente esclusi. In particolare riconobbe di nuovo un ruolo a rappresentanti della Chiesa nei consigli di direzione delle Opere Pie. Il fascismo, nel consolidare il ruolo della Chiesa nell'ambito delle tutele sanitarie e sociali, pose le basi affinché anche nel secondo dopoguerra risultasse ben difficile affrontare il problema di una riforma in senso universalistico-istituzionale del sistema sanitario (Vicarelli, 1997). Il risultato fu che, fino al 1938, il settore ospedaliero non venne riorganizzato e strutturato in maniera robusta, rimanendo confinato all'interno del più generale mondo delle Opere Pie. Nella prima grande fase di modernizzazione e di innovazione tecnologica del settore ospedaliero (il periodo compreso fra le due guerre mondiali), quindi, il contesto istituzionale, all'interno del quale tale modernizzazione avvenne, si caratterizzò per un limitato intervento statale e una forte delega pubblica al privato (cattolico). Tale assenza pubblica e il ricorso all'intervento privato ebbero però, come prima conseguenza, una differente diffusione del processo di modernizzazione ospedaliera a livello territoriale. Il flusso della carità privata infatti, sul quale gli istituti ospedalieri dovevano far conto, era occasionale, di mutevole entità e soprattutto differenziato territorialmente, così che gli ospedali

del nord potevano contare su donatori munifici e attenti alle nuove esigenze tecnologiche e mediche, mentre quelli del Sud ottenevano contributi assai minori e comunque finalizzati a scopi assistenziali. Non meraviglia, dunque, che nel 1937, l'Italia settentrionale poteva contare su 5, 9 posti-letto per 1.000 abitanti, mentre il meridione (escluse le isole) ne aveva soltanto 2 (Soresina, 1987).

Sempre durante il ventennio fascista, una ulteriore trasformazione interessò il settore ospedaliero: i pazienti divennero sempre meno le persone povere e sempre più, invece, individui, anche benestanti, necessitanti cure. Pertanto gli ospedali iniziarono a ricevere pazienti in grado di pagare grazie all'appartenenza a organizzazioni di mutuo-aiuto e non a scopo di lucro quali le «Mutue». A seguito della trasformazione del settore ospedaliero, divenuto sempre più un «mercato», il fascismo introdusse nel 1938 una legge per definire sia i ruoli del pubblico e del privato che, soprattutto, le modalità di finanziamento dell'attività sanitaria.

Il terzo decennio del '900 si presenta come uno dei periodi fondamentali nella storia della sanità italiana: l'offerta di cure ospedaliere aumentò fortemente, così come la qualità della stessa, anche se si concentrò nelle aree industriali e nei principali centri urbani del centro-nord del Paese (negli anni precedenti la seconda guerra mondiale, solo il 30% delle amministrazioni locali in Italia aveva qualche forma di assistenza ospedaliera). Questi anni furono anche il periodo in cui le partnership fra pubblico e privato offrirono i primi esempi di eccellenza in termini di cooperazione e integrazione, promuovendo forme innovative nella sanità ospedaliera: buona parte degli attuali e più importanti ospedali italiani venne fondata negli anni '30, grazie a un *mix* di interventi pubblici e privati. Ad esempio l'ospedale torinese delle «Molinettes» venne istituito nel 1935 grazie all'azione congiunta dell'Opera Pia locale, del Ministero dell'Istruzione, dell'Università di Torino, del Comune, delle casse di risparmio locali, assieme ad altri fondi filantropici privati (Petri, 1984). Lo stesso si verificò per ospedali quali il Gaslini di Genova e il Niguarda milanese, entrambi fondati nel 1938.

Dopo la guerra, negli anni Cinquanta e Sessanta, i governi repubblicani decisero di perpetuare il modello mutualistico fa-

scista, utilizzando criteri anche più clientelari e nepotisti di scambio politico, in un contesto caratterizzato da forti investimenti nel settore ospedaliero.

Alla fine degli anni '60, lo Stato introdusse una nuova legge riguardante il settore ospedaliero (n° 132-1968). Durante il dibattito concernente tale normativa, si pose fortemente il problema di come razionalizzare una offerta ospedaliera fortemente frammentata: troppi attori e istituzioni offrivano servizi di cura, impiegando criteri differenti per accettare e far pagare i beneficiari (Luzzi, 2004). All'interno della discussione si prospettò la possibilità di «nazionalizzare» l'intero settore ospedaliero. Alla fine del percorso legislativo, però, anche grazie all'azione di pressione da parte della Chiesa, il ruolo specifico dell'ospedalità privata cattolica venne mantenuto e addirittura rafforzato sotto il profilo normativo: la legge del 1968 introdusse infatti, ad esempio, la figura dell'ospedale «classificato», mantenendo nella sostanza un profilo privato indipendente, ma risultando assimilato, sotto il profilo formale, agli ospedali pubblici, anche per quanto concerneva il finanziamento.

3.3. La terza fase

Questo difficile percorso di «statalizzazione» della tutela sanitaria spiega il carattere largamente privato dei servizi e delle strutture sanitarie fino alla seconda metà degli anni Settanta, quando la creazione del Servizio sanitario nazionale aprì una nuova fase, incentrata non più sulla dominanza del privato sul pubblico, ma del pubblico sul privato con varie forme, però, di commistione e opportunismo. Infatti, nel momento in cui si decise di avviare un ampio processo di «statalizzazione» della sanità, si permise a larga parte delle strutture a carattere religioso e benefico di mantenere la propria veste giuridica privata pur ottenendo, tramite il convenzionamento con il Servizio sanitario nazionale, la sicurezza e la continuità del finanziamento pubblico. Tutto ciò significò che anche quando lo Stato italiano arrivò ad assumersi direttamente la responsabilità economico-finanziaria e gestionale della tutela sanitaria, non recise i legami con il passato, ma permise che molte strutture *no profit* ed ecclesiastiche continuassero a svolgere la propria attività entro un

rapporto convenzionale pubblico che ne garantisse di fatto la continuità, oppure che queste stesse assumessero il controllo di settori (quello della riabilitazione, della lungo degenza ecc.) su cui l'attore pubblico decise di non entrare lasciando al privato un ampio spazio di intervento.

Va tenuto inoltre con considerazione il fatto che subito dopo la sua introduzione nel 1978, il Ssn ha iniziato a dover affrontare problemi di razionalizzazione e di riduzione dei posti-letto ospedalieri. Se il 1975 ha rappresentato l'anno in cui si è toccato il culmine in termini di posti-letto (588.103), già nella metà degli anni '80 venne introdotta una normativa (n° 595 – 1985) che stabiliva un rapporto di 6,5 posti-letto ogni 100 mila abitanti. Nel periodo 1975-1990 circa 178 mila posti-letto pubblici furono tagliati.

A partire dal 1995, ottenuto il ridimensionamento dei posti-letto e definita una nuova modalità di pagamento delle prestazioni ospedaliere (dal 1 gennaio 1995 il finanziamento è basato sui Drg cioè su tariffe predeterminate), ci si pose l'obiettivo della riorganizzazione e della diversificazione dei servizi, nonché del loro possibile riequilibrio territoriale secondo una logica di federalismo solidale. Nel Psn approvato in via preliminare dal consiglio dei ministri il 7 febbraio 2001, tra gli indirizzi e le decisioni strategiche venne compresa l'assistenza ospedaliera e l'ospedale del futuro. In particolare, si rilevò che dei 1066 ospedali italiani il 28% era stato costruito prima del '900, un altro 29% tra il 1900 e il 1940. Più di 500 ospedali avevano mediamente oltre 60 anni di vita. Si tratta di un patrimonio, tutt'ora presente, in condizioni non adeguate agli standard oggi richiesti sia per il comfort alberghiero sia per la sicurezza. Mentre si rilevava, inoltre, che erano 134 gli ospedali che attendevano da anni di essere terminati soprattutto nel Sud, si ritenne urgente intervenire in un settore di vitale importanza per il Ssn sia prevedendo l'introduzione di nuovi modelli progettuali e realizzativi dei futuri ospedali, sia intervenendo nella riqualificazione delle strutture esistenti. In questa direzione il Psn fece propria la proposta della Commissione di studio istituita presso il Ministero della sanità (DDMM 20 giugno 2000, 11 luglio 2000, 26 agosto 2000) che aveva definito un nuovo modello di ospedale, tenendo conto della

letteratura tecnico scientifica e dell'esperienza internazionale più aggiornata.

L'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 tradotto nella legge 405/01 pose un ulteriore punto fermo nel ridimensionamento della rete ospedaliera ponendo a 4 i posti-letto per acuti e a 1 i posti-letto per lungodegenza e riabilitazione ogni mille abitanti. Le Regioni che non rispetteranno tale vincolo saranno penalizzate nel riparto del Fondo sanitario e dovranno trovare il modo di recuperare in proprio le risorse mancanti. Parte da qui il nuovo riordino che ha come obiettivo non solo il contenimento dei costi, ma anche la qualificazione in termini di riduzione dei tempi di permanenza in ospedale per la preparazione agli interventi chirurgici, riduzione di ospedalizzazioni inutili e loro sostituzione con *day-hospital* e *day-surgery*.

Con il DPCM 29 novembre 2001 vennero stabiliti i livelli essenziali di assistenza facendo seguito all'accordo dell'8 agosto con il quale erano stati definiti alcuni valori di riferimento per il finanziamento di ciascun livello. In particolare, mentre venne previsto un aumento della spesa per l'assistenza distrettuale, che passò dal 46,5% al 49,5% ma con una diminuzione della spesa per l'assistenza specialistica (dall'11,8% al 10,7%), l'assistenza ospedaliera, nonostante che le stime la ponessero al 56,5% della spesa globale, venne tagliata come spesa revisionale dal 49,7% (dati SIS riferito al 2001 ma non ufficiale) al 45,5% (Mastrilli, 2001). Ciò in linea con il DCPM che voleva rimodulare l'area prestazionale garantita dall'assistenza ospedaliera poiché l'ospedale, da luogo di riferimento per qualsiasi problema di una certa rilevanza di natura sanitaria, dovrebbe diventare una organizzazione ad alto livello tecnologico deputata a fornire risposte assistenziali di tipo diagnostico-terapeutico a problemi di salute caratterizzati da acuzie a gravità.

A un eguale ripensamento spinge lo Schema di Psn 2002-2004 varato nel marzo 2002, dove uno dei 10 progetti obiettivo proposti riguarda l'ospedale con il titolo «ridisegnare la rete ospedaliera e i nuovi ruoli per i Centri di eccellenza e per gli altri Ospedali». L'idea che si sostiene è che, a differenza del passato, un Ospedale piccolo sotto casa non è più una sicurezza, in quanto non può disporre delle attrezzature e del personale che

consentono di attuare cure moderne e tempestive. Un piccolo Ospedale generale diviene assai più utile se si attrezza con un buon Pronto soccorso di primo livello, una diagnostica di base e un Reparto di osservazione e si connette con uno o più centri di alta specialità ai quali inviare i casi più complessi, rinunciando ad attuare procedure diagnostiche e terapeutiche non più sufficientemente moderne. Accanto a questa rete di Ospedali minori, che possono divenire Centri distrettuali di salute, è necessario potenziare un numero limitato di Centri di eccellenza di altissima specialità e situati strategicamente su tutto il territorio. A tal fine, occorre che le Regioni sappiano realizzare uno strategico e coraggioso ridisegno della loro rete ospedaliera. È in questo contesto che risorge il tema delle partnership pubblico-privato e della costituzione di eventuali Fondazioni a capitale misto per la realizzazione di nuovi ospedali o per la loro ristrutturazione.

In conclusione la **tabella 1** riporta il ruolo dell'offerta privata nel 2005¹: circa metà degli ospedali italiani può essere definito privata; accanto a 541 strutture strettamente private, vi sono 31 Ircss privati e 7 fondazioni, così come 16 ospedali «qualificati» e 32 strutture «classificate» o «assimilate». Complessivamente queste istituzioni rappresentano il 29% dei posti-letto ospedalieri, circa il 28% delle giornate di degenza e il 24% delle dimissioni.

4. La crescita dei fornitori privati fra trasformazioni demografiche e istituzionali dagli anni '90 in poi

All'interno dello scenario fin qui presentato si possono utilizzare alcuni dati di tipo quantitativo per inquadrare in maniera più puntuale, anche a livello regionale, il ruolo dei fornitori privati. In specifico si è deciso di misurare il ruolo di tali fornitori a partire dal numero di dimessi presso le strutture in convenzione rispetto al totale dei dimessi da strutture del Ssn.

A partire dagli anni '80 si può notare chiaramente un *trend* di crescita dell'incidenza relativa dell'ospedalità privata (**grafico 1**): se negli anni successivi l'introduzione del Ssn circa il 13% delle degenze avveniva in ospedali privati, tale percentuale ha raggiunto il 24% circa nel 2005. All'interno di un quadro di crescita

generalizzata, sono soprattutto la seconda parte degli anni '80 e l'attuale decennio i periodi in cui è stato più forte l'aumento del ruolo dei fornitori non pubblici.

L'aumento dell'incidenza dei degenzi nelle strutture private è imputabile, a livello generale, più a una diminuzione dell'offerta pubblica in valori assoluti che a una crescita sostenuta di quella privata: praticamente a partire dall'introduzione del Ssn in poi, con un'accelerazione in anni più recenti, si osserva infatti un taglio drastico e costante di posti-letto nelle strutture pubbliche a cui corrispondono, invece, un aumento di quelli in istituti privati dagli anni '80 alla metà degli anni '90 e poi una relativa stabilità (**grafico 2**).

Quali sono i fattori che si possono porre alla base di tale trasformazione nel ruolo dell'ospedalità pubblica e privata in Italia? Nel presente saggio si è deciso di focalizzare l'attenzione su tre aspetti: a) la trasformazione di buona parte degli Ircss; b) i mutamenti nella domanda di cura; c) i processi di differenziazione nei sistemi sanitari regionali (Ssr).

Un primo fattore rilevante nello spiegare la trasformazione è collegabile alla riforma degli Ircss del 2001, che ha permesso ad alcuni di questi ultimi di diventare fondazioni: i sette Ircss divenuti fondazioni rappresentano infatti circa il 2% del totale dei ricoveri e dei posti-letto del Ssn. Più in generale, va tenuto presente che gli Ircss trasformati sia in fondazioni che privati rappresentavano nel 1996 il 58% circa del totale dei ricoveri in tutti gli Ircss, compresi quelli pubblici, mentre nel 2005 tale incidenza era salita all'82%.

Un secondo importante fattore da tenere presente è la trasformazione della domanda di cura. Come è ben noto, l'Italia è uno dei paesi al mondo con la più alta incidenza di cittadini anziani: nel 2005 circa un quinto della popolazione italiana aveva più di 64 anni. Dato tale mutamento nella composizione della domanda, i servizi di riabilitazione e di lungodegenza diventano sempre più importanti. I dati del Ministero della salute confermano come nel periodo 1996-2005 si sia verificato un aumento dei ricoveri in strutture di lungodegenza o riabilitazione del 55%, mentre nello stesso arco temporale il totale delle dimissioni ospedaliere sia calato del 21%. Come già riportato nei paragrafi precedenti, il settore della lungodegenza

e della riabilitazione è stato in Italia un campo di intervento con forte presenza del privato: già a metà anni '90 l'incidenza dei ricoveri in strutture private era pari al 63% e, a fine 2005, tale valore era salito al 70%.

Pertanto i dati sembrano confermare come una parte della spiegazione dell'aumento dell'incidenza relativa del privato nell'ospedalità del Ssn vada ricercata anche nella direzione delle trasformazioni della domanda, evitando però di attribuire troppa rilevanza a tale fenomeno: le dimissioni da strutture riabilitative o di lungodegenza rappresentano infatti circa il 5% totale di dimissioni ospedaliere e, pertanto, trasformazioni nel *mix* pubblico-privato di fornitori in questo settore hanno un effetto importante ma comune limitato all'interno del quadro complessivo del settore ospedaliero italiano.

Un terzo fattore merita infine attenzione, e su questo ci concentreremo nella restante parte dell'articolo, riguardante le scelte effettuate a livello di Ssr. Come è noto, nello stesso periodo in cui il Ssn è stato introdotto, le Regioni hanno iniziato ad acquisire poteri di regolazione e intervento, anche in campo sanitario. Mentre, però, fino alla metà degli anni '90 tali poteri erano limitati e, come afferma France (2008), le istituzioni regionali giocavano più un ruolo di attuazione delle politiche nazionali, a partire dalle riforme degli anni '90 e sempre più nel decennio attuale, i Ssr diventano più autonomi e in grado di formulare proprie opzioni di policy in campo sanitario. Le decisioni in tema di organizzazione dell'offerta di servizi ospedalieri, privilegiando un rafforzamento dell'offerta pubblica e/o di quella privata, sono state uno dei temi su cui le Regioni hanno potuto compiere scelte in questi anni. Come si può notare dal **grafico 3**, il livello di incidenza dei fornitori privati nella sanità pubblica appare attualmente molto differenziato ed eterogeneo.

A partire dai dati contenuti nel grafico 3, si possono individuare quattro profili di Ssr:

- realtà con una incidenza alta di fornitori privati (pari ad almeno il 25% dei ricoveri): Calabria, Puglia, Campania, Lombardia e Lazio;

- regioni con un livello medio-alto di diffusione di ospedalità privata (compre-

sa fra il 19% e il 24%): Sicilia, Abruzzo, Piemonte e la P.A. di Trento;

– Ssr con un livello medio-basso di presenza di privati (14%-15%): Emilia-Romagna, Veneto e Sardegna;

– regioni con bassa presenza di operatori privati: Liguria, Marche, Molise, Friuli V.G., Toscana, Umbria, Basilicata, Valle d'Aosta e la P.A. di Bolzano.

Tale forte differenziazione è in parte imputabile alla presenza privata consolidatasi nel tempo in maniera diversa da regione a regione, ma è anche in parte imputabile alle scelte adottate, a partire da metà anni '90, dalle Regioni, una volta acquisita una maggiore autonomia gestionale.

Per cercare di comprendere alcuni meccanismi alla base di tale differenziazione si è costruito un *database* con 21 casi (i 21 Ssr regionali e provinciali) e con un insieme di variabili relative sia all'offerta di servizi ospedalieri che alle caratteristiche del contesto regionale. In particolare, per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, sono state impiegate le seguenti variabili:

– una variabile di tipo *economico* per cogliere il livello di sviluppo regionale;²

– una variabile di tipo socio-culturale, basata sul concetto di *civiness o senso civico*, così come definita da Putnam nei suoi studi sul rendimento istituzionale delle regioni (Putnam *et al.*, 1993), tramite cui si cerca di valutare il livello medio di attenzione, da parte dei cittadini di ogni regione, verso il rispetto dei propri doveri politici (% di votanti in elezioni politiche ad amministrative), così come verso azioni solidali e comunitarie (la partecipazione ad associazioni di volontariato, ecc.);

– due variabili attinenti al funzionamento del *sistema politico*, relative all'orientamento politico-culturale delle giunte regionali (misurata in termini di numero di anni dal 1995 al 2005 in cui vi sono state giunte di Centro-Sinistra) e alla stabilità delle stesse (misurata in termini di numero di governi regionali succedutisi nel decennio 1995-2005);

– una variabile relativa al livello di intensità della *domanda sociale*;³

– un'ultima variabile relativa al ruolo dei fornitori privati nel 1996, per cercare di comprendere se, studiando le trasformazioni avvenute nella presenza

dell'ospedalità privata nel periodo 1996-2005, il punto di partenza (1996) potesse essere un predittore di quanto avvenuto in seguito, secondo un principio di «path dependency» (le scelte compiute in un dato momento sono strettamente legate a quelle effettuate in precedenza).

Accanto a queste variabili «indipendenti» è stata posta, come «dipendente», non tanto l'incidenza dei privati nel 2005, quanto la variazione percentuale di tale incidenza nel decennio 1996-2005, periodo in cui, come già ricordato, le Regioni hanno potuto beneficiare di maggiore libertà di scelta nell'impostare il proprio Ssr.

Un'analisi delle correlazioni parziali è stata condotta e i risultati sono riportati nella **tabella 2**. Come si può notare, l'unica variabile che si associa in maniera forte, positiva e significativa con la variazione del ruolo dei privati a livello regionale nel decennio 1996-2005 è quella della «path dependency»: gli Ssr che hanno aumentato maggiormente il ruolo dei fornitori privati sono quelli in cui questi erano già relativamente più diffusi a metà anni '90.

Addirittura i processi di trasformazione avvenuti nel decennio considerato fanno emergere una crescente *polarizzazione* fra i Ssr in termini di ricorso ai fornitori privati: chi possedeva un robusto «stock» di offerta privata, lo ha spesso arricchito, chi invece ne aveva in misura più limitata ha frequentemente deciso di non incrementarlo o, addirittura, di ridurlo (**grafico 4**).

In conclusione, pur essendo accesa in Italia la discussione politica e scientifica sul ruolo e sulla centralità degli orientamenti politici dei governi (regionali) in tema di *mix* pubblico-privato in sanità (Maino, 2001), i risultati qui presentati sembrano offrire un quadro parzialmente differente. Certamente il ruolo che i privati dovrebbero giocare all'interno dei Ssr è uno degli aspetti attorno a cui si strutturano le posizioni politiche e ideologiche con una tendenza dei governi di centro-destra a promuovere una maggiore presenza del privato e una di quelli di centro-sinistra a privilegiare il pubblico: tale volontà sembra però scontrarsi con le caratteristiche e la struttura dell'offerta che ogni Ssr ha. Nelle regioni in cui era forte il ruolo dei privati e in cui è stato al governo il centro-destra, il messaggio

liberista basato su concorrenza e libera scelta ha avuto maggiori possibilità di diffondersi: le maggioranze di centro-destra hanno trovato nel versante dei fornitori privati e delle loro associazioni ottimi partner per cercare di implementare politiche di riforma in senso concorrenziale dei sistemi sanitari regionali. All'opposto nelle Regioni governate dal centro-sinistra e con una più limitata presenza dei privati, è stato più facile adottare un modello orientato alla collaborazione e al contenimento del ruolo dei privati. Le situazioni intermedie sono state da un certo punto di vista quelle più di stallo e compromesso: la presenza di Regioni con governi di centro-destra, orientate teoricamente verso la concorrenza ma in contesti in cui i privati erano poco diffusi, così come all'opposto la presenza di Regioni di centro-sinistra con una forte presenza di privati, hanno dovuto oscillare maggiormente fra competizione e cooperazione senza poter scegliere un modello forte e hanno spesso separato la retorica enunciata nei proclami (in senso liberista o 'socialdemocratico') con comportamenti più pragmatici legati al concreto ruolo dei privati nel sistema regionale.

5. La presenza dei fornitori privati ha un effetto sulle performance dei Ssr?

Buona parte del dibattito italiano (ed estero) sui modelli di *governance* in sanità e sul ruolo all'interno di essi giocato da attori privati si è centrato su punti di forza e di debolezza dei vari modelli (concorrenza amministrata piuttosto che cooperazione amministrata), spesso partendo da assunti teorici più o meno critici o positivi circa il ruolo del privato in sanità. In questo paragrafo si è tentato di valutare se effettivamente la presenza di attori privati giochi un ruolo rispetto a quello che concretamente la sanità pubblica produce. La possibilità di confrontare 21 Ssr, caratterizzati da differenti livelli di performance e anche da una differente presenza relativa di fornitori privati, è un ottimo punto di osservazione per cercare di rispondere a tale domanda.

A tal fine si è impiegato il *database* di cui si è discusso nel paragrafo precedente, utilizzando inoltre, come strumento di misurazione della performance, un insieme di indici recentemente proposti da Mapelli (2007) in un suo interessante studio sulla sanità italiana. Mapelli pro-

pone una serie di indicatori di performance dei S³ riguardanti differenti aspetti di tale performance. Per i fini della presente ricerca si sono impiegati alcuni degli indici proposti dallo studioso:⁴

- un indicatore di efficienza ospedaliera, basato su variabili quali, ad esempio, il tasso di *turn-over* nell'utilizzo dei letti, il *case mix*, l'indice di rotazione;
- un indicatore della qualità dei servizi erogati, misurato tramite variabili quali, ad esempio, il livello di soddisfazione dei cittadini per i servizi ospedalieri medico-infermieristici ricevuti, e il livello di attesa / fuga di pazienti di ciascun Ssr;
- un indicatore di appropriatezza, basato su variabili quali il tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana, l'incidenza di parti cesarei, il tasso di ricovero ospedaliero in casi di diabete;
- un indice generale, ottenuto dagli indicatori precedenti.

Accanto a questi indicatori di Mapelli, si è utilizzato un indicatore di performance economica generale, operazionalizzato usando come variabile l'incidenza del deficit sanitario regionale nel biennio 2004-05 sul totale della spesa sanitaria di ciascun Ssr. La **tabella 3** riporta i risultati delle correlazioni parziali fra questo set di indicatori di performance e la presenza di fornitori privati. Questo insieme di correlazioni è stato controllato per un *set* di variabili che sono le stesse utilizzate nella tabella 2 del precedente paragrafo (variabili politiche, economiche, socio-culturali e relative alle caratteristiche della domanda di cura). La correlazione è stata inoltre controllata per una ulteriore variabile, che non era stata introdotta in precedenza, definita «capacità di controllo pubblica». Tale ultima variabile è stata costruita per cercare di misurare l'effettiva capacità dei vari Ssr di controllare e regolare l'insieme dei fornitori privati presenti. Essendo tale concetto abbastanza complesso, si è deciso di utilizzare come *proxy* per misurarli i risultati di un interessante studio dal CERGAS (2007) riguardante le procedure e la normativa introdotta a livello regionale in tema di accreditamento. La capacità dei Ssr di completare in maniera più o meno robusta ed esaustiva il sistema di controlli e di regolazione legato all'accreditamento può essere considerato un elemento che approssima in maniera discreta le mo-

dalità con cui le Regioni sovrintendendo al rapporto pubblico-privato. Dallo studio del CERGAS emergono fondamentalmente tre tipi di Ssr alla metà degli anni 2000:

- Ssr che hanno completato il sistema di accreditamento in maniera complessivamente (ad esempio Lombardia, Emilia-Romagna e Toscana);
- Ssr che sono in una fase avanzata di completamento di tale sistema pur non avendolo realizzato ancora completamente (ad esempio la Liguria, ecc.);
- Ssr che sono in una fase più arretrata di sviluppo (ad esempio la Campania e la Sicilia).

L'introduzione di quest'ultima variabile è estremamente utile ai fini dell'analisi.⁵ Nella tabella 3 infatti sono presentate due serie di correlazioni parziali. La prima, nella colonna centrale della tabella, mostra la correlazione fra i vari indicatori di performance e l'incidenza dell'offerta privata, non controllando per la variabile relativa alla «capacità di controllo pubblica». La seconda, nella colonna sulla destra della tabella, riporta le stesse correlazioni misurate, però, impiegando fra le variabili di controllo, anche tale «capacità» dei Ssr.

Innanzitutto il risultato complessivo dell'analisi, indipendentemente dall'impiego dell'ultima variabile di controllo appena discussa, è che risulta una scarsa correlazione fra caratteristiche della presenza di fornitori privati e performance dei sistemi sanitari regionali. L'unica variabile di rendimento per la quale esiste una correlazione negativa e significativa rispetto alla presenza di fornitori privati è quella riferita alla rilevanza dei deficit sanitari regionali. È interessante notare come la significatività di tale correlazione venga meno nel momento in cui si controlla il legame anche per la capacità di controllo pubblico.

La conclusione generale sembra quindi la seguente: a differenza di quanto spesso paventato o auspicato nel dibattito politico (e in parte scientifico) attorno ai rischi o ai vantaggi per il Ssn (e per i Ssr) legati alla presenza dei fornitori privati, i dati qui presentati non sembrano indicare questa variabile come significativa. Ciò che appare maggiormente determinante è l'effettiva capacità di governo da parte delle Regioni e sotto questo punto

di vista i Ssr appaiono abbastanza differenziati, con una linea di differenziazione che spesso divide il Centro-Nord dal Sud. Anche un recente studio di caso, effettuato sui modelli di regolazione di quattro Ssr (Lombardia, Lazio, Emilia-Romagna e Puglia) (Vicarelli, Neri, Pavolini, 2009), così come lo studio di Mapelli precedentemente citato (2007), mostrano chiaramente tale differente capacità (ed efficacia) di elaborare strumenti di controllo e regolazione da parte delle Regioni.

Regioni come la Lombardia, in cui è particolarmente alta la presenza di privati, non sembrano, quindi, incorrere in problemi particolari vista tale presenza (ma andrebbe aggiunto che non sembrano neanche migliorare significativamente la performance del loro Ssr, almeno utilizzando gli indicatori sopra riportati). All'opposto alcune Regioni come la Sicilia o il Lazio, dove invece stenta ad affermarsi una capacità di governo pubblico del sistema dei fornitori privati, l'introduzione o la preferenza per modelli di concorrenza amministrata o comunque basati sulla forte presenza di offerta privata rende il Ssr scarsamente regolato.

6. Osservazioni conclusive

L'analisi presentata in queste pagine ha cercato di offrire un quadro delle caratteristiche e delle modalità di interazione fra pubblico e privato nel corso del tempo sia a livello nazionale che a livello regionale.

Lo studio mostra innanzitutto come il tema delle partnership e delle interazioni fra pubblico e privato in Italia non sia una novità di per sé: anzi, sin dalla sua prima evoluzione a fine '800, la sanità italiana ha visto costantemente un intrecciarsi di pubblico e privato, che ha assunto diverse connotazioni a seconda dei periodi storici e degli specifici contesti territoriali. Se in alcuni casi ha comportato forme di «mutuo accomodamento» e clientelismo, in altri ha assicurato lo sviluppo di alcune delle esperienze sanitarie più importanti nella storia del Paese (il riferimento va, ad esempio, alle esperienze legate all'istituzione di Ospedali come il Gaslini o il Niguarda), in cui è stata proprio la capacità di azione collettiva del pubblico, del privato e della società civile ad assicurare ottimi risultati.

Anche dopo l'istituzione del Ssn il ruolo dei privati nella sanità (ospedaliera

ra) italiana è continuato ed, anzi, è aumentato nel corso degli ultimi anni. Tale crescita nel ruolo appare attribuibile a una serie di fattori. Nel testo se ne sono approfonditi tre. La trasformazione di alcuni Ircss in fondazioni rappresenta un primo importante elemento. Un secondo elemento è rappresentato dai mutamenti nella domanda sociale: a seguito del processo di invecchiamento della popolazione, all'interno del Ssn sono diventati sempre più importanti i servizi di lungodegenza e di riabilitazione, settori di attività in cui operano in prevalenza fornitori privati (accreditati). Un terzo importante elemento è rappresentato dal processo di regionalizzazione del Ssn, che ha attribuito, in misura crescente, poteri di regolazione e organizzazione alle Regioni: queste ultime hanno potuto, soprattutto a partire dalla seconda metà degli anni '90, scegliere in maniera più autonoma che in passato quale ruolo attribuire all'offerta privata. Il risultato, a metà degli anni 2000, sembra essere quello di una crescente polarizzazione fra Ssr con alta presenza di fornitori privati e Regioni con un livello medio-basso di incidenza dei privati. Inoltre, emerge dall'analisi come uno dei principali meccanismi, che appaiono spiegare tale fenomeno, non sia tanto la volontà politica di governi regionali di centro-destra (o di centro-sinistra) di incrementare (o ridurre) il ruolo dei privati, quanto la storia e il ruolo dei privati nel passato: i Ssr che hanno visto aumentare maggiormente il ruolo dei privati, sono quelli in cui più forte è stato tradizionalmente il loro ruolo e vice versa. Gli orientamenti ideologico-politici delle maggioranze di governo sembrano rivestire, quindi, un ruolo, ma solo in

quei casi in cui la struttura dell'offerta privata presente a livello regionale risulti congruente con il modello di partnership pubblico-privata auspicato.

L'articolo ha infine tentato di valutare quale ruolo giochino i fornitori privati rispetto alle performance dei vari Ssr. Se da un lato il dibattito politico e, in parte, accademico si è concentrato in questi anni sul ruolo positivo o negativo (a seconda delle visioni e delle interpretazioni) svolto dai privati nel Ssr, a partire da riflessioni teoriche più che empiriche, dall'altro i dati qui presentati sembrano indicare come tale aspetto di per sé giochi un ruolo limitato nell'assicurare una performance migliore o peggiore alla sanità pubblica. I risultati spingono, invece, a spostare l'attenzione dal tema della presenza di attori privati nei Ssr in quanto tale, alla capacità di governo e di controllo di tali soggetti da parte delle Regioni. Nei casi in cui vi sono Ssr con forti capacità di governo, la partnership pubblico-privata può produrre innovazione, modernizzazione e diversificazione dell'offerta sanitaria. Nei casi in cui i Ssr presentano deboli capacità di governo, cresce fortemente il rischio di performance economiche negative.

In relazione a quanto appena affermato, è interessante riportare, in conclusione, alcuni risultati di uno studio condotto dall'Assr (2002) alcuni anni fa in merito alle sperimentazioni e innovazioni gestionali, che, in larga parte, riguardavano esperienze promosse da partnership fra attori pubblici e privati: l'88% di tali sperimentazioni aveva luogo nei Ssr delle Regioni del centro-nord, dove generalmente la capacità di governo appare superiore. È interessante, infine, notare un

(apparente) paradosso: l'Assr registrava un numero limitato di partnership pubblico-privato innovative nelle Regioni del sud, dove spesso la presenza di fornitori privati è relativamente più diffusa che in molte realtà del centro-nord.

Note

1. Impiegando la definizione fornita dall'Istat nelle sue statistiche delle pubbliche amministrazioni, è stata definita come «offerta privata di servizi ospedalieri», in convenzione o in accreditamento con il Ssr, l'offerta di quell'insieme di istituzioni definite private nella contabilità generale, sulla base del sistema di contabilità europeo (Sec95). Pertanto accanto agli ospedali privati, strettamente definiti come tali, in questa classificazione anche le strutture «qualificate», «classificate» e «assimilate» vengono considerate private, così come gli Ircss privati e quelli trasformati in fondazioni.
2. Nella costruzione di tale variabile si è ripresa quella utilizzata da Putnam nel suo studio sul rendimento istituzionale delle Regioni italiane (Putnam, 1993): è stata ottenuta da un'analisi delle componenti principali basata su Pil procapite, reddito procapite, livello di produttività manifatturiera e agricola, percentuale di occupati in industria e agricoltura, estraendo la prima componente estratta in grado di spiegare oltre il 65% della varianza complessiva.
3. Tale variabile è stata ottenuta tramite un'analisi delle componenti principali basata sulle seguenti fenomeni: la percentuale di fumatori adulti presenti nella popolazione regionale, l'incidenza di persone obese, quella di persone affette da almeno due malattie croniche e il peso relativo degli anziani sul totale dei residenti.
4. Per una descrizione più puntuale delle modalità di costruzione degli indici, si rimanda a Mapelli (2007).
5. Tale variabile è stata costruita attribuendo a ogni Ssr un punteggio da 0 a 1 e in particolare pari a 1 nel caso in cui la procedura di accreditamento risultasse completata, 0,5 nel caso in cui fosse in una fase avanzata di realizzazione, 0 negli altri casi.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

Different forms of Public-Private Partnerships – Danish Experience

ALEX MURDOCK, OLE QVIST PEDERSEN, JONATAN SCHLOSS

The article examines the particular experience of Public Private Partnership through the experience of Denmark using the example of provision of public services by Falck. Use is made of both UK and Danish literature on Public Private Partnerships. Reference is also made to the emerging literature on collaborative public management. The focus is upon the provision of ambulance services and it compares the efficiency of Falck in Denmark with that of other countries. The implications of the move from a service provision model to that of a control model is explored. This has implications for the efficiency of service as the provider (Falck) has less discretion over the organisation of service. An account is also offered of the provision of Health services by Falck and the nature of this is discussed.

Keywords: Denmark; Falck; Public-private partnership

Parole chiave: Danimarca, Falck, public-private partnership

Authors

Alex Murdock, Professor London South Bank University, UK; Ole Qvist Pedersen, Senior Vice President of Falck, Master of Political Science, former external Lecturer at the University of Aarhus, Denmark; Jonatan Schloss, Vice President of Falck Healthcare, Master of Political Science

1. Introduction

The concept of public private partnership is not in its essence a recent one. The public sector has long sought (either willingly or reluctantly) to work with private and voluntary sector organisations in order to achieve public objectives. Given the publication for which this is written (an Italian Journal) it is interesting to refer to the early model of the Roman army whereby aspects were «contracted out» to local chieftains for a fee. This is possibly one of the earliest examples of a public private partnership. The authors take the perspective of a private sector provider in Denmark (Falck) but the article primarily uses the UK Private sector partnership literature to explore the Falck case. Falck operates in an international context (including the UK). The experience of Falck is explored through a detailed account of the operational and strategic orientation provided by one of the authors who occupies a senior role in the company (Ole Q. Pedersen) linked to a wider academic perspective bringing, in addition to the Danish literature, the UK academic perspective on Public Private Partnerships (Alex Murdock). The case shows the movement from a Private Finance initiative approach (with an efficiency base) to a partnership approach focused on service delivery.

2. The Nature of Public Private Partnerships

This article explores the case of Falck in Denmark through the lens of a broader literature and experience in particular that of the UK. We argue that the principles underlying Public Private Partnerships enunciated by the UK Commission on Public Private Partnerships are applicable to the Danish setting. Furthermore we argue they are as applicable

INDEX

1. Introduction
2. The Nature of Public Private Partnerships
3. The history of Public-Private Partnerships in Denmark
4. The company Falck as a public provider
5. Private experience with partnership - the analytical approach
6. The example of Ambulance Service: a model undergoing change from Service Level Model to Hands on Control Model
7. The example of Health Care services – Core public services and the problems of partnerships
8. Conclusion and discussion

now as they were in 2001. These principles were (Commission for Public Private Partnerships, 2001):

- adequate funding for public services;
 - a consistent rationale for using the partnership;
 - a strong public sector partner;
 - responsible private and third-sector providers willing to embrace high standards of transparency and accountability;
 - legitimacy among the general public and the public services workforce. If partnerships are to endure, citizens and employees need to feel they have a stake in them;
 - an evidence-based approach to policy.
- A commitment is necessary to pilot, monitor, and systematically evaluate a spectrum of partnership arrangements.

The concept of Public Private Partnership was the subject of a UK Commission on the subject in 2001. In their report the following comment was made: «To date there have been few even-handed studies into the contribution that partnerships between public, private and voluntary sectors can make to our public services: prejudice and anecdote have tended to dominate analysis and evidence» (Commission for Public Private Partnerships 2001, p. 3).

The situation in 2009 is rather different with a large academic literature. Between 2000-2009 there were some 800 articles with the title including «public private partnership».¹

Linder drew attention to the frequent association of the term public private partnership with a privatisation agenda (Linder, 1999). This was indeed a strong aspect of the case in the UK with the initial focus being very much around the notion of privatisation arising from the Private Finance initiative (PFI) launched in 1992 (Smith, 1999). This had an initial focus upon large scale construction projects for public assets such as schools and hospitals. However it moved towards the provision of public services particularly in the area of Regeneration, Housing Health and Social Care (Balloch and Taylor, 2001). In the UK setting major policy think tanks picked up on the phenomenon (Kelly, 2000; Kelly and Robinson, 2000). Academic researchers also developed an increasing fo-

cus on this area (Bovaird, 2006; Powell and Dowling, 2006).

The UK government agenda on partnership working has become strongly embedded especially in the area of Health and Local Government services (Eldridge and Martin, 2006). This has been demonstrated by a continual flow of documentation and policy (Department of Health 2007; Local Government Association, 2005). The original justification for the PFI model was largely in terms of cost and efficiency. With the move towards service delivering partnerships the analysis has moved towards a focus on a cultural understanding of the operation and success (Peck and Crawford, 2004; Wright and Taylor, 2005; Geddes, 2005; McMurray, 2008). This has also been examined for health partnerships outside the UK (Butterfoss, 2007; Boydell and Rugkasa, 2007).

The particular context for Scandinavia has been the subject of early and ongoing work. The nature of the role played by Falck, a private company, in the provision of emergency services such as fire and ambulance was identified in 1999 (Murdock, 1999) and the two of the authors of this article made an early collaboration examining the nature of this partnership (Murdock and Pedersen, 2001).

Greve has also referred to Falck in an article specifically examining public-private partnerships in Scandinavia (Greve, 2003). He refers to the tradition of contracting out fire and ambulance services through Falck in both Denmark and Sweden. He also notes that many of the projects at that time were infrastructure ones where central government was concerned but that at a local level there had been experience of service delivery ones. The experience had been mixed with a degree of public criticism and a scandal in one case of a municipality. Greve (2003) noted a growth in contracting out of elder care and childcare.

Writing more recently Vrangbaek examines the experience of public-private partnerships in health care (Vrangbaek, 2008). He observes that there has not been the growth of infrastructure projects to the extent found in the UK but notes that: «it is also clear that there is a long and ongoing tradition for various other types of public-private collaboration in the health sector» (Vrangbaek, 2008).

He reports finding projects at national regional and municipal levels and these take a variety of forms ranging from e-portals through research and equipment provision. The equipment provision (for disabled people) involves Falck and takes the form of a company in which the county council initially had 49% of the share and Falck 51% though Falck subsequently acquired 75%. Vraegbaek provides a detailed exposition of the development of Danish government policy to such partnerships commenting that despite apparently supportive policy there appeared to be relatively few new partnerships in the recent years (post 2004). He suggests that this could either be because local authorities may see them as posing risks or that public funding may have been easier to obtain. Overall he views the Danish government position on public private partnerships as probably more cautious than that of other countries (such as the UK). He then explores the various risks attendant to such partnerships but concludes that with the restructuring of the Danish Health Care system in 2007 (making the Health authorities larger) there may be more possibilities for partnerships.

Looking at the broader public management literature it is possible the focus has moved away from privatisation and contracting out of public services towards a concept of «collaborative public management» (Blomgren Bingham and O'Leary, 2008). They speak of this as: «... the process of facilitating and operating in multi-organisational arrangements to solve problems that cannot easily be solved by single organisations. Collaborative means to co-labour, to achieve common goals, often working across boundaries and in multi-sector and multi-actor relationships. Collaboration is based on the value of reciprocity» (Blomgren Bingham and O'Leary, 2008).

Denmark, though having adopted a more cautious approach to contracting out and public private partnership approaches, may possibly be better placed to consider the possibilities in terms of «collaborative public management». Since Denmark follows the Scandinavian welfare model its approach to private sector partnerships must be seen in the light of a general commitment to state provision. The following sections of the article examine in detail the experience of Falck in the context of public private partnerships

and explores the particular examples of ambulance services and health care.

3. The history of Public-Private Partnerships in Denmark

Public-Private Partnerships have been a central part of the public debate over the so-called «crisis of the Welfare State» for the past two decades in Denmark (Ejersbo and Greve, 2002).

However contracting-out of public services has its roots further back in the Danish public sector as a method to solve the provision of vital public services. Denmark's -and perhaps the world's- first law of privatization is dated back to 1926, when Minister of Justice in the first Danish Labour Government, K.K. Steincke, later father of the Danish Social Reform Policy in the 1930's, carried through a new Fire Service Act, which allowed private fire brigades to carry out fire services for the municipalities. (Jacobsen, 2006) What is regarded a core public service in most countries in Denmark was made a subject to private provision. Currently (in 2007-8) Public fire services in 68 of Denmark's 98 municipalities are carried out by the private company Falck (Falck Annual Report, 2006, a). The history for this private provision lay in the 1920's when Denmark had about 1400 municipalities. Since many of them were small and thus unable to organize their own services this was the background for establishing contracts with a private company able to carry out services across municipal borders (Jacobsen, 2006).

Similarly the ambulance service was considered suitable for provision by a private rescue corps like Falck from the first half of the 20th century (Jacobsen, 2006).

4. The company Falck as a public provider

The Danish company Falck is named after the founder Sophus Falck and the company symbol is a falcon. The name in Danish means «falcon». For the past 80 years Falck has developed a collaboration with the Danish public authorities which has resulted in the development of many types of public-private partnerships, but also in a unique development of private sector services based on adjacencies to the public business (Jacobsen, 2006).

Falck was founded in 1906 with a focus on collateral damage services for private and public customers. Subsequently it diversified into Ambulance, Patient Transport and Fire Services in the public domain. In the private domain (corporate and individual) Falck developed car-breakdown services and preventive services for damages on buildings etc. on a subscription basis developed into a large business for the company. For the past two decades Health Care and Training Services as well as alarm services has been part of the company's profile. The company today operates in more than 20 countries delivering services to both private and public customers. The mission of Falck is to help people in need, and the four business areas reflect this mission as the company's services are focused on prevention and alleviate the after-effects of emergencies and diseases (Mandel Refskou *et al.*, 2006).

The four business areas comprise the following services with an indication of approximate importance in terms of turnover (Falck Annual Report, 2006):

- *Assistance* (30% of turnover): Roadside Assistance, First-aid courses, Alarm, Life-style/care services for companies and private households (mostly subscriptions), insurance companies and pension funds;

- *Emergency* (40% of turnover): Ambulance and other prehospital treatment services, Patient Transport (PTS), Fire fighting – Public and Industrial, for public authorities and private companies;

- *Health Care* (15% of turnover): Cross-disciplinary physical services (physiotherapist, chiropractor etc.), Psychological Crisis Therapy, Rehabilitation, Absence Management, Medical test & diagnosis, Assistive Aids, Temporary Staff Services, for private companies, public bodies, insurance companies and pension funds;

- *Training* (15% of turnover): Offshore and maritime preparedness, training, Contingency Planning and Consultancy for primarily oil and gas companies.

5. Private experience with partnership - the analytical approach

This article examines services in relation to public-private partnership and focus will

be on the Danish experience and only draw attention to foreign experience for illustrative purposes.

Using concrete examples of different forms of collaboration between public authorities and Falck as a private service provider, we will explore the causes for success or failure of partnerships.

This will be done by evaluating the chosen examples to answer the following questions:

- Have they brought in any value for the customer or any value or synergies for the private partner?

- Has the performance been satisfactory?

- What has contributed to the success or failure?

- Have there been individual factors or does experience show more principal factors to be important, i.e.: the choice of the form of collaboration (contracting out, joint limited company, standard agreement terms etc.) or the organisation of the services.

This focus will be on an analysis of: (i) economic success; (ii) transaction costs; (iii) business development (including: efficiency and price, development of services and markets, internationalization of business, quality development); (iv) customer influence/satisfaction; (v) user influence/satisfaction (as private providers often will have two «customers» – the public authority and the citizen/the end-user); (vi) the societal impact/efficiency, meaning: how does the provision of public services in collaboration between public and private partner contribute to society, fix to the development of a market –competitive or non-competitive- for services.

The examples will be evaluated critically in relation to the factors mentioned.

The two examples used for analysis and evaluation will be: the ambulance service and the health care services.

6. The example of Ambulance Service: a model undergoing change from Service Level Model to Hands on Control Model

Legal requirements for the ambulance service are described in the Prehospital Circular from 2006, which provides guidelines for EMS planning, response times and minimum training level.²

Though the ambulance service is a responsibility for the five Danish Regions, no region runs its own services. Ambulance services all over Denmark are run by private or public entrepreneurs on a contract with a Region. The alarm centres (one emergency number: 112) are operated by the Police. The alarm centres communicate electronically with the Falck control rooms, which dispatch the ambulances.

Falck is the predominant supplier of ambulance services. Falck runs presently over 80% of all ambulance activity in Denmark (Bilde, 2003). The ambulance service and its associated rescue service has for the last 3 decades been provided on the basis of an negotiated so called standard agreement between the Association of County Councils in Denmark and Falck. This model for the public private partnership is based upon a central negotiated agreement, which specifies: duties and obligations on each part, conditions of payments, solution of problems in case of conflict over interpretation of agreement.

The central negotiated «Standard Agreement» is the basis of specific agreement with the single regions. The agreement has regularly been renegotiated and updated with supplementary agreements in order to secure a constantly updated service. Payment conditions are based on a fixed preparedness payment, which is regulated yearly with development in activity and inflation.

According to the agreement Falck has an obligation to have personnel available at all times throughout the year for the provision of ambulance transport and ambulance rescue obligations (Bilde, 2003). In practice this obligation means, that Falck must always be able to dispatch an ambulance. The emergency service obligation is administered as a general preparedness for the region. This means that an ambulance is not necessarily stationed at the single ambulance station, but will be carrying out ambulance service and patient transport around the region and be dispatched 'on the road' for emergency services, when needed.

The principle for dispatching ambulances is that the closest available ambulance must be dispatched to an incident irrespective of where it is stationed. Because of the integration of emergency transport and planned patient transport it will often be possible to

dispatch a large number of more ambulances in a short time by major incidents, simply because there will be more ambulances on the road.

Joint operation of different types of transport also makes it possible to maintain a «reserve emergency facility» which can be mobilised when the need arises.

The ambulances are placed on the local Falck stations, where they together with the subscription services and the public fire services provide the basis of activity for the local presence of the safety services. The joint operation of the services creates competitive advantages, as facilities can be shared. At the same time the joint operations creates synergy for selling services to public, company and private customers. Falck's ambulance service has been dedicated to training and quality improvement.

In short *the Service Level Model* allows the entrepreneur freedom to plan and carry out the services focusing on the balance between cost-efficiency and customer's satisfaction.

The Service Level Model however has been under pressure for some years. A decision from the Danish Complaints Board for Public Procurement from 2003 has stated that emergency ambulance service should be subject to public procurement and follow EU-rules in the field.³ The Danish authorities have decided not to have this decision tried before a Danish court, which means that this interpretation of EU-rules is the legal basis of public procurement for ambulance services.

The tenders according to this decision have been carried out in 2008 and 2009, which means that the services due to the result of new tender-based contracts are to be implemented in late 2009 and 2010. It should be mentioned that this EU-procedure, which is now enforced in Denmark, is not automatically enforced in other EU-countries.

So far the tender documents show two major changes in the public-private partnership model:⁴

– The responsibility for dispatching emergency ambulances, which until now has been a service delivered by the ambulance entrepreneur (Falck) will become a service carried out by new public control rooms.⁵ In the present agreement Falck is obliged to

reach certain service levels (response times), which makes the control room a central part of the agreement as the dispatch of the nearest available ambulance is essential to fulfilling the service level agreement and avoid fines. In the future this responsibility will be with the region, and Falck will primarily be responsible for supplying the number of units agreed upon in the contract.

– The division of emergency ambulance services and lying patient transport services. These services has until now been carried out as a joint operation, which has made it possible to have an increased number of ambulance ready in daytime to support when the day-to-day preparedness suddenly changes due to weather, epidemics, major accidents etc. This «flexible response» has made it possible to react fast to such events. The cost has been waiting times for patient without acute need.

The present model has secured a high utilisation rate for the ambulance vehicles and personnel, which again has meant high efficiency and economies of scale.⁶ *The new Tender Model* is expected to result in lower utilisation and less cost efficiency as the opportunities of joint operation between emergency ambulance services and planned patient transport will be limited. On the other hand the regions expect to reduce waiting time for non-emergency journeys, which in the present model could be the case, because in the joint operation emergency journeys will always have priority to non-emergency.

The transaction costs in the present model are minor, as the reporting is generated by Falck, and the public body primarily has to make a control on the journeys and the prices.

In the new tender model the region will take over reporting and create data for both control of journeys and for invoicing.

The service level control thus is replaced by a more detailed control of how the service is carried out.

Comparisons with foreign ambulance services have often been made on the basis of specific studies in limited geographical areas. What characterises the Danish ambulance service is that physical resources such as vehicles, equipment and personnel resources

are of a uniformly high standard throughout the country. This uniform standard of service is underpinned by the geographical coverage of the Danish ambulance service. This coverage makes it possible to reach the scene of an incident very quickly. Faster than in most other countries, which the monthly reported response time statistics indicate.

In relation to *customer's satisfaction and the relation to partners* such as the hospital personnel a very comprehensive research was done in the County of Aarhus in 1998.⁷ Through interviews and questionnaire including all types of participants in emergency and non-emergency patient transport (Ambulance Personnel, Hospital Personnel, Patients and Management), attitudes towards the service provision were investigated and documented. A general conclusion across all five reports, which were the result of the research, is: «*the work of Falck-personnel in relation to service, professional competencies and care is highly rated by both patients and hospital departments*».⁸

In a German study, the Danish ambulance services have been evaluated together with other *European ambulance services on criteria of efficiency, price/quantity and economy*.⁹ The results were as in **table 1**.

The study shows that the Danish ambulance service is very efficient measured by cases per ambulance and the costs are relatively low measured both per case and per kilometre. Measured by costs per inhabitant the Danish ambulance service is also relatively cheap. Table 1 sums up the results.

Another international study done by the Statistics Netherlands in 1998 has confirmed the effectiveness of the Danish ambulance service compared to a selected number of other Western European countries: Holland, Belgium, Germany, Switzerland and France.

Netherlands examined data for patient transport from the health ministries in the countries mentioned. For France and Switzerland however the data were insufficient, so the final comparison was primarily between the four other countries.¹⁰ The results were as shown in **table 2**.

The table shows that the Netherlands has the lowest expenditures per inhabitant, but in Denmark you get more journeys and kilometres per inhabitant for the money spent.

- 1992 -	Efficiency	Price/Quantity	Evaluation of Economy
Netherlands	neutral	minus	minus
Belgium	minus	plus	neutral
Germany (*)	neutral	neutral/minus	neutral
Switzerland	neutral/minus	minus	minus
Denmark	plus	neutral	plus
France	neutral	plus	plus
Austria	plus	neutral	plus
Sweden	neutral	minus	minus

(*) Alte Bundesländer

Table 1
Efficiency, price/quantity and economy in different European ambulance services

Country	Expenditures per inhabitant (DKK)	Expenditures per drive (DKK)	Drives per 1000 inhabitants	Expenditures per km (DKK)	Km per inhabitant
Belgium	185	1889	98	55	3,39
Denmark	164	971	169	34	4,82
Germany	181	1721	105	no information	no information
Netherlands	80	1921	42	56	1,45

Table 2
Effect of PPP: Use and expenditure of ambulance services

Therefore Denmark also has the lowest expenditure per journey.

A later German study however concludes that when it comes to cost comparisons this is very difficult because of the different organisation and financing of the health system in the different countries.¹¹

A Danish Institute for Health Research study from December 2004 ranks selected ambulance services from six countries as described in Table 3 (Bilde, 2003). As the research acknowledges that the population density is a most influential parameter influencing both service and cost measures, the Danish Falck score can be regarded as very good compared also to services provided by the public agencies themselves. Who provides the service can be seen in the first row of the **table 3**.

The public-private partnership in the Danish case has resulted in a unique *business development*, as Falck today is the only private ambulance provider with activity across borders in Europe. At present Falck runs ambulance services in seven European countries, see **table 4**.

The competitive environment in some of the new countries has also contributed to the quality development of the services. Services in Sweden, Poland and Slovakia all have ISO 9001 certificates. Furthermore the incentive to make the Danish service more effective has led to the development of GIS/GPS services, where Falck was one of the first ambulance services to implement these tools nationwide. Also the development of an electronic ambulance record to both heighten information and increase efficiency in quality management is a positive consequence of the public-private partnership. Previously records of dispatch and response times of ambulances were derived from paper based systems.

All in all the effects of the private provision of the Danish ambulance service so far has been:

- a cost effective service, which mean a high service level at a relatively low cost;
- transaction costs at a minimum;
- development of both human resources and technological tools;

Table 3

Effect of PPP: Comparison of seven European ambulance services (ranking)

Indicator	Surrey England	Bedfordsh/ Hertfordsh England	Schleswig- Holstein Germany	Health-Region South Norway	Stockholm Sweden	Netherlands	Denmark Falck area
Primary finance Providers- Public/Private in area	Tax Public	Tax Public	Premium Private Hilfsorg.	Tax Public/ Private	Tax Private/ Public	Premium Private/ Public	Tax Private
<i>Population/Area-rank</i>	1	2	5	7	4	3	6
Population (mio.) in area	1,1	1,6	2,8	0,9	1,9	16	4,6
Population Density(km ²)	634	558	177	18	283	391	108
Response time legal demand	demand	demand	demand	guideline	demand	guideline	demand
Actual response times-rank	1	2	3	7	6	5	4
Emergency journeys/inhab-rank	4	6	5	1	2	7	3
Kilometres per journey	n.a.	2	n.a.	1	n.a.	4	3
Expenses per inhabitant	1	5	6	7	3	2	4
Expenses per journey	1	5	6	7	3	2	4

Source: Danish Institute for Health Research, Copenhagen, December 2004

Table 4

PPP-Effect:
Internationalisation
of Ambulance Service

Country	Ambulances	Ambulance Stations	Ambulance Personnel
Denmark	450	136	2.900
Sweden	120	48	1.000
Norway	15	6	70
Finland	15	5	70
Poland	200	16	1.400
Slovakia	90	76	900
Belgium	70	11	700
Total	960	298	7.140

Source: Falck Denmark A/S 2009

– business development by expansion cross-border.

7. The example of Health Care services – Core public services and the problems of partnerships

7.1. A view of the services

Falck Healthcare provides a number of services for the public sector in Denmark:¹²

– Rehabilitation; in 2003 – 2007 Falck managed the rehabilitation hospital, «Falck Rehab Varde» for the County of Ribe (today: The Region of Southern Denmark). In

patient rehabilitation in Denmark is provided free of charge by the counties / regions. In this case the County of Ribe entered a partnership with Falck in order to provide high quality rehabilitation. Falck still has similar partnerships with municipalities in Denmark regarding outpatient rehabilitation.

– Assistive aids for disabled people; in 1996 Falck and the County of Frederiksborg (today: The Capitol Region of Denmark) created a limited liability company called «Nordsjællands Hjælpemidler A/S» (today: «Falck Hjælpemidler A/S» («Hjælpemidler» is Danish for assistive aids)). The company

was created in order to reduce costs (for the county, the company's sole customer in the beginning) and in the same time maintain the level of quality and service. Later on the company expanded its scope and is today also providing these services for several municipalities in Denmark. The Region is still a stakeholder in the company.

– Medical diagnostics, recovery and case handling; in 2006 Falck acquired the company «Medicinsk Testcenter A/S» (Medicinal Test Center Ltd.). With this company as a basis, Falck Healthcare today cooperates with approximately 20 of the 98 municipalities in Denmark when it comes to the field of diagnosis and recovery for people on sick leave. In Denmark it is the jobcentres (part of the municipality) which has the task of providing sick leave reimbursement to companies and unemployed. In 2008 the cooperation with several of the municipalities was expanded into the area of case handling.

7.2. Economic success

In the case of public private partnerships one can measure economic success in a number of ways.

Regarding outsourcing: Does the public entity (i.e. municipality, county or region) experience reduced costs without reduced quality of the service provided to the citizens or improved quality without increased cost? In order to determine this, the public entity has to compare its own level of cost and quality of service with another similar public entity that still has the service production in house. Unfortunately very few public entities make these comparisons. The authors are not aware of any publicized studies in Denmark in this field. Our own internal analysis show that our customers have experienced reduced costs since entering cooperation with us, but obviously these studies are biased and not scientific.

Referring to partnerships: When the cooperation between the public entity and the private service provider is organized in a limited liability company it is much easier to determine whether the partnership is an economic success or not. In the case of «Falck Hjælpe midler A/S», where Region Capitol of Denmark has been a stakeholder since 1996, the public entity has received substantial re-

turn on investment throughout the years. In the case of «Poppelgården A/S» (a rehabilitation and nursing institution established as a limited liability company with the municipality of Elsinore and Falck as shareholders, established and terminated in 2008) the company was an economic failure. The company was created on unrealistic expectations with regards to the expected level of activity and was thus terminated in mutual understanding between Falck and the municipality only 1 year after its creation.¹³ It is not possible to make generalizations whether partnerships are an economic success due to the simple fact, that there are currently very few of them in Denmark.

7.3. Transaction costs

The transaction costs for the public entity can sometimes be quite substantial, when it chooses a very tedious, formalistic and detailed public tender process. In this case the tender process itself is very time consuming for both public entity and private service provider. The contract sum has to be quite substantial in order to justify this kind of tender process.

In other cases, when the public entity chooses a more simple and flexible tender process whereby it invites the service providers to suggest how they propose to deliver the services in question and which methods etc. they propose to use, the transaction cost can be reduced substantially for the public entity.

7.4. Business development

Efficiency and price: In general the private service providers in the healthcare industry in Denmark are much more specialized in their work field than their public sector counterparts. I.e. for a municipality assistive aids are a very small part of the total sum of services the municipality provides to its citizens. The director in charge of the social services in a municipality will thus focus less on the area of assistive aids, which means that the area often lacks the necessary top level managerial attention needed to constantly improve the efficiency when the service area is run in-house in a municipality. Likewise, there is typically no repeated and constant pressure to

reduce cost, when the production is in-house, compared to service that is outsourced and thus undergoes periodic public tender process in a competitive market.

7.5. Development of services and markets

A profit oriented private company such as Falck has shareholders who constantly pressure the management to further develop the services that it provides, as well as the markets it operates in. Increased return on investment is basically the *raison d'être* for such a limited liability company. Without constant development of services and markets the company withers and dies in the face of constant competition.

Falck know of several examples of development of markets. I.e. a Swedish subsidiary of Falck Healthcare has for some years provided services to large Swedish public and private entities that leads to a reduced sick leave ratio. The service «Aktiv Arbejdsmedicin» («Active Occupational Medicine») was transferred in 2008 from the Swedish to the Danish market with great success.¹⁴

Another example is the concept «Hurtig Diagnose» («Fast Diagnosis»), which Falck Healthcare for several years has provided to Danish insurance companies. The concept is about delivering fast diagnosis through the private healthcare system instead of the often slow public healthcare system. The concept is now being delivered to job centres as well as private companies in order to get people back to work faster than would otherwise have been the case.

7.6. Customer influence/satisfaction

As a private company with a long term co-operation with the public sector in Denmark, Falck is, to a high degree, dependent on satisfied customers. A large proportion of the business models in Falck Healthcare are built on activity based revenue. Thus, unhappy customers equal low revenue.

As a consequence of the need to monitor customer responses Falck Healthcare has introduced systematic internet based customer satisfaction surveys to customers with internet access. In practice, this means that the customer automatically receives an e-mail

inviting them to participate when their case is closed. This provides continuous electronic information to the management regarding different aspects of the delivered services as perceived by the customers.

This information regularly gives Falck the necessary feedback to adjust concepts, to discuss with our professionals their practice etc.

The customer is here defined as the client / patient as well as the paying customer (the public entity).

8. Conclusion and discussion

The article has examined the particular experience of Denmark in public private partnerships in the health care context focusing on the example of Falck. Denmark has been more cautious than the UK in respect of the use of Public private partnerships in the context of infrastructure in health care and in respect of contracting out generally. However the long tradition of provision in ambulance and fire services by Falck makes Denmark a special case. The company has won acceptance as a provider and a partner and is well established in its provider role.

A significant factor in the success is that Falck is very conscious of the customer element in its service provision. It is paid by public sector contracts and also by individual customer purchases. Customer satisfaction is well established as a key performance indicator. This has enabled it to develop and embed systems to ensure constant feedback on service quality.

As a provider operating in several countries Falck is also very aware of relative cost and performance factors as shown by the ambulance data described in this article. More so perhaps than national or local public sector providers Falck benchmarks itself against not just Danish alternates but also against provision in other countries (where it may well chose to compete for contracts). This furnishes it with a strong information and comparative base.

The move towards collaborative public management from traditional outsourcing models presents new challenges and possibilities. Further study of the response and adaptation of organizations such as Falck might adapt to the change in focus will provide a

valuable source of data from the provider perspective. Arguably where this enhances a commercial and customer focus with a keen awareness of quality and value in the public setting it should be associated with continued success of companies such as Falck.

Notes

1. Source: google.co.uk/scholar (accessed 20 March 2009).
2. The Danish Ministry of Health, Circular no. 977 of September 2006 on Prehospital Planning and Training of Ambulance Personnel.
3. Klagenævnet for Udbud (Danish Complaints Board for Public Procurement «Verdict of April 8th 2003» International).
4. See for example www.Regionh.dk (Copenhagen Region) for a description of intentions behind the tender for prehospital services.
5. Public control rooms are the contact point for organising the dispatch of ambulances to an incident or request for help. These control rooms are typically reached by a recognised telephone number (often 112).
6. Amtrådsforeningen (Association of Danish Counties –before the municipal reform 2006, which reduced

the 14 counties to 5 Regions) «Amternes ambulancebetjening. En analyse af Falcks Redningskorps 1996-2000 og standardaftlen mellem Amtrådsforeningen og Falck», Copenhagen 2002 (Analysis of ambulance services and contract).

7. Ambulancekørsel og liggende patienttransport i Århus Amt - Hovedrapport Service - og kvalitetsskontoret marts 1998.
8. Ambulancekørsel og liggende patienttransport i Århus Amt 1998 ibid.
9. Wirtschaftlichkeitsreserven des Rettungs- und Krankentransportdienstes in Deutschland (Gutachten im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit), Augsburg, 1995.
10. Statistics Netherlands, «Transport of patients- a report on the structure, use and expenditures of ambulance services and other means of transports in the health care sector in Belgium, Denmark, France, Germany, the Netherlands and Switzerland», April 1998.
11. Rettungsdienst in Staaten der Europäischen Union, Institut für Rettungsdienst, Bonn, 1999.
12. See: www.falck.com (English website) and www.falckhealthcare.dk (Danish website).
13. Frederiksborg Amts Avis, October 2, 2008 (Danish local newspaper).
14. I.e. Jyllandsposten, November 11, 2008 and Horsens Folkeblad May 10, 2008 (Danish newspapers).

REFERENCES

- BALLOCH S., TAYLOR M. (2001), *Partnership Working: Policy and Practice*, Policy Press, UK.
- BILDE L. (2003), *International sammenligning af akut ambulancebetjening*, (Translation: International Comparison of Emergency Ambulance Services), Danish Institute of Health Research, Copenhagen.
- BLOMGREN BINGHAM L., O'LEARY R. (2008), *Big Ideas in Collaborative Public Management*, M.E. Sharpe, USA.
- BOVAIRD T. (2006), «Developing new forms of partnership with the “market” in the procurement of public services», *Public Administration*, 84 (1), pp. 81-102.
- BOYDELL L., RUGKASA J. (2007), «Benefits of working in partnership: a model», *Critical Public Health*, 17 (3), pp. 03-214.
- BUTTERFOSS F. (2007), *Coalitions and Partnerships in community health*, Jossey Bass, USA.
- COMMISSION ON PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIPS (2001), *Building Better Partnerships*, IPPR.
- DEPARTMENT OF HEALTH (2007), *Making partnerships work: examples of good practice*, DH, London.
- EJERSBO N., GREVE C. (ed.) (2002), *Det offentlige på kontrakt* (Translation: Contracting out the Public Sector), Copenhagen, pp. 15ff.
- ELDRIDGE K., MARTIN P. (ed.) (2006), *Partnerships in health care*, Quay Books, London.
- FALCK (2006), Annual Report.
- GEDDES M. (2005), *Making public private partnerships work: building relationships and understanding cultures*, Gower, Aldershot, Hants, UK.
- GREVE C. (2003), «Public-Private Partnerships in Scandinavia», *International Public Management Review*, 4(2).
- HODGE G., GREVE C. (2007), «Public & Private Partnerships: An International Performance Review», *Public Administration Review*, 67(3), pp. 545-558.
- HODGE G., GREVE C. (2009), «The passage of time permits a sober reflection», *J Economic Affairs*, 29(1).
- JACOBSEN K. (2006), *Falck 1906-2006*, Copenhagen, pp. 41ff.
- KELLY G. (2000), *The New Partnership Agenda*, IPPR, London.
- KELLY G., ROBINSON P. (2000), *A Healthy Partnership*, IPPR, London.
- LINDER S. (1999), «Coming to Terms With the Public-Private Partnership: A Grammar of Multiple Meanings», *American Behavioral Scientist*, 43(1).
- LOCAL GOVERNMENT ASSOCIATION (2005), *The future of health and adult social care: a partnership approach for well-being*, LGA, London, <http://www.lga.gov.uk/lga/ai0/21705>.

- MANDEL REFSKOU M. *et al.* (2006), *Sophus har været der*, Copenhagen, (Translation: *Sophus har been around, an analysis of Falck as Danish business history*), PhD thesis, Aarhus University.
- MCMURRAY R. (2008), «Our reforms, our partnerships, same problems: the chronic case of the English NHS», *Public Money & Management*, February, 27 (1), pp. 77-82.
- MURDOCK A. (1999), «Emerging Partnerships in the provision of emergency response: the changing interface of ambulance, primary health care and other first responder systems», Paper to European Health Care Management Association Annual Conference, Parma Italy, June.
- MURDOCK A., PEDERSEN O.Q. (2001), «Delivering Emergency and Rescue Services: explaining and understanding different forms of public, private and voluntary provision: A comparison of Northern European and North American models», *Journal of Public Private Partnerships*, January.
- PECK E., CRAWFORD A. (2004), «Culture' in partnerships: what do we mean by it and what can we do about it?», Integrated Care Network, London, www.integratedcarenetwork.gov.uk/library/Resources/ICN/icn_culture_in_partnerships3.pdf
- PLOCHG T. *et al.* (2006), «Collaborating while competing?: the sustainability of community-based integrated care initiatives through a health partnership», *BMC Health Services Research*, 6 (37).
- POWELL M., DOWLING B. (2006), «New Labour's partnerships: comparing conceptual models with existing forms», *Social Policy and Society*, 5(2), pp. 305-314.
- SMITH C. (1999), *Making Sense of the Private Finance Initiative: developing Public Private Partnerships*, Radcliffe, UK.
- UNIVERSITY OF MANCHESTER (2007), «Partnerships: reviewing the evidence», NPCRDC, National Primary Care Research and Development Centre Manchester, www.npcrdc.ac.uk/Publications/ES45_Partnerships_-_Reviewing_the_Evidence.pdf.
- VRANBAEK K. (2008), «Public-Private Partnerships in the Health Sector: The Danish Experience», *Health Economics, Policy and Law*, 3, pp. 141-163.
- WRIGHT G., TAYLOR A. (2005), «Strategic partnerships and relationship marketing in healthcare», *Public Management Review*, 7 (2), pp. 203-224.

Diverse configurazioni di Public-Private Partnership: l'esperienza danese

ALEX MURDOCK, OLE QVIST PEDERSEN, JONATAN SCHLOSS

(Traduzione dall'inglese a cura di Dario Carrera e Sara Pierascenzi)

1. Introduzione

Il concetto di partnership pubblico-privata (d'ora in poi PPP) non è nuovo. Il settore pubblico ha da lungo tempo favorito (volente o nolente) collaborazioni con il settore privato e le organizzazioni del terzo settore, al fine di perseguire obiettivi di interesse collettivo.

Data la collocazione del presente articolo (per una rivista italiana), appare interessante riferirsi al modello iniziale proposto dall'esercito romano, dove alcune funzioni venivano gestite secondo modalità di *contracting out*, delegate ai comandanti locali dietro un corrispettivo. Questa è probabilmente una delle prime pratiche di PPP.

Il paper assume la prospettiva di un'azienda privata partner – la danese Falck – inquadrato nel *framework* teorico derivante dalla letteratura inglese sulle PPP. La Falck opera a livello internazionale (compreso il Regno Unito) e la sua esperienza è esplorata avvalendosi anche dell'esperienza diretta di una dei co-autori che occupa una posizione di vertice nell'azienda (Ole Q. Pedersen) e creando importanti sinergie con una più ampia prospettiva accademica che include la letteratura danese e quella del Regno Unito sulle partnership (Alex Murdock). Il caso studio evidenzia bene l'evoluzione dall'approccio che stava al cuore della *Private Finance initiative* (con un *focus* sull'efficienza) a un approccio incentrato sulla collaborazione finalizzata all'erogazione dei servizi di interesse generale.

2. La Natura delle Public Private Partnerships

I principi regolatori delle PPP stabiliti dalla «UK Commission on Public Private Partnerships» sono a tutt'oggi ritenuti validi (Commission for Public Private Partnerships, 2001):

- risorse finanziarie adeguate per i servizi pubblici;
- un'importante base logica per la gestione della partnership;

- un partner pubblico forte;
- imprese fornitrici responsabili e organizzazioni di terzo settore pronte all'adozione di alti standard di *accountability* e trasparenza;
- legittimazione da parte del pubblico in generale e del personale impegnato nei servizi pubblici. Se le partnership sono durature, cittadini e dipendenti necessitano di sentirsi coinvolti e di identificarsi nelle relazioni collaborative istaurate;
- un approccio alle politiche e alle decisioni basato sull'evidenza. Il committente necessariamente deve guidare, monitorare e sistematicamente valutare una gamma di partnership e accordi.

Il concetto di *Public Private Partnership* è stato oggetto di analisi da parte della UK Commission, che nel 2001 commentava: «*To date there have been few even-handed studies into the contribution that partnerships between public, private and voluntary sectors can make to our public services: prejudice and anecdote have tended to dominate analysis and evidence*» (Commission for Public Private Partnerships, 2001, p. 3).

La situazione nel 2009 appare differente, con un'ampia letteratura a supporto. Tra il 2000 e il 2009 sono stati prodotti circa 800 articoli che includono nel titolo le parole «*public private partnership*».¹

Linder ha posto attenzione alla frequente associazione del termine *public private partnership* con le *policy* legate ai processi di privatizzazione (Linder, 1999) e alla nascente «Private Finance initiative (PFI)» lanciata nel 1992 nel Regno Unito (Smith, 1999). Quest'ultima, concentrandosi inizialmente su progetti di larga scala quali scuole e ospedali, si è orientata successivamente verso la fornitura di servizi pubblici, in particolare nelle aree della riqualificazione urbana, dell'*housing*, degli interventi socio-sanitari (Balloch, Taylor, 2001).

Il fenomeno, nel Regno Unito, ha colto l'interesse dei principali *policy think tank* (Kelly Kel-

SOMMARIO

1. Introduzione
2. La Natura delle Public Private Partnerships
3. La storia delle Public-Private Partnerships in Danimarca
4. L'azienda Falck quale fornitore di servizi di interesse generale
5. Esperienze private con le partnership. Un approccio analitico
6. Il caso dei servizi di ambulanza: un modello di cambiamento continuo da Livelli di servizio a controllo diretto
7. Il caso dei servizi sanitari - servizi pubblici *core* e il problema delle partnership
8. Conclusioni e discussione

ly, Robinson, 2001) così come dell'accademia (Boivard, 2006; Powell, Dowling, 2006). L'agenda governativa si è concentrata in particolare nel settore dei servizi locali e sanitari (Eldridge, Martin, 2006), con un continuo flusso di atti ufficiali e *policy* (Department of Health, 2007; Local Government Association, 2005).

La motivazione iniziale per l'adozione del modello della PFI, fu legata a elementi di costo e di efficienza. L'orientamento verso servizi in partnership, ha favorito una comprensione dell'operatività e dell'efficacia di modello (Peck, Crawford, 2004; Wright, Taylor, 2005; Geddes, 2005, McMurray, 2008). Questo è stato analizzato anche per altre partnership in sanità, fuori dall'UK (Butterfoss, 2007; Boydell, Rugkasa, 2007).

Oggetto particolare del presente lavoro è il contesto scandinavo. La natura del ruolo giocato dalla Falck, società privata che offre servizi emergenziali (quali ad es. servizi di ambulanza e vigilanza antincendio) è stata analizzata nel 1999 (Murdock, 1999) e due degli autori del presente articolo avviarono ancor prima, un'analisi circa la natura della partnership (Murdock, Pedersen, 2001).

Greve (2003) ha fatto riferimento alla Falck in un articolo che esamina nello specifico le PPP in Scandinavia, riferendosi alla tradizione nell'esternalizzare servizi di ambulanza e di vigilanza antincendio alla Falck sia in Danimarca che in Svezia. Gran parte dei progetti riguardava le infrastrutture e, ma solo a livello locale, alcune esperienze di offerta di servizi. L'esperienza è stata anche criticata e si evidenzia anche uno scandalo in un comune. Greve (2003) ha evidenziato una crescita del *contracting out* nei servizi agli anziani e minori.

Recentemente Vrangbaek esamina le esperienze di PPP in sanità (Vrangbaek, 2008), osservando una mancata crescita dei progetti infrastrutturali nel Regno Unito ed evidenziando che: «*it is also clear that there is a long and ongoing tradition for various other types of public-private collaboration in the health sector*» (Vrangbaek, 2008, p. 144).

Progetti a livello nazionale e locale assumono una varietà di forme, a partire dai portali *on line* per la ricerca e offerta di attrezzature. Queste ultime (per soggetti disabili) coinvolgono la Falck e assumono la forma di una società inizialmente partecipata per il 49% dall'ente pubblico

locale e per il restante 51 dalla Falck. Successivamente la Falck acquisirà il 75%. Vrangbaek offre una dettagliata esamina dello sviluppo delle *policy* danesi verso le partnership ma, al tempo stesso, una loro diminuzione dopo il 2004: a causa di collaborazioni con l'ente pubblico considerate rischiose, ovvero di finanziamenti pubblici più semplici da ottenere. In tal senso, il governo danese appare, secondo l'autore, maggiormente cauto nell'adozione di PPP rispetto agli altri Paesi (ad es. il Regno Unito). Vrangbaek esplora i vari rischi legati ad alcune partnership ma conclude che la riorganizzazione del sistema sanitario danese nel 2007 ne ha favorito un loro sviluppo.

Analizzando la letteratura sul *public management* in senso ampio, il *focus* si è spostato dai temi legati alla privatizzazione ed esternalizzazione dei servizi, verso un concetto di *public management* collaborativo (Blomgren Bingham, O'Leary, 2008), identificando questo come: «*... the process of facilitating and operating in multi-organisational arrangements to solve problems that cannot easily be solved by single organisations. Collaborative means to co-labour, to achieve common goals, often working across boundaries and in multi-sector and multi-actor relationships. Collaboration is based on the value of reciprocity*» (Blomgren Bingham, O'Leary 2008, p. 3).

La Danimarca, come detto, sta adottando un più cauto approccio al tema delle PPP e del *contracting out*. Le sezioni seguenti dell'articolo esaminano l'esperienza della Falck nel contesto delle PPP, ed esplorano le pratiche nei servizi sanitari e di ambulanza.

3. La storia delle Public-Private Partnerships in Danimarca

Le *Public-Private Partnerships* sono state parte centrale del dibattito pubblico relativo alla c.d. crisi del *Welfare State* degli ultimi vent'anni in Danimarca (Ejersbo, Greve, 2002, p. 15ss). Tuttavia, il *contracting-out* nei servizi pubblici ha radici più lontane, legate all'offerta di servizi pubblici essenziali.

La prima legge di privatizzazione danese (e forse del mondo) risale al 1926, quando il Ministro della giustizia nel primo governo danese *Labour*, K.K. Steincke, successivamente padre della

riforma delle politiche sociali in Danimarca negli anni Trenta, istituì un nuovo «*Fire Service Act*», prevedendo l'esternalizzazione a organizzazioni private da parte dei comuni, dei servizi di vigilanza antincendio (Jacobsen, 2006, p. 48ss). Recentemente (2007-2008) i servizi di vigilanza antincendio, in 68 dei 98 comuni danesi, sono demandati alle società Falck (Annual Report, 2006, p. 16). Questo processo prende il via negli anni Venti, quando la Danimarca presentava circa 1400 comuni e molti di essi erano di piccole dimensioni e incapaci della gestione dei propri servizi. Questo favorì l'emergere di contratti con aziende private, che potevano erogare servizi entro i confini comunali (Jacobsen, 2006, p. 41ss). Allo stesso modo, il servizio di ambulanza delegato alle unità operative della Falck, prese vita nella prima metà del ventesimo secolo (Jacobsen, 2006, p. 42ss).

4. L'azienda Falck quale fornitore di servizi di interesse generale

La società danese Falck, fondata nel 1906, prende il nome dal suo fondatore Sophus Falck e il suo simbolo è un falcone. Negli ultimi ottant'anni ha collaborato con gli enti pubblici locali danesi sviluppando diverse tipologie di PPP (Jacobsen, 2006, p. 67 e ss).

La Falck nasce dalla necessità di fornire servizi sia di natura privata sia di interesse generale e successivamente si orienta verso servizi di ambulanza, trasporto pazienti e servizi anti-incendio. Negli ultimi vent'anni ha sviluppato come parte del profilo societario servizi sanitari e di formazione come pure servizi di allarme e oggi opera in oltre 20 Paesi come fornitore per il settore pubblico e per il settore privato. La missione della Falck è assistere persone in difficoltà, e le quattro aree di *business* ne riflettono la *mission*; esplicitata nel prevenire e alleviare gli effetti postumi di interventi di pronto soccorso e malattie (Refskou et al., 2006, p. 176). Le quattro aree comprendono (Annual Report, 2006):

- Assistenza (30% del volume d'affari): Roadside Assistance, First-aid courses, Alarm, Lifestyle/care services per aziende e privati, compagnie di assicurazione e fondi pensione;

- Pronto soccorso (40%): servizi di ambulanza e altri servizi di trattamento

preospedaliero, trasporto pazienti, vigilanza antincendio (pubblica e industriale);

- Cure sanitarie (15%): servizi interdisciplinari, psicologici, riabilitativi, di diagnostica, assistenza per malati affetti da Aids, servizi di staff temporanei;

- Formazione (15%): pronto intervento su terra e marittimo, servizi di consulenza in programmazione e controllo per società petrolifere e del gas.

5. Esperienze private con le partnership. Un approccio analitico

Il presente lavoro esamina in particolare i servizi in relazione alle PPP in Danimarca – illustrando alcune pratiche di altri Paesi e – utilizzando le pratiche avviate dalla Falck quale fornitore di servizi privato. Con esempi concreti di differenti forme di collaborazione tra autorità pubbliche e la Falck quale fornitore di servizi privato, saranno analizzate le cause di successo e fallimento delle diverse partnership avviate.

La valutazione si baserà sui seguenti interrogativi circa le PPP:

- Hanno creato valore per i clienti o sinergie?

- È stata la partnership soddisfacente, di successo?

- Cosa ha contribuito al loro successo/fallimento?

- Sono stati determinanti i fattori individuali o altri elementi quali, ad esempio, la scelta della forma di collaborazione (*contracting out*, ATI, accordi, ecc.) o l'organizzazione dei servizi?

Il focus sarà rivolto a: successi economici, costi di transazione, aspetti di *business development* (efficienza, sviluppo dei servizi e dei mercati, internazionalizzazione, miglioramento della qualità), *customer influence/satisfaction*, *user influence/satisfaction* (come fornitore privato spesso si avranno 2 «clienti» – l'ente pubblico e il cittadino/utilizzatore finale), impatto/efficienza nella società (ovvero come l'offerta di servizi pubblici per mezzo della PPP contribuisce allo sviluppo della società e di un mercato – più o meno competitivo – dei servizi).

Due casi saranno valutati criticamente in relazione ai fattori menzionati: i servizi di ambulanza e i servizi sanitari.

6. Il caso dei servizi di ambulanza: un modello di cambiamento continuo da Livelli di servizio a controllo diretto

Gli adempimenti legali per i servizi di ambulanza sono descritti nella «Prehospital Circular» del 2006, che offre le linee guida per la *EMS planning, response times & minimum training level*.²

Sebbene i servizi di ambulanza siano sotto la responsabilità delle 5 regioni danesi, nessuna di queste ha proposto propri servizi, che sono invece stati erogati da imprenditori pubblici e privati in accordo con le regioni. I centri di pronto soccorso (unico numero per le emergenze: 112) sono gestiti dalla polizia e comunicano elettronicamente con le stanze di controllo della Falck, che invia le ambulanze.

La Falck è il principale fornitore di servizi di ambulanze, coprendo oltre l'80% delle attività del comparto in Danimarca (Bilde, 2003, p. 47).

I servizi di ambulanza, con le attività a esso associate, negli ultimi trent'anni sono stati offerti sulla base di una negoziazione detta «accordo standard» tra l'associazione dei consigli comunali danesi e la Falck. Questo modello di PPP è basato su un accordo negoziato a livello centrale che specifica diritti e doveri delle parti, le condizioni di pagamento e meccanismi per risolvere eventuali conflitti relativi a interpretazioni dell'accordo stesso.

L'accordo è periodicamente rinegoziato al fine di assicurare servizi innovativi ed efficaci ed è alla base di specifici accordi con le singole regioni. Le condizioni di pagamento sono regolate annualmente sulla base dello sviluppo delle attività e dell'inflazione.

L'accordo prevede che la Falck debba fornire personale durante tutto l'anno per la fornitura dei servizi di trasporto e di ambulanza (Bilde, 2003, p. 46). Altro elemento d'interesse consiste nella non obbligatorietà, per le ambulanze, di stazionare in determinate postazioni, ma di poter operare *on the road* a seconda delle necessità e in funzione della prossimità al luogo dell'incidente o dell'intervento. Grazie all'integrazione dei servizi di ambulanza e trasporto dei pazienti, è possibile rendere più efficiente il servizio, riducendo il numero di ambulanze su strada e garantendo una ulteriore «riserva» di mezzi da mobilitare nelle occasioni di particolare emergenza nel minor tempo possibile. Questa integrazione, offre dei

vantaggi competitivi nella gestione, sinergie e facilitazioni di prezzo. Il servizio di ambulanza della Falck ha contribuito al miglioramento della formazione e della qualità.

In breve, il «Service Level Model» permette all'imprenditore libertà di pianificazione ed erogazione dei servizi, concentrandosi nel bilanciare efficienza dei costi e soddisfazione del cliente.

Il Service Level Model è stato messo tuttavia in discussione per alcuni anni. Una decisione del *Complaints Board* danese per il *Public Procurement* del 2003, ha stabilito che le ambulanze per il pronto intervento debbano rientrare nella normativa sul *Public Procurement* e rispettare la normativa europea del settore.³ L'autorità danese, decidendo di non recepire questa norma, se non approvata da una corte danese, ne adotta una interpretazione che costituisce la base giuridica per il *procurement* dei servizi suddetti. I bandi pubblici relativi sono stati emanati nel 2008 e 2009. I relativi servizi saranno quindi offerti tra la fine del 2009 e il 2010. È bene evidenziare che questa procedura europea, attualmente in vigore in Danimarca, non è stata recepita automaticamente in altri Paesi europei.

I bandi pubblici mostrano due cambiamenti principali nel modello delle PPP:⁴

- la responsabilità nella gestione delle ambulanze, che finora sono state un servizio dell'azienda Falck, saranno accentrate dall'ente pubblico. Con il presente accordo, la Falck è vincolata al raggiungimento di determinati livelli di servizio (tempi di risposta). In futuro questa responsabilità sarà condivisa con la regione, e la Falck sarà responsabile esclusivamente della fornitura del numero delle unità concordate nel contratto;

- la divisione delle ambulanze di pronto soccorso e di trasporto pazienti. Questi servizi sono ancora offerti come operazioni integrate così da offrire «risposte flessibili» e reagire per tempo agli eventi (servizio integrato di cura e trasporto del paziente, un numero di mezzi disponibili superiore). L'effetto indiretto è un aumento dei tempi di attesa dei pazienti non acuti.

Il modello descritto ha assicurato un alto tasso di utilizzo dei veicoli e del personale, quindi ha garantito elevati livelli di efficienza ed economie di scala.⁵ Con

il *New Tender Model*, ci si attende una più bassa utilizzazione del servizio e una efficienza inferiore, poiché le operazioni integrate di trasporto e pronto intervento saranno limitate. D'altra parte, le Regioni attendono una riduzione dei tempi di attesa per gli interventi non emergenziali, che è il caso del presente modello, perché nelle operazioni integrate gli interventi in pronto soccorso hanno priorità.

I costi di transazione nel presente modello sono inferiori, dato che il *reporting* è affidato alla Falck e l'ente pubblico (regione) deve soltanto controllare il numero di interventi (invio di mezzi) e il livello dei prezzi, intervenendo quindi in modo analitico sul come il servizio venga erogato.

Sono state fatte spesso comparazioni con servizi di ambulanza a livello internazionale sulla base di studi scientifici, in aree geografiche ristrette. Ciò che caratterizza il servizio danese è che le risorse tangibili quali veicoli, attrezzature e personale sono standardizzate in tutto il Paese. Questo permette una velocità di intervento superiore a molti altri Paesi, riportata anche dalle indagini statistiche.

In relazione alla *customer satisfaction* e alla relazione con i *partner* (quale il personale ospedaliero), una ricerca esaustiva fu fatta nella regione di Aarhus nel 1998.⁶

Per mezzo di interviste e questionari al personale di ambulanza, ospedaliero, pazienti e management, furono indagate e documentate le abilità nell'offerta dei servizi. La conclusione generale sui 5 *report* è: «*the work of Falck-personnel in relation to service, professional competencies and care is highly rated by both patients and hospital departments*».⁷

In uno studio tedesco, il servizio di ambulanza danese è stato valutato con altri servizi europei su criteri di efficienza, quantità/prezzo ed economicità.⁸ I risultati sono i seguenti, descritti nella **tabella 1**.

Lo studio mostra che il servizio danese risulta molto efficiente e presenta un costo relativamente basso per abitante per intervento e distanza (per km).

Un altro studio internazionale è stato avviato dalla Statistics Netherlands nel 1998, confermando l'efficienza danese in confronto a Olanda, Belgio, Germania, Svizzera e Francia.

Sono stati esaminati i dati per pazienti trasportati dal Ministero della sanità

nei Paesi citati. Per la Francia e la Svizzera i dati erano insufficienti, una comparazione finale è stata quindi fatta tra i restanti 4 Paesi, come mostrato nella **tabella 2**.⁹

La tabella mostra come l'Olanda abbia la più bassa spesa per abitante, ma in Danimarca siano presenti più interventi per km per abitante, rispetto alle risorse finanziarie spese.

Uno studio tedesco successivo conclude infine che, attuare una comparazione dei costi, risulta di difficile attuazione a causa della diversità delle organizzazioni e delle modalità di finanziamento del sistema sanitario.¹⁰

Una ricerca dell'Istituto danese di ricerca sanitaria del 2004, valuta una selezione di servizi di ambulanza di 6 Paesi (**tabella 3**; Bilde, 2003), asserendo la densità della popolazione quale parametro che influenza sia il servizio che la misura del costo. Il punteggio della Falck risulta molto positivo in confronto alle stesse agenzie pubbliche. I fornitori del servizio sono inseriti nella prima riga della tabella 3.

La PPP nel caso danese è il risultato di uno sviluppo di *business* unico. La Falck è oggi la sola fornitrice privata di ambulanze, che opera in sette Paesi europei (Falck Denmark A/S, 2009) (**tabella 4**).

L'accresciuta competitività di alcuni dei nuovi Paesi ha contribuito alla crescita della qualità dei servizi, certificati ISO 9001 in Svezia, Polonia e Slovacchia. Inoltre, per incentivare l'efficacia in Danimarca, sono stati inseriti i servizi GIS/GPS, implementati per la prima volta dalla Falck a livello nazionale. Anche lo sviluppo di supporti elettronici in ambulanza, per incrementare l'efficienza delle comunicazioni e della gestione è uno dei risultati positivi della PPP. In tutte le esperienze danesi di offerta privata di servizi di ambulanza si è avuto:

- un efficace servizio, che comporta Un alto livello dei servizi a un costo contenuto;
- costi di transazione minimizzati;
- sviluppo sia di risorse umane che tecnologiche;
- sviluppo del *business* attraverso diversificazione ed espansione oltre confine.

7. Il caso dei servizi sanitari - servizi pubblici *core* e il problema delle *partnership*

7.1. Uno sguardo ai servizi

La Falck Healthcare offre i seguenti servizi per il settore pubblico in Danimarca:¹¹

– Riabilitazione; nel 2003-2007 la Falck ha gestito l'ospedale di riabilitazione «Falck Rehab Varde» per la regione di Ribe (regione meridionale). Questo servizio è offerto gratuitamente dalle regioni. Nel caso della regione di Ribe si è stretta una *partnership* con la Falck per accrescere la qualità. Ci sono altre esperienze di alleanze con la Falck avviate anche da altri enti locali danesi.

Assistenza per soggetti disabili; nel 1996 la Falck e la regione di Frederiksborg (oggi la regione che ospita la capitale) crearono una società, la «Nordsjællands Hjælpemidler A/S» (oggi: «Falck Hjælpemidler A/S») per ridurre i costi e allo stesso tempo mantenere lo stesso livello di qualità dei servizi. La regione è ancora parte della società.

– Diagnostica e ricoveri; nel 2006 la Falck acquisì la «Medicinsk Testcenter A/S» (Medicinal Test Center Ltd.). Con essa la Falck Healthcare oggi collabora con circa 20 delle 98 municipalità danesi. In Danimarca questa funge anche da centro per l'impiego.

7.2. Il successo economico

Nel caso delle PPP è possibile misurare il successo economico in diversi modi:

– *Outsourcing*: può l'ente pubblico (municipio, comune o regione) ridurre i costi senza penalizzare la qualità dei servizi, o migliorare la qualità senza incrementare i costi? In tal senso, l'ente pubblico dovrebbe comparare il livello di qualità e dei costi con le organizzazioni pubbliche similari. Sfortunatamente questa comparazione raramente avviene. Gli autori non sono a conoscenza di studi pubblicati in Danimarca in questo ambito. La nostra analisi interna dimostra che i clienti hanno sostenuto costi ridotti grazie alla cooperazione pubblico-privato, ma certamente questi studi si basano sulla logica bayesiana e non scientifica.

– *Partnerships*: quando la cooperazione tra un ente pubblico e un fornitore di servizi privato prende forma in una società a responsabilità limitata, risulta più semplice prevederne il successo economico o meno. Nel caso della «Falck Hjælpe midler A/S», dove la regione danese è una dei principali *stakeholder* dal 1996, l'ente pubblico ha ottenuto negli anni sostanziosi ritorni sugli investimenti. Nel caso di «Poppelgården A/S» (istituto privato di riabilitazione e infermieristica, con la partecipazione al capitale della municipalità di Elsinore e della Falck; istituto fondato e liquidato nel 2008), la società è andata in fallimento, creata su aspettative irrealistiche in termini di attività. Solo dopo un anno la società fu liquidata.¹²

7.3. Costi di transazione

I costi di transazione per l'ente pubblico possono talvolta essere determinanti, quando si sceglie di formulare procedure per bandi pubblici molto formali, annose, eccessivamente dettagliate. In questo caso è lo stesso bando pubblico a risultare *time consuming* per entrambe le parti.

In altri casi, quando l'attore pubblico adotta soluzioni più semplici e flessibili, tende a coinvolgere il fornitore nel suggerire metodi, tempi relativi ai servizi in questione e a ridurre così i propri costi di transazione.

7.4. Business development

Efficienza e prezzi: in generale, i fornitori privati nel settore sanitario danese sono molto più specializzati rispetto alle loro controparti pubbliche. Questo permette ad esempio per un comune, di indirizzare gli interventi in aree carenti di competenze manageriali, dove i servizi venivano inizialmente serviti *in house*, in assenza di ripetute e costanti pressioni nella riduzione dei costi, senza considerare soluzioni in *outsourcing* e quindi senza orientarsi verso processi di formulazione di gare pubbliche che favorissero mercati competitivi.

7.5. Sviluppo dei servizi e dei mercati

Un'impresa come la Falck ha azionisti che costantemente influenzano il management per lo sviluppo di servizi com-

petitivi e opportunità di mercato, ovvero ritorni d'investimento crescenti.

Uno degli esempi di sviluppo di mercato è dato dalla filiale svedese della Falck Healthcare, la «Aktiv Arbejdsmedicin», che fu trasferita dal mercato svedese a quello danese nel 2008 con grande successo.¹³

Altro esempio è dato dal concetto di «Hurtig Diagnose» («diagnosi veloce»), che la Falck Healthcare ha per molti anni offerto alle compagnie di assicurazione danesi. Il concetto consiste nel consegnare rapide diagnosi attraverso il sistema sanitario privato piuttosto che quello pubblico (spesso più lento); questo è stato adottato dai centri per l'impiego e anche dalle imprese private.

7.6. Condizionamento/soddisfazione degli utenti

Come per tutte le società private con una lunga esperienza di cooperazione con il settore pubblico, gran parte del *business model* della Falck Healthcare è incentrata sulla dipendenza, soddisfazione e apprezzamento dei clienti. La Falck intende massimizzare i ricavi e, in tal senso, clienti insoddisfatti comportano minori entrate. Per cui La Falck ha introdotto in modo sistematico indagini *on-line* di *customer satisfaction* in cui i clienti automaticamente, per mezzo della propria email e a prestazione eseguita, possono esprimere giudizi sui servizi ricevuti utilizzati.

Queste informazioni permettono alla Falck di ricevere continui *feedback* al fine di ripensare le attività, discutere con gli operatori delle loro performance, ecc.

Il paziente è qui definito come cliente/paziente, così come il cliente committente (ovvero l'ente pubblico).

8. Conclusioni e discussione

L'articolo ha esaminato in particolare l'esperienza danese nelle PPP in ambito sanitario, concentrandosi sul caso della Falck. La Danimarca è stata molto più cauta che la Gran Bretagna rispetto all'uso delle PPP per le infrastrutture nei servizi sanitari, e per il *contracting out* in generale. Tuttavia, la lunga tradizione di offerta di servizi di ambulanza e anti-incendio da parte della Falck, rende la Danimarca un caso speciale.

Elemento significativo per il successo della Falck è la piena consapevolezza delle aspettative dei propri clienti, la cui soddisfazione è uno degli indicatori-chiave di performance.

La Falck ottiene finanziamenti sia da contratti pubblici, sia dai servizi offerti a privati. Operando in diversi Paesi, la Falck ottiene anche costi inferiori e performance positive, come descritte ed evidenziate nel lavoro. Inoltre, i *benchmark* offerti dalla Falck, suggeriscono comparazioni in altri Paesi (dove poter operare delle scelte competitive per i contratti) e una fonte importante di dati e indagini.

Come la Falck possa adattarsi a un cambiamento di scenario, che prevede lo spostamento del focus da esclusivi accordi di *contracting out* verso gestioni collaborative con il settore pubblico, è una domanda affascinante per prossimi studi. Evidentemente, il *focus* commerciale e l'attenzione al cliente, assieme a una piena consapevolezza della qualità e del valore degli strumenti pubblici, potrebbero favorire il successo continuo delle imprese che, come la Falck, garantiscono servizi essenziali in partnership con il settore pubblico.

Note

1. Fonte: google.co.uk/scholar, accesso 20 marzo, 2009.
2. Ministro danese della Salute, Circolare n. 977 del settembre 2006 sul piano preospedaliero e la formazione del personale d'ambulanza.
3. Klagenævnet for Udbud (Danish Complaints Board for Public Procurement, Verdict of April 8th 2003 International).
4. Si veda ad es. www.Regionh.dk (Regione di Copenhagen), per una comprensione di questo approccio per mezzo dei bandi relativi ai servizi pre-ospedalieri.
5. Amtrådsforeningen (Associazione delle Contee danesi – prima della riforma del 2006 che ridusse le 14 contee in 5 Regioni) «Amternes ambulancebetjening. En analyse af Falcks Redningskorps 1996-2000 og standardaftlen mellem Amtrådsforeningen og Falck», Copenhagen 2002 (analisi dei servizi d'Ambulanza e contratti).
6. Ambulancekørsel og liggende patienttransport i Århus Amt –Hovedrapport» Service- og kvalitetskontoret marts 1998.
7. Ambulancekørsel og liggende patienttransport i Århus Amt 1998 *ibid*.
8. *Wirtschaftlichkeitsreserven des Rettungs- und Krankentransportdienstes in Deutschland (Gutachten im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit)*, Augsburg, 1995.
9. Statistics Netherlands, «Transport of patients-

- a report on the structure, use and expenditures of ambulance services and other means of transports in the health care sector in Belgium, Denmark, France, Germany, the Netherlands and Switzerland», aprile, 1998.
10. Rettungsdienst in Staaten der Europäischen Union», institut für Rettungsdienst, Bonn, 1999.
 11. *www.falck.com* (sito inglese) e *www.falckhealthcare.dk* (sito danese).
 12. *Frederiksborg Amts Avis*, 2 ottobre, 2008 (quotidiano locale danese).
 13. i.e. *Jyllandsposten*, 11 novembre, 2008, e *Horsens Folkeblad*, 10 maggio, 2008 (quotidiani danesi).
 14. Amrådsforeningen (Association of Danish Counties – prima della riforma del 2006 che ridusse le 14 contee in 5 Regioni) «Amternes ambulancebetjening. En analyse af Falcks Redningskorps 1996-2000 og standardaftlen mellem Amrådsforeningen og Falck», Copenhagen 2002 (Analysis of ambulance services and contract).

«Soft» coordination mechanisms to integrate institutional logics in public-private partnerships

CATERINA GALDIERO, MARIAVITTORIA CICELLIN

The main feature of public-private partnerships in the healthcare sector is the predominance of an institutional professional logic and of an institutional managerial logic at the same time. The coexistence of the two logics has caused instability since the beginning of the «aziendalizzazione» of the healthcare sector. «Hard» coordination mechanisms produce conflicts in the public healthcare system, whereas in mixed hospitals the employ of «soft» coordination mechanisms provide the basis for a good context and produce positive outcomes. The paper, through a case study analysis, aims to understand which organizational mechanisms allow to generate the coexistence between the two institutional logics, since the supply of high-quality health services will result from the efficient combination and coordination of professional and managerial logics.

Keywords: change, «soft» coordination mechanisms, professional logic and managerial logic

Parole chiave: cambiamento, meccanismi di coordinamento «soft», logica professionale e logica manageriale

Authors

Caterina Galdiero and Mariavittoria Cicellin are PhD in Healthcare Management, University of Naples Federico II, Department of Business Administration, caterina.galdiero@unina.it, mariavittoria.cicellin@unina.it

1. Introduction

The contextual factors that have accelerated the innovation process in the healthcare sector, in order to replace an obsolete system compared with the new socio-economical logics, can be summarized in two points. The first one concerns an overall growth of demand for healthcare services related to an increase in the average age of the population assisted. The second one concerns the growth of the healthcare costs and the effect on the Italian economy. These reasons encouraged to find new instruments and new paradigms in the health service management, moving from a healthcare system organized according to the standard of the medical profession to a system aiming to provide goals and logics of organizational efficiency according to a market-oriented approach (Artoni *et al.*, 2005; Cuccurullo, 2005).

In recent years, in fact, the majority of public healthcare organizations, because of financial straits, began outsourcing their core activities through financial partnerships (project financing, building and management grants) and modifying the institutional assets for the management healthcare service (creation of foundation and mixed companies) (Amatucci *et al.*, 2007; Cappellaro, 2007).

These new management models have to conjugate the quality of the healthcare supply according to the costs containment, resources rationalization, efficiency, fighting waste and production processes improvement. In particular, the difficulty to detect resources to guarantee the efficiency of the healthcare organizations, as well as, to avoid the closure of those located in low-density areas, have encouraged the experimentation of new or-

INDEX

1. Introduction
2. The theoretical framework
3. The empirical research
4. Results
5. Conclusions

ganizational models concerning a participation of private actors in the public hospitals management.¹ This type of public-private partnership has generated a deep institutional change within the Italian healthcare sector. Moreover the involvement of private actors aims to acquire managerial and financial skills that the public healthcare system doesn't seem to have (Anselmi, 2003).

Notwithstanding the great part of partnerships carried out had consequently to deal with inexperienced actors (public administrations, companies and financial institutions), from both a technical and cultural point of view, often unable to comprehend and to manage the complexity and the shift produced by these new partnerships. In particular, technical-legal aspects (searching for suitable legal solutions, establishing valid economic-financial plans, etc.) were stressed, that, although being a significant factor in public-private partnerships, are not able enough to implement new logics and new organizational assets. The aspects concerning the dynamic equilibrium between different organizational actors have instead been ignored (Fiore, 2008).

Although the phenomenon of the «sperimentazioni gestionali» in Italy is not a recent event, it has not received an in-depth analysis by organizational scholars in order to investigate the different managerial models of these new actors. Anyway we aim to stress that public-private partnerships (PPPs) in healthcare are not exceptional successful experiences, on the contrary they are a remarkable path to follow in the Italian healthcare sector, especially for the high-quality organizational implications.

In light of these assumptions, the present paper focuses on the «sperimentazioni gestionali» (managerial experimentations) in the Italian healthcare sector and, among these, on the mixed public-private hospitals. The paper aims to focus on one of the main features of these phenomena: the strong predominance of both an institutional professional logic and of an institutional managerial logic in the healthcare management, since in this case we have a new organization composed of a public and a private actor. Therefore we aim to analyze if and how these logics can coexist. We try to answer to two research questions:

1. Does the predominance of both an institutional professional logic and an institutional managerial logic in the healthcare management of PPPs produce a positive coexistence?

2. How and could the logics be integrated in the PPPs management?

Our paper, through a case study analysis of two Italian PPPs, aims to understand this specific coexistence and which organizational mechanisms allow the coexistence between the two institutional logics. In fact, the supply of high-quality health services will result from the efficient combination and coordination of professional and managerial logics.

Important managerial implications arise from our findings.

2. The theoretical framework

2.1. The institutional logics

The institutional logics concern the beliefs system and practices that shape the organizational field (Friedland and Alford, 1991; Scott, 2001; Scott *et al.*, 2000).² Friedland and Alford (1991) observe that the institutional logics address the main beliefs for the organizations belonging to the field.

Within an organization field different institutional logics coexist, challenging each other (for example because of new actors coming or new laws establishing) and pushing for radical changes. The competition arises because some institutional logics try to prevail over others. The dominance of a logic is settled on by a certain historical period, generating changes in the actors and in the power's relationships of the field. In fact, some studies on the American healthcare sector stressed the fact that the alternation of a prevailing logic is strongly related to historical changes and consequently to normative changes (Kitchener, 2002; Reuf *et al.*, 1998; Scott *et al.*, 2000).

In Italy, before 1992 the organizational field of the public healthcare sector turned around the predominance of physicians.³ The prevailing logic driving the organizations' performances involved focused on the values and the beliefs of the medical profession. All the behaviours taken by Government and

Regions were organized around the physician-patient relationship, being the most important aspect of the Italian healthcare system in those years. In the pre-1992 period the hegemony of physicians emerged. Strategies and problems settlements followed the principles focused on the patient care at any cost and on the supply of services respecting only medical-professional standards, attempting the economic equilibrium.

After the 1992, we attend to a great change due to the National Health Service (NHS) reform. First of all the key actors of field start to change. Regions have to develop criteria and activities according to business-type logics. The reorganization of the field's actors mainly involves the development of a dominant new logic, the so-called managerial-market logic. The new logic, unlike the technical one of physicians, highlights the efficiency idea, the costs containment and the quality according to efficiency and effectiveness principles, rather than medical-professional standards. The **table 1** summarizes the dominant institutional logics before and after 1992 and the most important practices associated with the two historical periods.

The table shows that professional and managerial logics coexist in both historical periods. The difference is about the dominance of one logic over the other. In fact, the rule of costs containment and efficiency were gradually introduced in the field as a secondary logic, gaining more and more influence after 1992. Thus, the managerial logic remains secondary until the beliefs system of the field considers the healthcare organizations as actors operating outside the competitive context. For this reason, the pre-1992 healthcare organizations obeyed the institutional rules, rather than quality and efficiency standards.

In the early nineties the Italian healthcare sector, in particular the public sector (but it was a dilemma involving the entire Italian Public Administration), began obsolete as regard the new market's dynamics. This awareness necessarily pushed towards an institutional change, modifying the driving forces of the field. The beliefs' system and the governance structures integrated new roles: involving new suppliers and, beyond the traditional actors, new intermediaries came out. Relationships and organizational

	<i>Before-1992</i>	<i>After-1992</i>
	Professional logic	Managerial-market logic
Beliefs	<ol style="list-style-type: none"> 1. The physician-patient relationship dominates the system 2. The healthcare service quality is under the physicians' control 3. Physicians' standards address the service supply 4. The primary aim is to supply services necessary to the patients' care 	<ol style="list-style-type: none"> 1. The patient becomes Customer – User – Consumer 2. The service's quality is established by market forces 3. The healthcare service's supply is established by physician's decision and economic standards 4. The aim is to provide an efficient and effective healthcare service
Associated practices	<ol style="list-style-type: none"> 1. Physicians are the unique custodians of the healthcare system and decide how to supply the whole service 2. Physicians have the power to decide autonomously 3. Physicians play administrative and managerial roles 4. Public structures prevail in the healthcare system 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Physicians are members of a team within the healthcare system 2. Physicians' decisions are strongly influenced by economic boundaries, in accordance with managers strategies 3. Physicians play a role in the clinical governance and take on managerial responsibilities. The Chief Executive Officer and the Administrative Director are established 4. The public healthcare management starts to involve private actors

Table 1
Comparison between institutional logics and associated practices in the healthcare organizational field
Source: our elaboration

boundaries were set up again (Cepiku, 2005; Cuccurullo, 2005).

At the end of the nineties the turnaround in the healthcare sector led the managerial logic to prevail on the professional one. This change drove the field restructuring processes: new organizational forms took place, dismantling the old systems and rejecting the old practices that had characterized the Italian healthcare till then.

All that generated a long dispute, never healed, that caused strong resistances to change. Nevertheless the huge introduction to market and business dynamics allowed the incoming of new private actors in the healthcare management. In fact, the law of 1992 allowed the Italian healthcare to open itself to forms of PPP and in 2001 the regulation seemed to speed this new phenomenon.

2.2. The institutional environments and logics

As told above, the society is subject to many institutional logics to which individuals and organizations adjust their actions. The opposite logics generate pressures to change: when a logic begins dominant, it influences the structure and the strategy of the organization and decision makers focus their attention on the characteristics of the new leading logic. For this reason, it is important to understand the origin of the coexistence of different logics within an organization.

Organizations are influenced by different institutional logics since they are made up of different actors operating in different environments. Environments, according to different logics, put pressure on organizations which have to respond in order to survive (D'Aunno *et al.*, 2000).

Scott e Mayer (1983) distinguish between a technical environment and an institutional

environment. In the technical environment organizations develop criteria to control the productive process and they are rewarded for the efficiency and the effectiveness of this control. The institutional environment is characterized by rules and requirements to which organizations have to conform in order to be supported and legitimated. Both environments influence the behavior and the action of organizations through quite strong limitations. It is possible to elaborate a scheme (**table 2**) built on the intersection between strong and weak rules of the technical environment and strong and weak limitations of the institutional environment. It is thus possible to obtain four different types of organizations.

Public services and hospitals, that we study in this paper, belong to the first class of the matrix and are characterized by strong and weak rules of both technical and institutional environments. In fact, hospitals have to follow specific efficiency standards and specific institutional expectations at the same time.

Powell (1991) asserts that there is too much difference between the market-related sector and the institutional-related sector. The scholar, emphasizing Scott and Mayer thesis, asserts that technical and institutional environments do not have to be considered just as two combining dimensions. Scott and Mayer (1983) stress that, in the public healthcare system, the two logics hardly co-exist, since healthcare organizations face to legitimacy requirements on one side and efficiency requirements on the other side. Orrù *et al.* (2000), rejecting Scott and Mayer hypothesis, assert that the two logics can harmoniously join and shape the organizational activities. In fact, the scholars, expanding the New Institutional approach from an empiric point of view, as well as theoretical,

Table 2
Combination of technical and institutional environments
Source: Scott (1987)

		Institutional environments	
		strong	weak
Technical environment	strong	Public services Banks Hospitals	Industry Pharmaceutical
	weak	Schools Law firms Churches	Restaurants Non-profit organizations

challenge the assumption of the antagonism between the technical environment and the institutional one.

2.3. Public-private partnerships in the healthcare sector. Comparing institutional logics

Mixed companies (PPPs), more than other forms of experimentations and other types of healthcare organizations (public only, where the professional logic prevails or private only, where the managerial logic prevails), focus on the remarkable fact that «public-private» forms strongly embody the institutional professional logic as well as the institutional managerial one, influencing the organization of the healthcare services. The coexistence of the two logics, especially after 1992, is a common phenomenon in the healthcare sector, but this aspect seems to be more evident in this particular context. In fact, in the public organizations, belonging to an institutional environment, the logic of the public actor still prevails, despite the managerial logic coming after 1992. Whereas, the ownership structure in mixed organizations is composed of a private actor, in general with a 51% and a public actor, in general with a 49%, and includes both the technical and the institutional environment with the two different logics. The coexistence of different actors, promoting their own specific interests, often conflicting, complicating the management and the coordination of different interests.

Usually, the two logics hardly work in the same direction. Stinchombe (1965) suggests

	PUBLIC Actor	PRIVATE Actor	PPP
Prevalent goals	Social	Economic	Social-Economic
Boundaries	Economic	Social	Economic

that this difficulty depends on the existence of imprinting characteristics related to structural aspects which vary on the time of their establishment and last over time. This aspect determined a strict rigidity in the public structures. Unlike PPPs, where there is a close relations between the two different logics and where the managerial logic is deeply rooted since the very beginning (whereas in the public healthcare the managerial logic came later), the two logics can coexist and converge, since, according to the imprinting process, when new organizational models are created acquire features which last over time.

The new actor (the PPP) is composed of individuals who, although pursuing their own different goals, share the common goal of managing infrastructures and supplying high-quality services at competitive prices. But it is important to stress that, within PPPs, every actor involved comes with different premises, which can be listed below (**table 3**) in terms of prevalent goals and boundaries that inspire and differently drive their actions.

Through a set of variables it is also possible to define the main features that characterize the coexisting logics in PPPs, in order to provide a clearer definition (**table 4**).

Table 3
Prevalent goals and boundaries of the actors of PPPs
Source: our elaboration

Features	Professional logic	Managerial logic
<i>Business system</i>	Public economic-financial system	Private economic-financial system
<i>Organizational identity</i>	The patient care as profession	The patient care as business
<i>Legitimation</i>	Individual reputation	The organization's position in the market
<i>Autocratic structure</i>	Professional association	The CEO
<i>Mission</i>	Build an innovative healthcare system	Build a competitive enterprise
<i>Attention focus</i>	Legitimation	Profit increase
<i>Strategy</i>	Strategies based on personal skills	Strategies based on market channels
<i>Logic of investment</i>	Hospitals Capital investment	Market return on investments
<i>Governance</i>	Public property	Private property or PPPs

Table 4
Two ideal types of logics in healthcare organizations (*)
Source: arrangement from: Thornton (2002)

(*) The classification represents a scheme useful to identify the two logics: the institutional-professional logic and the managerial logic involved in mixed partnerships

On the basis of these assumptions, it is clear that in PPPs there is not a dominant logic, because both logics require a prevailing role (Scott, 2000). For this reason experiments, in particular PPPs, are complex business realities and an interesting matter in the organizational studies.

2.4. Coordination mechanisms in the organizational studies

Coordination arises from the amount of reciprocal conditioning that actors may cause or undergo within a relationship. Coordination is a complex requirement for organizations (closely related to the organization needs to control and communicate) and it can be solved using different coordination tools (Burns, 1971).

Classical theory argues that coordination and control can be achieved only through a direct supervision, whereas Mintzberg (1983) identifies five mechanisms from the organizational design literature at the organizations disposal (depending on the size of the enterprise, types and complexity of the activities, etc.) in order to achieve coordination at each organizational level.⁴

The five types of coordination mechanisms can be grouped in three macro-categories related to their structural or non-structural characteristics, or to the organizational dimensions distinctive of the organization superstructure, for instance the organizational culture (Schein, 1996, 1999; Martinez, 2007).

The structural coordination mechanisms manage interrelations between the actors and the units of the organization including specific positions or units. Among them we can distinguish: hierarchy and horizontal and transversal integration mechanisms as the lateral linkages, integrating managers, liaison officers, standing committees, meetings, groups of project and the task forces.

The non-structural coordination mechanisms involve impersonal tools, not concerning persons, positions or groups, but they are composed by procedural systems as planning and control (Pfeffer and Salancik, 1978, 2003).

Finally, the organizational superstructure, that represents a coordination mechanism different from the previous; it is related to

the symbolic and the ideological perspective of the organization (Barley and Kunda, 1992; de Vita *et al.*, 2007; Scott and Davis, 2007). The superstructure, in fact, influences the actors' behaviour, controlling and coordinating through specific mechanisms of creation, spread and reinforcement of the organizational values and attitudes (Ouchi, 1979; Pfeffer, 1979, 1997). The organizational culture (in terms of values, ideas and ideologies) is the adaptation mechanism of the superstructure which implies a continuous collective negotiation and allows employees to influence each other, to reconcile, to value, to understand and to drive their experiences and actions.

It is important to highlight that the total or partial absence of coordination in the organizations may determine problems and failure in the organizational functioning where a lack of regulations can generate a complex trap of effects: problems concerning productivity and quality decrease, delays and activities slowdown, downtimes and work overloads, costs increase, etc. Other consequences, not less relevant, involves the human relationships field and can be detected in the decision-making and communication decrease among individuals, in conflicts and psychological tension, in non-homogeneous of languages and cognitive schemes.

To sum up, only a correct analysis and a constant monitoring of the activities and of the organizational interdependences allow to respond to the coordination and control requirements of organizations. The relation mechanisms and, in general, all the organizational coordination tools, represent a key instrument for the organizations in order to design and to change.

These aspects seem to be crucial in the healthcare sector, where the strong horizontal specialization of the work process and the need to integrate different skills, all highly interdependent and require an effort to revise and to coordinate people and groups.

It is important to state that coordination mechanisms available in healthcare organizations are all those potentially involved in every complex organization (Cicchetti, 2004).

The public structures of the NHS to reach the coordination between the organizational units, processes and persons, are used to

employ the so-called «*hard*» mechanisms, which operate on the structure of organizations: the standardization, the hierarchy, the planning and the control of actions and behaviours. On the contrary, they seem to not use so-called «*soft*» organizational mechanisms, in terms of necessary devices to support the implementation of «*hard*» tools in the human resources management. «*Soft*» coordination mechanisms are based on interpersonal relationships aiming to redesign the decision-making processes and to modify processes within the organization. In particular, we refer to standing committees, meetings and transversal integration groups (the lateral linkages) that are important tools to modify power relationships among the organizational actors. We also include those mechanisms belonging to the organizational superstructure that employ specific mechanisms of creation, diffusion and reinforcement of values and attitudes of the organization, as the culture and the individual and organizational identity (de Vita *et al.*, 2007; Ashforth and Mael, 1989).

3. The empirical research

3.1. The case studies

The complexity of the Italian healthcare system and the particular phenomenon analysed led us to choose a qualitative method in order to run a study of direct observation, gathering different type of data and using many information source. Thus the methodology approach is the survey (Yin, 1994). The research approach represented by case studies analysis is coherent with the understanding of a well-constructed phenomenon (Beynon, 1988; Edwards, 1982), as the PPPs in the Italian healthcare sector, and with the analysing of potential conflicts between different cultures in an organization (Hartley, 1995). Case studies are also good strategies to study different organizational behaviours within the organizations (Cassell and Simon, 1995; Burns and Stalker, 1961; Lawrence and Lorsch, 1967).

Moreover this approach is able to investigate different level of analysis interconnected with many variables and many methods of data gathering. Moreover it is better than

other approaches to understand the context (Pettigrew, 1990).

We use the three techniques identified by Yin (1994):

1) the «triangulation»: many sources and methods of data gathering to clarify each idea: primary and secondary sources, and direct and ethnographic investigation;⁵

2) the «chain» of evidences: the retrenchment of a logical path when drafting the cases, supported by empirical evidences, through which coming to the conclusions;

3) the «validation»: the final version of each case has been validated after an accurate revision by the interviewees of PPPs, in order to reduce as much as possible potential interpretative distortions of the researchers.

The methodology of the research was characterized by four phases. In the first phase we analysed bibliography, main studies and researches on PPPs, this step allowed the next comparison between the investigated organizations. The second phase concerned the selection of the case studies and two key criteria determined the choice:

1. PPPs providing direct care and supplying basic healthcare services;
2. Activities monitoring.

In particular we chose those case studies where the PPP's constitution since the early 2000's (2003 we have the COQ's and Codi-villa-Putti's constitution) allowed to deeply observe the trend of these experimentations.

In the third phase we gathered data using primary and secondary sources (see **table 5**) mentioned above that were coded and analyzed. In this phase we run non-structured interviews to the main actors involved in the changing process (CEO, CAO and Healthcare Manager) and we attended to formal and informal meetings.

In the last phase the cases were reviewed, through researchers' discussion and the participant observation within the PPPs, in order to reduce interpretative distortions and to avoid an exclusive relying on the description of the phenomena provided by interviewees.

Table 5

Data sources
Source: our elaboration

	COQ hospital	Codivilla-Putti hospital
Documents (secondary sources)	<ul style="list-style-type: none"> • Contract Agreement • E-mail • Internal reports • 2004-2007 Budgets • Planning documents • Statute • Para social agreements 	<ul style="list-style-type: none"> • Contract Agreement • Charter of Services • controls check-list • Three-yearly reports for Regions • Yearly reports • 2004-2007 Budgets
Non-structured Interviews (primary sources)	<ul style="list-style-type: none"> • Company Secretary interview • CEO interview • Coordinators interview 	<ul style="list-style-type: none"> • Company Secretary interview • CEO interview

3.2. The business context of the Istituto «Codivilla-Putti»

The PPP «Codivilla-Putti di Cortina s.p.a.» comes from the intention of the ULSS⁶ n. 1 of Belluno (Veneto, Italy) to reorganize services within an unattractive area both for employees and users, because of its geographical location, but especially to avoid the closure of the old hospital with a long tradition, and a landmark in Italy, for the treatment of osteo-articular infections of winter sports injuries. The aim of the experimentation was to upgrade and to enhance the historical activities of the institute, to improve economic and qualitative efficiency of the service and to introduce a more flexible organizational structure.

In 2000, the Regional Council of Veneto deliberated the «sperimentazione gestionale». The PPP «Codivilla-Putti di Cortina s.p.a.» became active in July of 2003 by

assigning human resources and facilities in their accounting. The ULSS n.1 holds 51% of the share capital, while 49% of the capital is held by the Group GIOMI s.p.a. as a private partner.

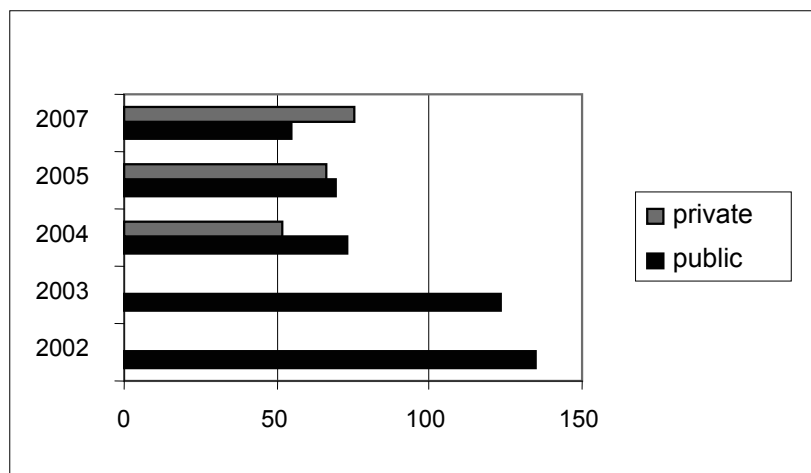
In 2007 there was 2867 patients.

The PPP chairman is nominated by the public partner, the Managing Director (MD) is nominated by the private partner. This PPP has the management responsibility for the whole hospital, investing also in reorganizing and restructuring.

Regarding the human resources management, it is important to point out that the new management employed all the human resources of ULSS in the new hospital. The new recruitments were executed with the private healthcare contract. At the moment of the contractual agreement, the ULSS staff was composed of 121 employees. On December 31th 2007, the «Codivilla Putti s.p.a.» has 150 employees, of which 55 from the ULSS and 95 with a contract signed with the new PPP. In this case, the organization face a turnaround throughout the years, between employees with private contracts and those with public contracts (see **chart 1**).

Chart 1

COQ staff
Source: our elaboration



3.3. The business context of the «Centro Ortopedico Quadrante» (COQ)

The PPP «COQ s.p.a.» comes from the intention of the ASL⁷ n. 14 to reorganize services on a wider area of 176 thousand inhabitants, but mainly from the ASL will to prevent the closure of the old hospital «Madonna del Popolo».

The COQ project started in January 2003 with the PPP between ASL VCO n. 14 (Azienda)

da Sanitaria Locale di Verbania, Cusio, Osola – Piemonte, Italy) and the Italian-French group Générale de Santé s.p.a., allowing the makeover of the old Hospital «Madonna del Popolo» in a specialized orthopaedic centre. The new organization, due to the healthcare plans of the Piemonte Region, has a catchment area that includes four healthcare Unit in Piemonte (ASL n. 11, n. 12, n. 13 and n. 14), in the north area of Turin.

The COQ Hospital is composed of 51% ASL VCO 14 and of 49% Générale de Santé. The «COQ s.p.a.» is in charge for the hospital management. At the top of «COQ s.p.a.» there are the CEO of the ASL VCO n. 14 as Chairman of the Board of Directors and the Managing Director (MD), representative of the private shareholder Générale de Santé.

In 2007, there was 6589 patients. On June 30th 2007 COQ had 185 employees, of which 97 have signed an employment contract directly with COQ s.p.a., 74 are on secondment to the ASL and 14 for mixed employment ASL-COQ. Also in this case, during the years, there was a turnaround between employees with a private contract and employees with a public contract (see **chart 2**).

In **table 6**, we summarize the main features of the PPPs analyzed.

4. Results

4.1. Performance of the PPPs

It is interesting to analyze the partnership projects of Codivilla-Putti Institute and of COQ from an economic-financial point of view. The secondary sources, in particular budget data and annual report, firstly validate the good result of PPPs in the healthcare sector.

In the theoretical framework in section 2 we focus on the fact that in PPPs there is a strongly attendance of likely opponent institutional logics. Anyway in the PPPs of the sample, the imprinting factors drove governance and coordination efforts, in order to ease the activities. It is interesting to highlight that positive outcomes, in terms of efficiency and in terms of quality of the service, show an overall growth of the organizations since the very beginning of the public-private project, balancing all the concerns and the objectives involved.

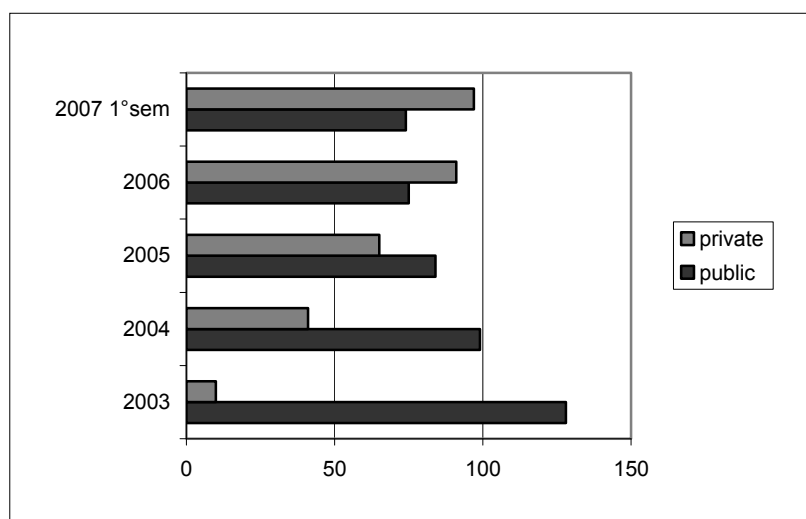


Chart 2

Codivilla-Putti staff
Source: our elaboration

The need of the two PPPs to accomplish an efficient management according to the rationality principle depend on standard requirements, specified by the LEA⁸ and on Regional plans. Furthermore, in both cases, normative constraints agree with the organizations' mission, in order to offer high-quality services. Behaving as a public healthcare organization, aiming to efficiency being a company, seems to be the slogan of the two PPPs.

In the case of Codivilla-Putti Institute, the increase of revenue from sales⁹ since 2004 (**table 7**), shows that the partnership allowed to develop the catchment area and the performances, which became more complex (see **table 8** and **9**). The complexity was also due to the exponential costs increase throughout the years because of the purchase

Table 6

Summary: features of case studies in 2007
Source: our elaboration

	Codivilla-Putti	COQ
Region/ASL	Veneto Region ULSS n. 1	Piemonte Region ASL n. 14
Establishment Year	2003	2003
Corporate form	SPA	SPA
Private partner share	49%	49%
Employees	150	185
Beds	78	90

Table 7

Budget of Codivilla-Putti Institute

Source: Budget 2007, 2006, 2005, 2004

Codivilla-Putti Institute					
	31/12/2007	31/12/2006	31/12/2005	31/12/2004	Average 5 years
revenue from sales	13.330.194	12.770.290	12.709.107	11.688.061	12.624.413
EBITDA	678.347	876.972	1.369.920	1.270.527	1.048.942
ROA (%)	4,93	5,76	10,06	8,62	7,34
ROE (%)	- 0,5	0,48	5,64	4,64	2,57

Table 8

Admissions of Codivilla-Putti Institute

Source: our elaboration

Codivilla-Putti Institute						
	ULSS	Codivilla-Putti	Codivilla-Putti	Codivilla-Putti	Codivilla-Putti	Codivilla-Putti
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total admissions, and day hospital	2.109	2.410	2.697	2.700	2.847	2.867

Table 9

Surgery of Codivilla-Putti Institute

Source: our elaboration

Codivilla-Putti Institute				
	Codivilla-Putti	Codivilla-Putti	Codivilla-Putti	Codivilla-Putti
	2004	2005	2006	2007
Total surgery	1205	1394	1441	1440

of sophisticated and innovative equipments. The EBIDTA (earnings before interest, taxes, depreciation, and amortization) decreased since 2005, although not significantly, because of the investments of the private partner in the last three years which caused a costs increase (equipments, «ordinary instruments» and medical and surgical devices). ROA and ROE¹⁰ also decreased in the last three years because of the same reason: the investments increase joint to revenue from sales increase.

In the case of the Centro Ortopedico Quadrante (COQ), it also displayed the increase of revenue from sales since 2004, demonstrating that the PPP allowed to expand the catchment area and the performances (see table 10 and 11). In this case the conditions are really superior with respect to the previous case, since the increased value of EBID-

TA shows that the COQ's top management (the core business) works certainly better. ROA and ROE show an increase until 2005 and then show a not significantly decrease due to the investments in the structure.

Another significant aspect concerns the patient flow from other Italian Regions toward the COQ and the Codivilla-Putti Institute (see table 12 and 13). This shows the quality of the health services supplied by the organizations, beginning a reference point for the nearby Regions.

As already told in the illustration of the two PPPs in the previous sections, it is very important to focus on the human resources organization of the hospitals, at first composed prevalently of employees directly employed by the ASL. Later in the years, we attend to an important turnaround. This change of mind shows how from 2002 to 2003 phy-

COQ					
	31/12/2007	31/12/2006	31/12/2005	31/12/2004	Media 5 anni
revenue from sales	20.640.501	18.374.635	16.924.469	15.565.464	16.911.659
EBITDA	3.160.075	2.434.958	2.236.802	1.962.518	2.203.659
ROA (%)	18,81	17,02	19,59	20,94	20,1
ROE (%)	24,59	26,69	36,24	56,59	42,49

Table 10

Budget of COQ

Source: Budget 2007, 2006, 2005, 2004

COQ						
	ASL 2002	COQ 2003	COQ 2004	COQ 2005	COQ 2006	COQ 2007
Total admissions and day hospital	3.261	4.270	4.837	5.279	5.870	6.606

Table 11

Admissions of COQ

Source: our elaboration

	2004	2005	2006	2007
ULSS n. 1	779	934	887	874
Other ULSS Veneto Region	396	463	586	665
Extra Veneto Region	1.393	1.336	1.374	1.328
Total	2.568	2.733	2.847	2.867

Table 12Patient flow's origin
Codivilla-Putti Institute

Source: our elaboration

	2003	2004	2005	2006	2007
ASL 14	3.624	4.044	4.243	4.330	4.522
outside ASL 14	387	508	645	811	1076
outside Region	259	380	420	550	438
TOTAL	4.270	4.932	5.308	5.691	6.036

Table 13

Patient flow's origin COQ

Source: our elaboration

sician and nurses' contracts transform. This fact displays how the initial scepticism of the employees, characterized by the high guarantees provided by public contracts, was replaced by a truthful behaviour towards the partnership project, joining it and believing in it, that led the employees asking for the private contract, becoming staff of the new PPP.

In conclusion of this first phase of analysis, we can affirm that, first of all, the health serv-

ices' increase in both organizations allows to answer to the professional logic needs. Secondly, we can notice that the health services increase does not have a negative effect on the cost structure; in this way the project was able to answer to the managerial logic of the private actor. Moreover we want to highlight that, in both cases, this improve of the overall performances does not weight on the employees job. In this way all the employees joined in the partnership without being

an obstacle to the change project. This final aspect is exactly shown with the transformation of the great part of the contracts.

4.2. «Soft» coordination mechanisms to integrate institutional logics

Since the beginning of the project, both in the COQ and in the Codivilla-Putti Institute has been occurred a cultural change. In fact, during the meetings with both the top management of the hospitals displayed that they focus their actions on the sense of commitment to the new structures, but above all on the concept of the project sharing, considered the basic aspect for the experimentation's success, as well as the right way to balance the addresses of the two logics.

In particular in the two PPPs we notice that some of the traditional coordination mechanisms are not completely suitable to meet the coordination and organizational requirements of this type of hospitals. In fact, the purpose of a radical change that lead to the creation of a new actor and thus, the purpose of integrating the two logics and therefore of coordinating different and conflicting interests necessarily need different organizational mechanisms.

Through the two case (in particular, through the non-structured interviews with hospitals' manager) we aim to understand which organizational tools are used in the PPPs management. In particular, both cases highlight that top management gives special attention to «soft» organizational mechanisms in terms of necessary devices to support the implementation of «hard» mechanisms in the human resources management.

Lateral linkages of the COQ

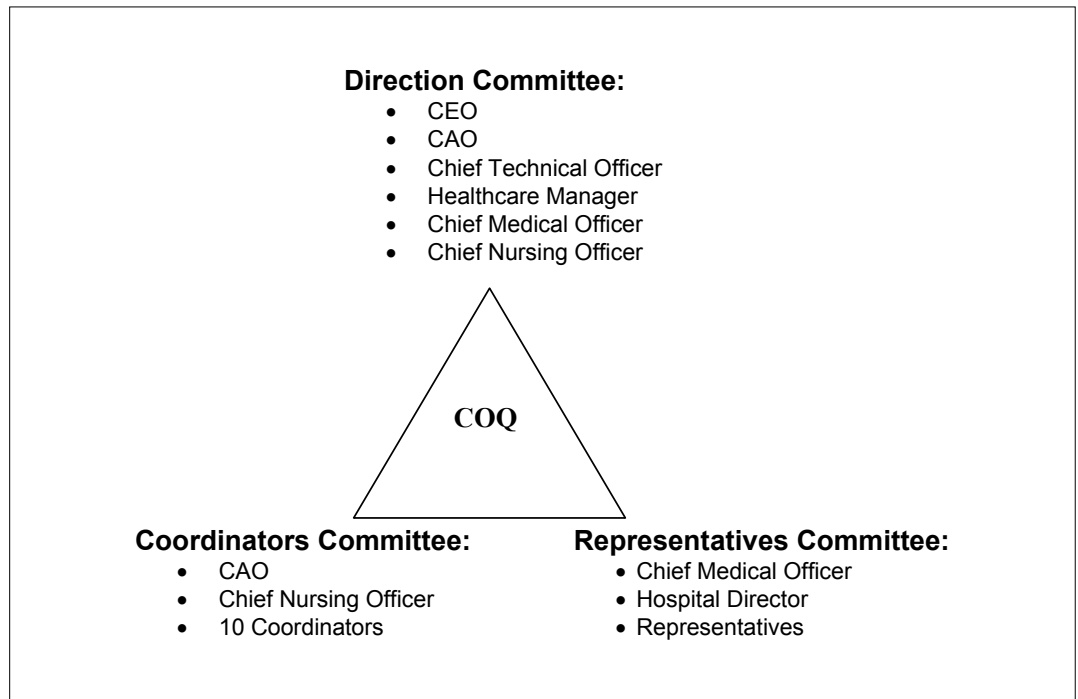
The COQ hospital is characterized by an articulated organizational model which employs mechanisms of lateral linkages to coordinate activities and actors involved. In fact, there are three committees in the hospital which manage the entire business process. Committees are born as a «soft» tool to coordinate the two institutional logics existing in COQ. The aim of the three committees is to balance the economic needs with the healthcare and professional requirements as well.

Figure 1 shows that from a lower level, the two Committees of Coordinators and Representatives embody a point of contact with the operational activities where administrative employees and healthcare profes-

Figure 1

The three committees of COQ

Source: our elaboration



sionals and physicians deal with themselves regarding the daily activities of the hospital. In particular, the Coordinator has to meet, assist and coordinate the activities of the patients clinical run. The Coordinator is not a physician, thus he is supported by a medical practitioner who is responsible for the clinical governance of patients, above all in the steps of check-in and discharge of patients, maintaining the linkages between the physicians and the Healthcare Directorate.

The Coordinators Committee, chaired by the Chief Administrative Officer (CAO), includes the Chief Nursing Officer and ten Coordinators. The ten Coordinators are responsible for the business processes and meet each others every two months, in order to assure a moment of cross-communication, which allow an on-going alignment of activities and synergies. From an operational point of view, the committee members meet to harmonize the organizational needs of coordinators for every single healthcare process, as well as the administrative and strategic needs of the hospital. The CAO, together with the Chief Nursing Officer and the Coordinators, works to comprehend the requirements of each single department. The Committee of Representatives chaired by the Chief Medical Officer meet each others every two months as well. It aims to develop the strategies of the healthcare services standards and to assure the clinical quality of the service. The Healthcare Manager, who is responsible for physicians and Representatives, coordinates and manages the supply of healthcare services supply.

The comparison with the operational core, concerning the requirements and the problems that operators have to deal with, is provided within the committees and, thereafter, results comes to the Direction Committee which is the highest decision-making body.

All the Directions (general, administrative, technical, sanitary and nursing) are a part of the Direction Committee chaired by the Chief Executive Officer and meet each others once a month aiming to assure a link among each expertise area (medical, administrative and technical) and to discuss and to elaborate the organizations' strategies. Furthermore, it is clear that a separation between clinical aspects, which physicians and practitioners are responsible for, and organi-

zational and administrative aspects, which CAO (working on accounting and human resources management) and Chief Technical Officer (working on supply, purchasing and maintenance aspects) are responsible for.

Culture and identity in the Codivilla-Putti Institute

The Codivilla-Putti Institute applies, next to a rational coordination typical of the infrastructure and the socio-structure of the organization (*design*), a more ideological-normative coordination (*devotion*) (de Vita *et al.*, 2007).

In particular, the culture of «good health» and the construction of a robust organizational identity for all the employees were the key factors («*soft*» factors) used by the private actor to succeed in the institutional change process and to integrate the two logics.

In the top management view, the organizational identity and the culture of «good health» are the key variables in all the healthcare organizations to build a favourable context, where it is possible to introduce «*hard*» coordination mechanisms as well.

The first aspect that, since the creation of PPP, concerned the top management was the re-launch of the image and the quality of a structure likely to close. The very little identification of employees with the organization was displayed in a high turnover, above all among nurses staff, added to the difficulty to recruit new human resources. According to the top management, the sense of abandonment by the ULSS (moral, as well as physical abandonment because of the distance that separated the hospital from the centre) was the reason that caused a lack of identification. Furthermore, the self-referential leadership of physicians was one of the major weakest aspect of the Institute.

In this context the MD, and all the top management, played an important role. He attempted to begin a leader in the changing process showing and sharing ideas and goals of the partnership since the beginning, willing to build a long-term strategy involving all the employees needs in order to preserve the structure in its area and most of all giving back dignity and professionalism. The MD provided the strategic-managerial guidelines in order to solve ordinary

Table 14
Some results of the interviewees (*)
Source: our elaboration

Item	Expressions
Lateral linkages	«The three coordination committees are the decisional core of the hospital and guarantee coordination at all levels, each one with their own responsibility» (CEO COQ).
The culture of «good health»	«Positive economic outcomes are generated if the “good health culture” is achieved, so that the private partner is able to satisfy the public partner requirements and to motivate his employees» (MD Codivilla-Putti).
The organizational identity	«The management has to believe in the project, otherwise it could be impossible to inspire trust, motivation, and to produce high performances». «Each employee in this hospital is aware that his social identity is strictly related to the commitment to the organization he works for» (MD Codivilla-Putti).

(*) The expressions in table n. 14 and the speeches above in the paragraph are just a part of the interviewees with the MD of the Codivilla-Putti Institute and with the CEO of the COQ

and extraordinary administrative problems, working directly and personally inside the structure. These aspects obviously reinforced a general commitment and aligned the strategic aims of the Codivilla-Putti. The identification process was pushed by the top management and involved all the hospital personnel, through the construction of a shared project.

Another important stimulus the management used for the process change refers to the psychological dimension of the Institute, introducing a less bureaucratic-formal culture, grounded on processes flexibility and rapidity. This phase has been very decisive regarded the resistances that employees have to change their routines.

Beyond this, another intent was to develop the idea of the culture of «good health» with the costs containment; an idea that, still today, is often incompatible according to many actors working in the healthcare sector.

The MD asserts that it is possible to achieve the culture of «good health» in an efficient structure and states that: «physician who recommends a new equipment has to justify the purchase and to define its technical features, showing its utility according to its special features». The MD elaborates his decision on the basis of the economic sustainability and of the rational choice and says: «our aim is to optimize costs rather than cutting costs, since the mere cost containment is not sufficient to provide a good service. We want to reduce wastes through a careful management, if a new equipment

is necessary to improve the service’s quality it should be bought almost immediately». He talks on: «positive economic outcomes are produced only if there is a «good health culture», so that the private partner is able to satisfy the public partner requirements and to motivate his employees».

As mentioned above, the main source of change was the leader’s ability to modify the cognitive maps and the action plans of all the people involved. The management mediated the training processes and the destruction of the old organizational culture in order to build a strong organizational identity. In this context, the change was intended in terms of cultural change focused on individuals and on their relationships. The MD, in fact, asserts that: «I did not intend to control the change process, but I rather tried to encourage the individual learning ability of every one».

To sum up, **table 14** shows how the interviewees to the main actors of the two PPPs point out the critical details of the context and so the variables whereby the cultural change process and the integration of the two logics took place.

5. Conclusions

The study of the «sperimentazioni gestionali» (managerial experimentations) in the healthcare sector, on the basis of the PPPs experiences, allow to formulate some conclusive considerations concerning the

managerial and the theoretical implications of our findings.

A first aspect to highlight is related to the extent to which the institution could be effectively applied. In absolute terms, for more than a decade, the «sperimentazioni gestionali» started in application of the article 9-bis, are not so much and not very significant. The reasons are related, at least in the first period, to the programmed numerical limit of the experimentations imposed by the regulation.

The «sperimentazioni gestionali», as instrument and method to gradually introduce in the healthcare sector new organizational models and innovative tools, are very important for the entire NHS. It is thus necessary to draw attention to the evaluation time and to the examination of the outcomes.

The multiply of the experimentations, about 60 experiences,¹¹ lead to confirm the hypothesis that the National Healthcare Service is profoundly changing, because healthcare organizations, leaving the native administrative-bureaucratic approach, are adopting new articulated forms and using innovative tools and procedures in the management, importing new logics from other business sectors.

The study of the two cases definitely allows to formulate some comments over the contribution of the research both to the academic field and to the practice. However, some limitations to the study exist. Although the above mentioned method can not lead to any generalization, since the sample does not represent the entire population, it allows an in-depth examination of several variables simultaneously and the observation of relational aspects not always detectable by statistical correlations. Anyway, in order to generalize our findings, we will extend the investigation to the entire PPPs field of the Italian healthcare sector.

Bearing in mind that the quality of health services will result from a combined and coordinated operation of professional and managerial institutional logics, our paper employs two theoretical approaches. The first one is the neo-institutionalism approach concerning the antagonism between institutional logics. The second one concerns the coordination mechanisms, as tools able to support and to settle on organizational relations.

A first aspect to observe concerns the institutional dimension of the healthcare organizations. The entry of private actors in the management had evidently changed the interaction model between private and public logics, giving the opportunity to acquire new perspectives. Therefore, the participation in the same time of public and private actors in PPPs suggest that the divergences between these logics is strong, but, at the same time, there is not a prevailing logic since they both require a dominant role.

A second aspect involves the dimension of the healthcare organizations.

Considering potential conflicts that the two logics produce, we tried to analyze how these PPPs, on an operational-level, solve problems related to the coexistence of different actors, with different interests, often conflicting, which tend to influence the management and the coordination difficulties of different interests.

From the case studies two conclusions come out. The first one shows that «*soft*» coordination mechanisms can be an useful method to solve a fifteen-year conflict between managerial and professionals logics (that involve different ways of thinking, different ways of working, different criteria of evaluation, and so on).

Since the early years of the reform process of the NHS, the tools used to solve inefficiencies of healthcare organizations were found in the «*hard*» mechanisms of standardization of procedures, outcomes and skills, planning and control systems and evaluation systems, useful to rationalize the healthcare management, but useless to return efficiency to the system. In the public healthcare sector an unbalanced combination of coordination mechanisms caused problems in the organizational functioning. Otherwise, in PPPs, the success is generated thanks to an equilibrium between «*soft*» and «*hard*» coordination mechanisms. In fact, «*soft*» coordination mechanisms produce an ongoing negotiation between members which allows to influence each others, to reconcile, to evaluate, to understand their experiences and to drive their actions in order to create a positive organizational context where also introducing and pushing through «*hard*» managerial tools and methods.

The second and last conclusion involves the basic structural factors of an organization, and the imprinting characteristics that every organization assume when born and that vary depending on the time of the establishment and last over time. Therefore, in public healthcare organizations full of «highly» bureaucratic features, the professional logic determined a strong rigidity, obstructing every effort of «aziendalizzazione» to introduce managerial and business instruments. In PPPs the two logics coexist and join, pushing for innovation and change, because the new organizational models acquired characteristics which, when established, last over time. Thus, the incorporation process of private actors in public organizations aims to acquire those characteristics that led to better and wider accept economic and market-managerial logics.

Finally, one last general remark encourages to consider that the Italian healthcare system is currently experiencing a theorizing/diffusion phase, which after the first momentum of field's break has to justify and to legitimize the new existing logics and the new actors involved in the field. For these reasons, the case study approach has been very important and useful to analyze and to spread positive findings. However, it is necessary for us to do an more deep empirical analysis that will comprehend the other experiences of PPPs in Italy, to generalize and theorize the findings achieved in this paper. Moreover, a field analysis would allow to understand whether «soft» coordination mechanisms used by COQ and Codivilla-Putti Institute could really be extended to other Italian mixed companies.

Notes

1. The article 9 of the D.L.vo 502/92 establishes the «sperimentazioni gestionali» (managerial experimentations) which allow the constitution of mixed companies providing direct healthcare for patients.
2. The organizational field represents an efficient level of analysis in the study of the institutional theories.

Di Maggio and Powell (1983) define the organizational field in terms of key suppliers, consumers, regulatory agencies and other organizations which produce similar services and products (1983:148-149). Scott (1994, 1995) highlights the importance of relationships between members within the field. The concept of field displays a community of organizations which share a common set of rules, experiences and values, and interact among them more frequently than with actors not involved in the field (1994, pp. 207-208).

3. The 1992 is a marker, in other words is the year when the Italian government started the «aziendalizzazione», profoundly changing the Italian healthcare system.
4. The five coordination mechanisms are: 1. the mutual adjustment that achieves coordination, through the process of informal communication between people conducting interdependent work; 2. the direct supervision that achieves coordination by one individual taking responsibility for the work of others using power control of activities; 3. the standardization that achieves coordination specifying and planning the processes and the work content in rules or routines to be followed. Coordination occurs before the activity is undertaken; 4. the standardization of output that obtains coordination by the communication and clarification of expected results; 5. the standardization of skills and knowledge that obtains coordination through specified and standardised training and education. People are trained to know what to expect of each other. For an in-depth study of coordination mechanisms, see Mintzberg (1983) and de Vita, Mercurio, Testa (2007).
5. Primary sources came through non-structured interviews to the main actors involved in PPPs, the top management of the structures. Secondary sources are represented by the following documents: statutes, services charter, management reports, planning and control grids, any sort of letters and communications between managers and institution and between institution and customers, memos of meetings and other internal formal and informal documentations.
6. With ULSS we mean the «Unità Locale Socio-Sanitaria».
7. With ASL we mean the «Azienda Sanitaria Locale», that is the Regional company with the responsibility of the organization and the financial aspect of the healthcare service. All the Italian ASLs belong to the NHS.
8. With LEA we mean «Livelli Essenziali di Assistenza», that are the least services the NHS must assure to all the citizens, freely or paying a ticket.
9. For revenues from sales we refer to health services.
10. ROA: Return on Assets; ROE: Return on Equity.
11. Data gathered in 2003 from a survey of the «Agenzia Nazionale dei Servizi Sanitari Regionali» and from an investigation reported in the OASI Report 2007.

R E F E R E N C E S

- AMATUCCI F., LECCI F., MARSILIO M. (2007), «Le sperimentazioni gestionali per i servizi core: ricognizione delle esperienze e analisi di due casi», in E. Anessi Pessina, E. Cantù, C. Carbone, F. Lecci (eds) *L'aziendalizzazione della sanità italiana, Rapporto OASI 2007*, Egea, Milano.
- ANSELMI L. (2003), *Percorsi aziendali per le Pubbliche Amministrazioni*, Giappichelli, Torino.
- ARTONI R., BORGONOVÌ E., GALMOZZI G., PEDONE A. (2005), «Collaborazioni pubblico-privato: un futuro di sistemi misti nella sanità», *Mecosan*, 56, pp. 11-48.
- ASHFORTH B.E., MAEL F.A. (1989), «Social Identity Theory and the Organization», *Academy of Management Review*, 14.
- BARLEY S.R., KUNDA G. (1992), «Design and Devotion: Surges of Rational and Normative Ideologies of Control in Managerial Discourse», *Administrative Science Quarterly*, 37(3).
- BARNETT P., PERKINS R., POWELL M. (2001), «On a hiding to nothing? Assessing the corporate governance of hospital and health services in New Zealand, 1993-1998», *International Journal of Health Planning and Management*, 16(2), pp. 139-154.
- BROWN T.L., POTOSKI M., VAN SLYKE D.M. (2006), «Managing Public Service Contract: Aligning Values, Institutions, and Markets», *Public Administration Review*, pp. 323-331.
- BURKE W.W., LITWIN G.H. (1992), «A causal model of organizational performance and change», *Journal of Management*, 18(3), pp. 523-545.
- BURNES B. (2000), *Managing change: a strategic approach to organizational dynamics*, 3rd ed., Prentice-Hall, Harlow.
- BURNS T. (1971), «Mechanistic and Organismic Structure», in D.S. Pugh (ed.) *Organization Theory*, Penguin, New York.
- BURNS T., STALKER G.M. (1961), *The Management of Innovation*, Tavistock Publ., London.
- CAPPELARO G. (2007), «Le collaborazioni pubblico-privato per la gestione dei servizi sanitari: riflessioni alla luce della ricognizione delle esperienze internazionali e nazionali», *Mecosan*, 63 pp. 9-36.
- CEPIKU D. (2005), «Governance: riferimento concettuale o ambiguità terminologica nei processi di innovazione della PA?», *Azienda pubblica*, 1, pp. 84-110.
- CICCHETTI A. (2004), *La progettazione organizzativa*, Franco Angeli, Milano.
- CILIONE G. (2008), «Indirizzo e controllo politico nelle sperimentazioni gestionali», *Sanità Pubblica e Privata*, 1, pp. 5-10.
- CUCCURULLO C. (2005), «Meccanismi di governance nelle collaborazioni formali tra pubblico e privato in sanità», *Mecosan*, 54, pp. 11-28.
- DE VITA P., MARTINEZ M. (2001), «Flessibilità e performance dei sistemi di public utility», in Giovanni Costa (ed.), *Flessibilità e performance. L'organizzazione aziendale tra old e new economy*, ISEDI, Torino.
- DE VITA P., MERCURIO R., TESTA F. (a cura di) (2007), *Organizzazione aziendale: assetto e meccanismi di relazione*, Giappichelli, Torino.
- D'AUNNO T., SUCCI M., ALEXANDER J.A. (2000), «The Role of Institutional and Market Forces in Divergent Organizational Change», *Administrative Science Quarterly*, 45(4), pp. 679-703.
- FAILLACE R. (2005), «Le sperimentazioni gestionali in sanità: il caso Volterra in Toscana», *Mecosan*, 54, pp. 81-88.
- FELDMAN M.S. (2000), «Organizational routines as a source of continuous change», *Organization science*, 11, pp. 611-629.
- FIGLIORE B. (2008), «L'intangibilità in sanità: cultura, clima organizzativo e performance», *Mecosan*, 65, pp. 7-32.
- FRIEDLAND R., ALFORD R.R. (1991), «Bringing society back in symbols, practices and institutional contradictions», in W.W. Powell, P. Di Maggio (eds), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, University of Chicago Press.
- GALVIN T.L. (2002), «Examining institutional change: Evidence from the founding dynamics of U.S. health care interest associations», *Academy of Management Journal*, 45(4), pp. 673-696.
- HAME J. (1993), *Case study methods*, Sage, United States of America.
- HASSELBLADH H., BEJEROT E. (2003), «Institutional change in Swedish Health Care», 9th EGOS Colloquium, Copenhagen, July 3-5.
- JOHNSON G., SMITH S., CODLING B. (2000), «Microprocesses of institutional change the context of privatization», *Academy of Management Review*, 25(3), pp. 572-580.
- KITCHENER M. (2002), «Mobilizing the logic of managerialism in professional fields: The case of academic health centre mergers», *Organization Studies*, 23(3), pp. 391-420.
- LEE K., PENNINGS J.M. (2002), «Mimicry and the market: adoption of a new organizational form», *Academy of Management Journal*, 45(1), pp. 144-162.
- KITCHENER M. (2002), «Mobilizing the logic of managerialism in professional fields: The case of academic health centre mergers», *Organization Studies*, 23(3), pp. 391-420.
- LAWRENCE P.R., LORSCH, J.W. (1986), *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*, Boston, MA: Harvard Business School Press.
- LEE K., PENNINGS J.M. (2002), «Mimicry and the market: adoption of a new organizational form», *Academy of Management Journal*, 45(1), pp. 144-162.
- LEVITT B., MARCH J.C. (1988), «Organizational Learning», *Annual Review of Sociology*, 14, pp. 319-338.
- LOFLAND J., SNOW D., ANDERSON L., LOFLAND L. (a cura di) (2006), *Analyzing Social Settings: A Guide to Qualitative Observation and Analysis*, Belmont, 4rd ed., CA: Wadsworth, Belmont.
- LOUNSBURY M. (2007), «A Tale of Two Cities: Competing Logics and Practice Variation in the Profession»

- nalizing of Mutual Funds», *Academy of Management Journal*, 50, pp. 289-307.
- MALONE T.W., CROWSTON K. (1990), «What is Coordination Theory and How Can it Help Design Cooperative Work Systems?», Proceedings of the Conference on Computer-Supported Cooperative Work, October 7-10, Los Angeles, USA, pp. 357-370.
- MARSILIO M., MOIRANO F. (2004), «Sperimentazioni gestionali in sanità: il caso AMOS s.p.a., l'azienda multiservizi ospedalieri e sanitari del quadrante 3 di Cuneo», *Mecosan*, 50, pp. 83-94.
- MARTINEZ M. (2007), «L'azienda», in DE VITA P., MERCURIO R., TESTA F. (a cura di) (2007), *Organizzazione aziendale: assetto e meccanismi di relazione*, Giappichelli, Torino.
- MERCURIO R. (2000), «La dipartimentalizzazione delle strutture ospedaliere», *Sviluppo e organizzazione*, 180, pp. 42-45.
- MERCURIO R., ADINOLFI P. (2005), «Clinical governance, possibile soluzione ai fabbisogni di intergrazione nella azienda sanitarie», *Mecosan*, 30, pp. 67-80.
- MINTZBERG H. (1983), *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*, Prentice-Hall, New Jersey.
- MINTZBERG H. (1998), «Five Ps for Strategy», in MINTZBERG H., QUINN J.B., GHOSHAL S. (eds), *The Strategy Process*, revised European Ed., Prentice-Hall, New Jersey.
- ORRÙ M., BIGGART N.W., HAMILTON G.H. (1991), «Organizational isomorphism in east Asia», in W.W. Powell, P. Di Maggio (eds), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, University of Chicago Press.
- OUCHI W.G. (1979), «A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms», *Management Science*, September, pp. 833-848.
- PELLEGRINI L. (2003), «Sperimentazioni gestionali avanti ma con cautela», *Monitor*, n. 3, *Focus sulle Sperimentazioni e innovazioni gestionali nelle aziende sanitarie*.
- PETTIGREW A.M. (1990), «Longitudinal field research on change: theory and practice», *Organization Science*, 1(3), pp. 267-292.
- PFEFFER J. (1979, II ED. 1986), *Complex Organizations: A Critical Essay*, Scott-Foresman, Glenview.
- PFEFFER J. (1997), *New Directions for Organization Theory*, Oxford University Press.
- PFEFFER J., SALANCIK G.R. (1978, II ed. 2003), *The External Control of Organizations. A Resource Dependence Perspective*, Harper & Row, New York.
- POWELL W.W., DI MAGGIO P. (a cura di) (1991), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, University of Chicago Press.
- POWELL W.W. (1991), «Expanding the Scope of Institutional Analysis», in W.W. Powell, P. Di Maggio (eds), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, University of Chicago Press.
- REAY T., HINING S. (2003), «Change in Organizational Fields: A study of competing institutional logics», 9th EGOS Colloquium, Copenhagen, July 3-5.
- SCHEIN E.H. (1996), «Three Cultures of Management: the Key to Organizational Learning», *Sloan Management Review*, 1, pp. 9-20.
- SCHEIN E.H. (1999), *Culture d'impresa*, Raffaello Cortina Editore.
- SCOTT W.R. (1995), *Institutions and Organizations*, Sage, Thousand Oaks, California.
- SCOTT W.R., DAVIS G.F. (2007), *Organizations and Organizing. Rational, Natural and Open System Perspectives*, Pearson, Prentice Hall.
- SCOTT W.R., MEYER J.W. (1983), «The organization of Societal Sector», in J.W. Meyer, W.R. Scott (eds), *Organizational Environments: Ritual and Rationality*, Sage, Beverly Hills, CA, pp. 129-153.
- SCOTT W.R., RUEF M., MENDEL P.J., CARONNA C. (a cura di) (2000), *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*, University of Chicago Press, Chicago.
- SCOTT W.R. (2001), *Institutions and organizations*, 2nd ed, Thousand Oaks, CA: Sage, London.
- STINCHOMBE A.L. (1965), *Social Structure and Organizations*, in J.G. March, *Handbook of Organizations*, Rand McNally & Company, Chicago, pp. 142-193.
- TOMMASETTI A. (2003), «La valutazione strategica delle collaborazioni pubblico privato in sanità», *Mecosan*, 1.
- THORNTON P.H. (2002), «The rise of the corporation in a craft industry: conflict and conformity in institutional logics», *Academy of Management Journal*, 45, pp. 82-101.
- TOLBERT P.S., ZUCKER L.G. (1996), «Institutionalization of Institutional Theory», in S.R. Clegg, C. Hardy, W.R. Nord (eds), *Handbook of Organization Studies*, Sage, London.
- WASHINGTON M. (2004), «Field approaches to institutional change: the evolution of the National Collegiate athletic Association», *Organization Studies*, 25(3), pp. 393-414.
- WASHINGTON M., VENTRESCA M. (2004), «How Organizations Change: The role of Institutional Support mechanisms in the incorporation of higher education Visibility strategies, 1874-1995», *Organization Science*, 15(1), pp. 82-97.
- YIN R.K. (1994), *Case Study Research Design and Methods*, 2nd Ed., Thousand Oaks, CA., Sage, Publications, Inc., USA.
- ZUCKER L.G. (1977), «The role of Institutionalization in cultural persistence», *American Sociological Review*, 42(5), pp. 726-743.

Meccanismi di coordinamento «soft» per l'integrazione di logiche istituzionali nelle società miste

CATERINA GALDIERO, MARIAVITTORIA CICELLIN

1. Introduzione

I fattori di contesto che hanno accelerato il processo di innovazione della sanità italiana, volto a scardinare un sistema ormai obsoleto rispetto alle nuove logiche economico-aziendali, possono essere sintetizzati in due punti. Il primo va sicuramente ritrovato in un generale aumento della domanda di prestazione sanitaria anche in relazione al registrato aumento dell'età media della popolazione assistita. Il secondo è rappresentato dall'aumento dei costi di assistenza. Questi motivi hanno spinto a ricercare nuovi strumenti e modelli di gestione dei servizi sanitari, trasformando il sistema sanitario italiano da settore organizzato attorno al principio della professionalità medica a settore che persegue una logica di efficienza organizzativa con un sempre più spinto orientamento al mercato (Artoni *et al.*, 2005; Cuccurullo, 2005).

Negli ultimi anni, infatti, gran parte delle aziende sanitarie pubbliche, soprattutto per difficoltà finanziarie, hanno avviato operazioni di esternalizzazione delle proprie attività *core*, sia attraverso partnership finanziarie per la realizzazione di investimenti (*project financing*, concessione di costruzione e gestione), che attraverso la modifica degli assetti istituzionali per la gestione del servizio sanitario (creazione di fondazioni e società miste) (Amatucci *et al.*, 2007; Cappellaro, 2007).

Queste nuove forme di gestione, nascono con l'obiettivo di coniugare la qualità dell'offerta di servizi sanitari con il contenimento dei costi e con le politiche di razionalizzazione delle risorse, di ricerca dell'efficienza, di lotta agli sprechi e di miglioramento dei processi produttivi. In particolare, le difficoltà nel reperire risorse necessarie a garantire l'efficacia delle strutture ospedaliere nonché a evitare la chiusura di quelle situate in aree a minore densità abitativa, hanno portato alla sperimentazione¹ di modelli organizzativi che prevedono una crescente partecipazione di soggetti privati nella gestione degli

ospedali pubblici, avviando in questo modo, un profondo cambiamento istituzionale del settore. Inoltre, l'apertura a forme di collaborazione con soggetti privati ha come scopo l'acquisizione di competenze gestionali e finanziarie che spesso il sistema sanitario pubblico non possiede (Anselmi, 2003).

Tuttavia, molte delle operazioni realizzate si sono scontrate con una sostanziale impreparazione tecnica e culturale degli attori in gioco, spesso incapaci di cogliere appieno e di governare la complessità e il cambio di prospettiva proposta dalle collaborazioni pubblico-private. In particolare, si è posta eccessiva enfasi sugli aspetti tecnico-giuridici (l'individuazione delle soluzioni giuridiche più adeguate, la predisposizione di un piano economico-finanziario, ecc.), che pur rappresentando un aspetto importante per la realizzazione di queste sperimentazioni, non appare sufficiente per una profonda implementazione di nuove logiche e di nuovi assetti organizzativi. Si sono, infatti, trascurati gli aspetti sostanziali, legati a un equilibrio tra i differenti attori organizzativi (Fiore, 2008).

Bisogna specificare che in Italia il fenomeno delle sperimentazioni gestionali, pur non essendo di recente istituzione, non ha ricevuto grande attenzione nel campo degli studi organizzativi al fine di indagare le modalità di gestione di queste realtà aziendali. Tuttavia, da questo studio si intende far emergere che le società miste in sanità non rappresentano isolati casi di successo, bensì rappresentano un'interessante strada da percorrere nel contesto sanitario italiano, soprattutto per i risvolti positivi organizzativi e gestionali che producono.

Alla luce di queste riflessioni, il paper si propone di indagare le sperimentazioni gestionali in sanità e in particolare le società miste con capitale pubblico-privato.

L'analisi intende concentrare l'attenzione su una caratteristica peculiare di queste forme di sperimentazioni: la contemporanea e forte presenza di una logica istituzionale professionale e

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Il *framework* teorico
3. L'analisi empirica
4. I risultati
5. Considerazioni conclusive

di una logica istituzionale manageriale, dato che in questo caso si assiste alla nascita di una nuova entità formata da un soggetto pubblico e da uno privato. Sulla base di queste considerazioni l'obiettivo è analizzare in questo contesto se e in che modo coesistono le due logiche. Pertanto si è cercato di rispondere a due principali domande:

- 1) la presenza delle due logiche produce una coesistenza positiva?
- 2) attraverso quali meccanismi di coordinamento si integrano le due logiche nella gestione e nell'organizzazione?

L'analisi di due casi studio, ha permesso di verificare questa coesistenza avviata dalle due aziende esaminate e le tipologie di meccanismi organizzativi in grado di generare questa convivenza. Da questo punto di vista, infatti, l'erogazione di servizi di qualità sarà il risultato di una combinata e coordinata operatività di logiche professionali e manageriali.

2. Il framework teorico

2.1. Le logiche istituzionali

Le logiche istituzionali si riferiscono al sistema di credenze e di pratiche che predominano in un campo organizzativo (Friedland, Alford, 1991; Scott, 2001; Scott *et al.*, 2000).² Friedland e Alford (1991) osservano come le logiche istituzionali offrano i principi organizzativi in grado di guidare le organizzazioni del campo.

In un campo organizzativo convivono differenti logiche istituzionali, che possono entrare in competizione (ad esempio per l'ingresso di nuovi attori o per l'emanazione di una legge) e generare la spinta per un processo di cambiamento radicale. La competizione si caratterizza per il fatto che alcune di queste logiche possono prevalere su altre. La dominanza di una logica tende a essere associata a un determinato periodo storico, generando cambiamenti sia negli assetti degli attori che nelle relazioni di potere del campo organizzativo. Al riguardo, infatti, alcuni studi sul settore sanitario statunitense hanno evidenziato che l'alternanza della dominanza di una logica rispetto a un'altra è strettamente connessa a cambiamenti storici, accompagnati da cambiamenti normativi (Kitchener, 2002; Reuf *et al.*, 1998; Scott *et al.*, 2000).

In Italia prima del 1992 il campo organizzativo della sanità pubblica ruotava attorno al predominio della professione medica.³ La logica dominante che guidava i comportamenti delle organizzazioni partecipanti al campo era incentrata sul sistema di valori e di principi della professione medica. Tutte le azioni e i comportamenti messi in campo dal Governo e dalle Regioni erano organizzati attorno alla relazione medico-paziente che rappresentava la componente principale ed esclusiva del sistema sanitario italiano. In questa fase pre-1992 emerge dunque, un'egemonia dei professionisti sanitari: la definizione di strategie e la risoluzione di problematiche seguivano il sistema di valori basato sulla cura del paziente a ogni costo, anche a discapito di qualunque equilibrio economico-aziendale e sull'erogazione di un servizio di qualità definito in base a standard medico-professionali.

Dopo il 1992, con il processo di riforma del Servizio sanitario nazionale (Ssn), si assiste a un profondo cambiamento. Iniziano, infatti, a modificarsi gli attori chiave del campo organizzativo. In primo luogo le Regioni sono chiamate a sviluppare principi, criteri e attività di indirizzo, secondo logiche e strumenti di tipo aziendale. Il processo di ridefinizione delle strutture del campo è accompagnato dallo sviluppo di una nuova logica istituzionale dominante definita *managerial-market*. La nuova logica, a differenza di quella tecnica della professione medica, esalta i criteri di efficienza, di contenimento dei costi ed è caratterizzata da criteri di qualità del servizio sanitario che seguono non più solo standard medico-professionali ma anche standard di efficienza e di efficacia.

Nella **tavola 1** si descrivono le logiche istituzionali dominanti prima e dopo il 1992 e le principali pratiche associate alle due fasi storiche.

Bisogna osservare che la logica professionale e quella manageriale descritte nella tavola coesistono in entrambe le fasi storiche. Ciò che si modifica è la dominanza dell'una sull'altra. Infatti, il criterio aziendale di contenimento dei costi e di efficienza delle pratiche viene lentamente introdotto nel campo come logica secondaria, per poi diventare sempre più influente dalla prima metà degli anni '90. In sostanza, la logica manageriale rimane secondaria fino a quando il

sistema di credenze del campo organizzativo sanitario considera le organizzazioni sanitarie come attori operanti al di fuori di qualsiasi contesto competitivo. Infatti, le organizzazioni sanitarie pre-1992 nell'immaginario dovevano rispondere principalmente alle regole istituzionali, ponendo in secondo piano gli standard di qualità ed efficienza.

Agli inizi degli anni novanta inizia a emergere la consapevolezza che la sanità italiana, soprattutto quella pubblica (in generale si tratta di un problema che ha coinvolto tutta la Pubblica Amministrazione italiana) rappresenta ormai un settore obsoleto e non più in linea con le dinamiche di mercato. Questa consapevolezza spinge inevitabilmente verso un cambiamento istituzionale, modificando le fondamentali logiche costituenti il campo. Il sistema di credenze e gli assetti di *governance* iniziano a incorporare nuovi ruoli: nuovi fornitori si affacciano e, sulla scena, accanto ai tradizionali attori, appaiono nuovi intermediari. Il sistema di relazioni e i confini organizzativi iniziano a riconfigurarsi (Cepiku, 2005; Cuccurullo, 2005).

Alla fine degli anni '90 si assiste a un capovolgimento: non è più la logica professionale a prevalere su quella manageriale. Questa inversione di tendenza dà il via a un evidente processo di ristrutturazione del campo: introducendo nuove forme organizzative non più stabili, smantellando i precedenti sistemi di *governance* ed estromettendo il vecchio sistema di credenze e pratiche che sino a quel momento avevano caratterizzato il sistema sanitario pubblico italiano.

Tutto ciò ha dato vita a un lungo processo di conflitto, mai sanato, che ha creato forti resistenze al cambiamento. Tuttavia gli ampi spazi di inserimento a logiche e dinamiche di mercato, hanno aperto la strada a nuovi soggetti privati nella gestione del servizio sanitario. In particolare, con la legge del 1992 la sanità pubblica apre la strada a forme di collaborazione pubblico-private e nel 2001 la normativa sembra accelerare il fenomeno.

2.2. Gli ambienti e le logiche istituzionali

Come accennato nel precedente paragrafo, il sistema sociale è percorso da una molteplicità di logiche istituzionali rispet-

to alle quali gli individui e le organizzazioni si indirizzano per fondare la propria azione. La contrapposizione tra logiche crea forti pressioni verso il cambiamento: nel momento in cui una logica prevale, questa influenza la struttura e la strategia organizzativa focalizzando l'attenzione dei *decision maker* verso quelle caratteristiche considerate coerenti con la nuova logica. È importante tuttavia, cercare di comprendere l'origine della presenza di logiche diverse nelle organizzazioni.

Le organizzazioni spesso sono soggette a logiche istituzionali differenti perché costituite da soggetti appartenenti ad ambienti differenti. Gli ambienti, pur agendo secondo logiche differenti, operano delle pressioni alle quali le organizzazioni, se vogliono sopravvivere, devono rispondere (D'Aunno *et al.*, 2000). Nello specifico, Scott e Mayer (1983) distinguono tra ambiente tecnico e ambiente istituzionale. L'ambiente tecnico è quello in cui le organizzazioni sviluppano criteri autonomi per controllare un processo produttivo e sono premiate in rapporto all'efficienza e all'efficacia di tale controllo. L'ambiente istituzionale è invece caratterizzato da regole e requisiti ai quali le singole organizzazioni devono conformarsi se vogliono ottenere sostegno e legittimazione dall'esterno. Entrambi gli ambienti influenzano il comportamento e l'agire delle organizzazioni attraverso prescrizioni più o meno forti. È possibile pervenire a una tipologia costruita sull'incrocio tra prescrizioni forti e deboli provenienti dall'ambiente tecnico e prescrizioni forti e deboli provenienti dall'ambiente istituzionale. Si ottengono così quattro classi di organizzazione (si veda **tavola 2**).

È possibile osservare che i servizi pubblici e gli ospedali, che interessano in questa sede, appartengono alla prima categoria e sono contraddistinti da prescrizioni forti sia di natura tecnica che istituzionale; sono ovviamente organizzazioni che devono rispettare precisi standard di efficienza e al tempo stesso sono tenuti ad adeguarsi a precise aspettative istituzionali.

Powell (1991) sostiene che nel mondo c'è troppa differenza tra i settori legati al mercato e quelli legati alle istituzioni. L'autore, amplificando, quanto detto da Scott e Mayer (1983) sostiene che l'ambiente tecnico e quello istituzionale non vanno visti soltanto come due dimensio-

ni che si possono combinare tra di loro. Questi ultimi sostengono che, nel settore sanitario pubblico, le due logiche difficilmente coesistono, perché le organizzazioni sanitarie cercano di far fronte all'esigenza di legittimazione da un lato e a quella di efficienza dall'altro. Orrù *et al.* (2000), rifiutando l'ipotesi di Scott e Mayer, sostengono che le due logiche possono in realtà convergere armoniosamente e plasmare le attività organizzative. Infatti, gli autori, ampliando l'orizzonte del Neoinstituzionalismo dal punto di vista sia empirico che teorico, sfidano il presupposto corrente della dicotomia o del necessario antagonismo tra ambienti tecnici e ambienti istituzionali.

2.3. Le società miste in sanità. Logiche istituzionali a confronto

Le società miste pubblico-private, in misura maggiore rispetto alle altre tipologie di organizzazioni sanitarie (solo pubbliche dove prevale la logica professionale e solo private dove prevale la logica manageriale), spingono a soffermarsi su un aspetto di particolare interesse che è rappresentato dal fatto che in queste forme «privatistiche» predominano sia la logica istituzionale professionale che quella istituzionale manageriale, influenzando in maniera determinante la gestione e l'organizzazione del servizio sanitario.

La presenza delle due logiche, soprattutto dopo l'avvio del processo di aziendalizzazione, è un fenomeno tipico del mondo sanitario ma in queste realtà appare molto più accentuato ed evidente. Mentre nelle organizzazioni sanitarie pubbliche, tradizionalmente appartenenti da un ambiente istituzionale, prevale la logica del soggetto pubblico, ovvero quella professionale, nelle società miste la composizione proprietaria, formata generalmente da un 51% del soggetto privato e da un 49% di quello pubblico, appartiene sia all'ambiente tecnico che a quello istituzionale, portando con sé le due diverse logiche istituzionali. La convivenza di soggetti diversi, ciascuno con interessi diversi e spesso in conflitto, tende inevitabilmente a riflettersi negativamente sulle modalità di gestione di queste strutture e sui problemi di coordinamento dei diversi interessi.

La difficoltà che le due logiche hanno di agire nella direzione comune sorge anche, come suggerisce Stinchombe

(1965), dall'esistenza di caratteristiche di *imprinting* di aspetti strutturali fondamentali che variano in base al momento della fondazione e rimangono costanti nel tempo. Questo ha determinato nelle strutture sanitarie pubbliche una forte rigidità nel corso del tempo (proprio perché la logica manageriale è subentrata solo in un secondo momento). Diversamente nelle società miste, che non possono prescindere dall'esistenza di una relazione stretta tra soggetto pubblico e privato e dove la componente manageriale è fortemente radicata sin dall'inizio, le due logiche possono coesistere e convergere, in quanto, secondo il processo di *imprinting*, nuove forme organizzative acquisiscono al momento della loro fondazione caratteristiche che tendono a mantenere nel tempo.

Il nuovo soggetto sarà pertanto composto da attori, che di fatto, pur ricoprendo ciascuno il proprio ruolo e perseguendo la propria finalità, hanno il comune obiettivo di gestire infrastrutture ed erogare servizi di qualità a costi competitivi per la collettività. Non si può, tuttavia, trascurare il fatto che i singoli attori che compongono le società miste partono da presupposti differenti, che si possono rappresentare nella tavola che segue come finalità e vincoli che ispirano e guidano in maniera diversa la loro azione (si veda **tavola 3**).

Attraverso alcune variabili, inoltre, è possibile anche definire le caratteristiche che contraddistinguono le due logiche istituzionali nelle società miste, con l'intento di giungere a una più chiara definizione delle stesse (si veda **tavola 4**).

Sulla base di queste osservazioni emerge la consapevolezza che nelle collaborazioni pubblico-private non esiste una logica dominante, perché entrambe rivendicano un ruolo dominante (Scott, 2000). È soprattutto per questo motivo che le sperimentazioni gestionali, e tra queste in particolare le società miste pubblico-private, sono realtà aziendali molto complesse e di estremo interesse per gli studi organizzativi.

2.4. I meccanismi di coordinamento nella letteratura organizzativa

Il coordinamento nasce dal complesso dei condizionamenti reciproci che gli attori provocano o subiscono all'interno di una relazione. Il coordinamento rap-

presenta un'esigenza complessa per le organizzazioni (strettamente connesso alle esigenze di controllo e di comunicazione di un'organizzazione) e può essere risolto ricorrendo a diversi strumenti di coordinamento (Burns, 1971).

Mente la teoria classica sostiene che in un'organizzazione il coordinamento e il controllo possono essere raggiunti solo attraverso la supervisione diretta, Mintzberg (1983) individua cinque tipologie di meccanismi che le organizzazioni hanno a disposizione (a seconda delle dimensioni aziendali, della tipologia e della complessità delle attività svolte, ecc.) per conseguire il coordinamento a tutti i livelli.⁴

I meccanismi di coordinamento possono essere raggruppati in tre macro categorie che fanno essenzialmente riferimento al carattere strutturale o non strutturale di questi, oppure all'agire di dimensioni organizzative collettive caratteristiche della sovrastruttura di un'azienda, come ad esempio la cultura organizzativa (Schein, 1996, 1999; Martinez, 2007).

I meccanismi di coordinamento strutturali gestiscono le interrelazioni tra gli attori e le unità di un'organizzazione coinvolgendo specifiche posizioni o specifiche unità. Tra questi occorre distinguere: la gerarchia e i meccanismi di integrazione orizzontale e trasversale come le posizioni di collegamento laterale, i manager integratori, i comitati, le riunioni, i gruppi di progetto e le *task force*.

I meccanismi di coordinamento non strutturali, invece, sono rappresentati da strumenti impersonali che non si concretizzano in persone, posizioni e ruoli o gruppi, ma sono costituiti da sistemi procedurali come quelli di pianificazione e controllo (Pfeffer, Salancik, 1978, 2003).

La sovrastruttura dell'organizzazione rappresenta un meccanismo di coordinamento diverso da quelli precedenti perché è connessa alla prospettiva simbolica e ideologica di un'azienda (Barley, Kunda, 1992; de Vita *et al.*, 2007; Scott, Davis, 2007). La sovrastruttura, infatti, influenza il comportamento dei membri di un'organizzazione esercitando un'azione di controllo e di coordinamento mediante alcuni specifici meccanismi di creazione, diffusione e rinforzo di attitudini di fondo dell'azienda (Ouchi, 1979; Pfeffer, 1979, 1997). La cultura organizzativa (intesa appunto come insieme di valori, idee e ideologie) è il meccanismo di adat-

tamento della sovrastruttura che implica una costante negoziazione collettiva e che consente ai lavoratori di influenzarsi a vicenda, di conciliarsi, di valutare, di interpretare le proprie esperienze e di dirigere le proprie azioni.

È importante sottolineare che un'assenza totale o parziale di coordinamento all'interno delle organizzazioni può determinare problemi e squilibri di funzionamento organizzativo la cui mancata regolazione può generare una complessa trama di effetti: problemi legati all'abbassamento della produttività e dei livelli qualitativi, ai ritardi e rallentamenti nei ritmi delle attività, tempi morti e sovraccarichi di lavoro, alla dilatazione dei costi ecc. Altre conseguenze indirette, ma non per questo meno rilevanti, possono toccare la sfera delle relazioni e possono riscontrarsi nella riduzione dell'efficacia dei processi decisionali e della comunicazione tra individui, nei conflitti e nella tensione psicologica, nella disomogeneità dei linguaggi e degli schemi cognitivi.

In sostanza, solo attraverso un'attenta analisi e un costante monitoraggio delle attività e delle interdipendenze organizzative è possibile rispondere alle esigenze di coordinamento e di controllo delle aziende. I meccanismi di relazione, e in generale tutti gli strumenti di coordinamento organizzativo, rappresentano una leva fondamentale a disposizione delle organizzazioni per la progettazione e il cambiamento organizzativo.

Questi aspetti appaiono cruciali nel settore sanitario, dove l'estrema specializzazione orizzontale dei processi di lavoro e la necessità di integrare competenze diverse e strettamente interdipendenti tra loro implicano uno sforzo di ricomposizione e di coordinamento delle persone e dei gruppi.

Bisogna premettere che i meccanismi di coordinamento adottabili nelle organizzazioni sanitarie sono potenzialmente tutti quelli che possono trovare utilizzo in qualsiasi altra organizzazione complessa (Cicchetti, 2004).

Nelle strutture pubbliche del Ssn, per conseguire il coordinamento fra le varie unità organizzative, fra i processi e le persone, si ricorre molto spesso a meccanismi che intervengono sugli assetti organizzativi (per questo definiti «hard»): tipicamente la standardizzazione delle procedure, la gerarchia e la pianificazione e il controllo delle azioni e dei comporta-

menti. Non appaiono invece particolarmente sfruttati meccanismi di coordinamento definiti «soft», ovvero basati, sulle relazioni interpersonali con l'obiettivo di ridisegnare i processi decisionali e di modificare i processi all'interno delle organizzazioni. Nello specifico si fa riferimento ai comitati, alle riunioni e ai gruppi di integrazione trasversale (i cosiddetti collegamenti laterali) che rappresentano uno strumento fondamentale per modificare le relazioni di potere all'interno dell'organizzazione, ridistribuendolo tra i diversi attori organizzativi; e ai meccanismi che appartengono alla sovrastruttura aziendale che fanno ricorso a specifici meccanismi di creazione, diffusione e rinforzo dei valori e delle attitudini di fondo dell'organizzazione, quali la cultura e i processi di identità individuale e organizzativa (Ashforth, Mael, 1989).

3. L'analisi empirica

3.1. I casi studio

La complessità del sistema sanitario italiano e la natura della situazione oggetto di indagine hanno portato a scegliere un'analisi di tipo qualitativa e ricorrere a uno studio di tipo osservativo predisponendo un meccanismo di produzione e analisi dei dati che ha utilizzato una pluralità di fonti di informazione.

L'approccio metodologico quindi è quello della *survey* (Yin, 1994). L'uso di metodi qualitativi, in particolare i *case study*, risulta di particolare importanza dal momento che permette di analizzare la complessità dei processi (Beynon, 1988; Edwards, 1982) e i relativi conflitti presenti principalmente tra culture diverse nella stessa organizzazione (Hartley, 1995), costituendo una valida *research strategy* (Cassell, Simon, 1995). I *case study*, inoltre, possono essere usati in studi di comportamenti organizzativi, come espressione di forze interne e dell'ambiente esterno (Burns, Stalker, 1961; Lawrence, Lorsch, 1967).

Dunque, il metodo dell'analisi dei casi utilizzato in questo lavoro è stato ritenuto il più adatto a indagare un fenomeno nuovo e poco conosciuto all'interno del suo contesto reale, dove molteplici sono le variabili considerate e i metodi di raccolta dei dati. Questo metodo consente meglio di altri approcci di considerare il

contesto e di osservare i diversi livelli di analisi interconnessi (Pettigrew, 1990).

Per questa ricerca sono state utilizzate tutte e tre le tecniche individuate da Yin (1994):

1) la «triangolazione», ossia l'utilizzo di una moltitudine di fonti e di metodi di raccolta dei dati per chiarire i singoli concetti: fonti primarie, secondarie e indagini dirette;

2) la «concatenazione» delle evidenze, ossia nella stesura dei casi viene ripercorso fedelmente il processo logico, sostenuto dalle evidenze empiriche, attraverso il quale si è giunti alle conclusioni;

3) la «validazione», ossia la versione definitiva di ciascun caso è stata validata da parte di ciascuno dei principali referenti per la ricerca all'interno delle aziende sanitarie, in modo tale da ridurre al massimo eventuali distorsioni interpretative del ricercatore.

La ricerca si è articolata in quattro fasi. Nella prima fase si è proceduto all'analisi della bibliografia, dei principali studi e delle ricerche sul tema delle collaborazioni pubblico-private in Italia e negli altri paesi europei, analisi che ha rappresentato la guida per il confronto con le realtà osservate. Durante la seconda fase, poi, si è definita la struttura del lavoro e si è proceduto a selezionare i casi oggetto di analisi. La selezione dei casi studio è stata compiuta tenendo conto di due elementi fondamentali:

1) le società a capitale misto pubblico-privato con assistenza diretta ed erogazione dei servizi sanitari essenziali;

2) la presenza di attività di monitoraggio.

In particolare, la scelta dei due casi è stata dettata dal fatto che la costituzione delle partnership sin dai primi anni del 2000 (2003 è l'anno di costituzione della società mista Ospedale Centro Ortopedico Quadrante e dell'Istituto Codivilla-Putti), ha consentito di osservare e analizzare più nel dettaglio l'andamento della sperimentazione nelle sue varie fasi.

Nella terza fase, si è proceduto alla raccolta dei dati utilizzando le fonti primarie e secondarie (si veda **tavola 5**) sopra citate e si sono codificati e analizzati i dati raccolti. In questa fase sono state condotte le interviste non strutturate agli

attori chiave dei processi di cambiamento (Direttore generale, Direttore amministrativo e Direttore sanitario) e si è partecipato a riunioni formali e incontri non pianificati.

Nell'ultima fase, infine, si è proceduto alla revisione dei casi attraverso la discussione e l'osservazione partecipata dei ricercatori all'interno delle realtà aziendali studiate, per ridurre eventuali distorsioni interpretative ed evitare di basarsi sulla esclusiva proiezione dei fenomeni fornita dai soggetti intervistati.

3.2. Il contesto aziendale dell'Istituto Codivilla-Putti

La società mista «Codivilla-Putti di Cortina s.p.a.» nasce dalla volontà dell'Ulss⁵ n.1 di Belluno (Veneto, Italia) di riorganizzare il servizio su un territorio poco attrattivo sia per il personale che per gli utenti, a causa della collocazione geografica, ma principalmente di opporsi alla chiusura del vecchio ospedale con una lunga tradizione per la cura di infezione osteo-articolari dei traumi da sport invernali. La sperimentazione nasce con l'obiettivo di riqualificare le attività degli istituti Codivilla-Putti, migliorare l'efficienza economica e qualitativa del servizio e introdurre un modello organizzativo più efficiente.

La Giunta regionale della Regione Veneto delibera nel 2000 la sperimentazione gestionale. La società «Codivilla-Putti di Cortina s.p.a.» nel luglio del 2003 diventa attiva trasferendo personale e strutture nella propria contabilità. L'azienda Ulss n.1 detiene il 51% del capitale sociale della società costituita, mentre il 49% del capitale è detenuto dalla Gruppo GIOMI s.p.a. in qualità di socio privato.

Il flusso di pazienti nel 2007 è stato di 2.867.

Il presidente della società è nominato dal socio pubblico, mentre l'amministratore delegato con tutte le funzioni gestionali proviene dalla s.p.a. La società mista ha la responsabilità della gestione completa del complesso ospedaliero, impegnandosi inoltre negli interventi di riorganizzazione e ristrutturazione previsti nel progetto di sperimentazione.

Per quanto riguarda l'organizzazione del personale, bisogna sottolineare che tutte le risorse umane della Ulss sono state utilizzate dalla nuova società di gestione del presidio ospedaliero. Le nuove as-

sunzioni sono state disciplinate dal contratto della sanità privata. All'atto della stipula il personale operante dipendente della Ulss era di 121 dipendenti. Al 31 dicembre del 2007 nella struttura lavorano complessivamente 150 dipendenti di cui 55 in comando dalla Ulss e 95 con un contratto sottoscritto direttamente con la società mista.

In questo caso, negli anni si è avuta un'inversione di tendenza tra personale con contrattazione privata e quello con contrattazione pubblica (**grafico 1**).

3.3. Il contesto aziendale dell'Ospedale Centro Ortopedico Quadrante (COQ)

La società mista «COQ s.p.a.» nasce dalla volontà dell'Asl⁶ n. 14 di riorganizzare il servizio su un territorio piuttosto vasto, con un bacino di 176 mila abitanti ma principalmente dalla volontà della stessa Asl di opporsi alla chiusura del vecchio ospedale «Madonna del Popolo».

Il progetto «Centro Ortopedico di Quadrante» (COQ), partito ufficialmente nel gennaio del 2003 con la costituzione della società mista pubblico-privata tra l'Asl VCO n. 14 (Azienda Sanitaria Locale n. 14 di Verbania, Cusio, Ossola in Piemonte, Italia) e del gruppo privato italiano-francese *Générale de Santé* s.p.a., ha permesso la trasformazione del vecchio Ospedale «Madonna del Popolo» di Omegna in un centro specializzato in Ortopedia. La struttura è destinata a servire, in base a quanto previsto dai piani sanitari della Regione Piemonte, un bacino d'utenza che comprende quattro aziende sanitarie piemontesi (le Asl n. 11, n. 12, n. 13 e n. 14), in un territorio che include l'area a nord di Torino, Vercelli, Biella, Novara e Verbania.

Il Centro Ortopedico di Quadrante Ospedale «Madonna del Popolo di Omegna» è composta per il 51% dalla Asl VCO n. 14 e per il 49% da *Générale de Santé*. Ai vertici di COQ s.p.a. figurano il direttore generale della Asl in qualità di presidente del consiglio d'amministrazione e l'amministratore delegato come esponente del socio privato *Générale de Santé*. Nel 2007 i pazienti sono stati 6.589. Al 30 giugno 2007, nella struttura lavorano complessivamente 185 persone, di cui 97 hanno sottoscritto direttamente un contratto privato con COQ s.p.a., mentre 74 sono in distacco dall'Asl e

14 a utilizzo misto Asl-COQ. Negli anni come si può osservare dal **grafico 2** si è avuta un'inversione di tendenza tra personale con contrattazione privata e quello con contrattazione pubblica.

Nella **tavola 6**, invece, sono sintetizzate le caratteristiche delle singole aziende analizzate.

4. I risultati

4.1. Le performance delle società miste

Appare utile esaminare i progetti di partnership dell'Istituto Codivilla-Putti e del Centro Ortopedico Quadrante dal punto di vista economico-finanziario. L'analisi delle fonti secondarie analizzate, in particolare i dati di bilancio e dei *report* annuali, conferma, in prima battuta, la buona riuscita delle società miste.

Nel *framework* teorico nella sezione 2 si è posta attenzione sul fatto che nelle realtà pubblico-private la presenza di logiche istituzionali potenzialmente antagoniste è fortemente radicata. Nei contesti presi in esame, però, i fattori di *imprinting* hanno orientato gli sforzi di governo e di coordinamento in modo da facilitare l'attività organizzativa. È interessante sottolineare, infatti, che i risultati positivi conseguiti in termini di efficienza e di qualità del servizio, mostrano una crescita complessiva delle due aziende sin dalla nascita del nuovo progetto, contemperando tutti gli interessi e gli obiettivi coinvolti.

La necessità delle due società miste di adempiere a una gestione efficiente secondo il principio di razionalità, non può prescindere dal rispetto non solo degli standard di assistenza definiti dai *Lea*⁷ ma anche quelli dei piani regionali. Inoltre, in entrambi i casi, i vincoli normativi coincidono con la *mission* dell'azienda di offrire un servizio di alta qualità. Comportarsi da pubblico, in un'ottica di assoluta efficienza, essendo una società di capitali, sembra essere la parola d'ordine di entrambe le aziende sanitarie analizzate.

Nel caso dell'Istituto Codivilla-Putti, i ricavi delle vendite in aumento dal 2004 (si veda **tavola 7**) dimostrano che la partnership ha permesso un aumento del bacino di utenza con un aumento delle prestazioni, che sono diventate anche più complesse (si vedano **tavole 8 e 9**). La complessità è dimostrata anche dal fatto

che, così come afferma l'amministratore delegato, anche i costi sono cresciuti in maniera esponenziale nel corso degli anni in seguito all'acquisto di macchinari più sofisticati e innovativi. L'EBIDTA (*earnings before interest, taxes, depreciation and amortization*) è in diminuzione dal 2005, ma non in maniera considerevole proprio perché negli ultimi tre anni il partner privato ha deciso di investire nella spesa sanitaria facendo lievitare i costi (macchinari, ma anche «strumentazione ordinaria» e presidi medici chirurgici). Il ROA e ROE⁸ sono ugualmente in diminuzione negli ultimi tre anni per lo stesso motivo, ovvero per un aumento degli investimenti che però sono accompagnati da un significativo aumento delle vendite.⁹

Anche per quanto riguarda il Centro Ortopedico Quadrante, è possibile osservare che i ricavi delle vendite sono in aumento dal 2004, dimostrando che la società ha permesso un aumento del bacino di utenza con un aumento delle prestazioni (si vedano **tavole 10 e 11**). In questo caso la situazione gestionale appare ancora superiore rispetto al caso precedente perché il valore di EBIDTA è in aumento dimostrando che la gestione caratteristica è risultata in questo caso decisamente migliore.

Il ROA e ROE sono in aumento fino al 2005 per poi diminuire in modo non significativo a seguito di investimenti nella struttura.

Un aspetto interessante riguarda il flusso di pazienti provenienti da altre regioni che chiedono assistenza presso il Codivilla-Putti e presso il COQ (si vedano **tavole 12 e 13**). Questo dimostra la qualità del servizio erogato dalle strutture, diventate un riferimento anche per le Regioni vicine.

Come già accennato nella descrizione generale delle due società, un ulteriore aspetto importante su cui soffermarsi è la composizione del personale dei due ospedali, inizialmente formata da dipendenti con contratto pubblico, che ha subito negli ultimi anni una importante inversione di tendenza. Tale inversione mostra, infatti, come dal 2003 si assiste alla trasformazione dei contratti soprattutto per il personale medico e infermieristico. Ciò dimostra come, dopo un iniziale scetticismo, caratterizzato dal fatto che il contratto pubblico ha sempre rappresentato una maggiore forma di garanzia, negli anni il

personale abbia iniziato a comprendere il progetto della partnership, a crederci e ad aderirvi con convinzione, chiedendo la conversione e passando quindi alle dipendenze della società mista.

In conclusione da questa prima analisi emerge che, in primo luogo, l'aumento delle prestazioni sanitarie in entrambe le strutture ha consentito di rispondere alla logica istituzionale. In secondo luogo, l'incremento delle prestazioni non ha avuto un impatto negativo sui costi, rispondendo in questo modo anche alla logica manageriale del socio privato. Infine, è interessante evidenziare che, nei due casi, l'incremento delle performance non ha gravato sul lavoro del personale, consentendo di condividere a pieno il progetto e non rappresentare un ostacolo al cambiamento. Ciò si sottolinea appunto, con la trasformazione della maggior parte dei contratti di lavoro da pubblico a privato.

4.2. I meccanismi di coordinamento «soft» per l'integrazione delle logiche istituzionali

Sia nel centro COQ che nell'Istituto Codivilla-Putti, negli anni è avvenuto un cambiamento culturale. Dagli incontri con i manager è emerso che entrambi gli ospedali hanno lavorato molto sul senso di appartenenza alla struttura, ma principalmente sulla condivisione del progetto, convinti che ciò rappresentasse la base per il successo della sperimentazione, nonché la modalità più adatta per determinare quell'equilibrio tanto auspicato tra logica professionale e logica manageriale.

In particolare, all'interno delle società, è apparso che alcuni dei tradizionali meccanismi di coordinamento non sembrano rappresentare una risposta sufficiente alle peculiari caratteristiche di queste organizzazioni. Infatti, l'obiettivo del cambiamento a più livelli, che conduce alla nascita del nuovo soggetto e quello dell'integrazione delle logiche e quindi del coordinamento tra soggetti e interessi che possono facilmente entrare in conflitto, sembra necessitare di strumenti organizzativi diversi.

Attraverso l'analisi dei due casi studio (nello specifico l'analisi delle fonti primarie, ovvero le interviste non strutturate con i manager) si è cercato di comprendere quali strumenti sono utilizzati nella

gestione delle attività aziendali. In entrambi i casi, emerge con particolare evidenza l'attenzione che i vertici aziendali mostrano verso meccanismi organizzativi «soft» per l'organizzazione del personale e la gestione economico-aziendale.

I collegamenti laterali nel caso del Centro Ortopedico Quadrante (COQ)

L'ospedale COQ si caratterizza per l'articolato modello organizzativo che utilizza i meccanismi di collegamento laterali (in letteratura definiti anche come meccanismi di integrazione trasversali) per coordinare tutte le attività e i soggetti.

All'interno della struttura ci sono, infatti, tre comitati, che governano l'intero processo aziendale. L'obiettivo dei tre comitati è di equilibrare costantemente le esigenze economiche con quelle più strettamente sanitarie e professionali. In sostanza quindi i comitati sono nati come strumento «soft» per coordinare le due logiche istituzionali della società mista.

Come emerge dalla **figura 1**, partendo dal livello più basso, i due comitati dei Coordinatori e dei Referenti rappresentano i centri più vicini alle attività operative nei quali si confrontano gli operatori amministrativi e quelli sanitari sull'attività che viene svolta quotidianamente all'interno dell'ospedale. In particolare la figura del Coordinatore ha il compito di accogliere, assistere e coordinare le attività del percorso medico del paziente. Il Coordinatore, non essendo uno specialista è assistito da un medico internista che ha la responsabilità del governo clinico del paziente, in particolare nelle fasi dell'accettazione e della dimissione del paziente, mantenendo un legame diretto con i medici specialisti e la Direzione sanitaria.

Al Comitato dei coordinatori, presieduto dal Direttore amministrativo, partecipa il Direttore infermieristico e i dieci Coordinatori dell'ospedale COQ. I dieci Coordinatori responsabili dei processi aziendali si incontrano ogni due mesi, al fine di garantire un momento di comunicazione trasversale che permette di avere un continuo allineamento delle attività e delle sinergie. Dal punto di vista operativo, i membri del comitato si riuniscono con l'obiettivo di coordinare le esigenze organizzative dei coordinatori per ogni singolo processo sanitario e quelle amministrative e strategiche dell'azienda. Il

Direttore amministrativo, insieme al Direttore infermieristico e ai Coordinatori, lavora per interpretare le esigenze operative delle singole aree di degenza.

Il Comitato dei referenti presieduto dal Direttore medico si riunisce anch'esso una volta ogni due mesi. Il suo compito è quello di mettere a punto delle strategie di controllo degli standard delle prestazioni sanitarie e garantire la qualità clinica delle prestazioni. I medici e i referenti rispondono al Direttore sanitario, al quale spetta un ruolo di coordinamento e di organizzazione generale nell'erogazione delle cure.

Il confronto con il nucleo operativo sulle esigenze e sulle difficoltà con le quali ogni giorno gli operatori si confrontano avviene all'interno dei comitati e, successivamente, viene riportata al Comitato di Direzione che rappresenta l'organo decisionale di più alto livello.

Tutte le direzioni (generale, amministrativa, tecnica, sanitaria, medica e infermieristica) fanno parte del Comitato di direzione presieduto dal Direttore generale che si riunisce una volta al mese con l'obiettivo di garantire il collegamento tra le diverse aree di competenza (medica, amministrativa e tecnica) e di discutere ed elaborare le linee strategiche dell'azienda. È evidente inoltre, la netta separazione tra gli aspetti clinici, di cui si occupa il personale medico, e quelli organizzativi e amministrativi che sono affidati al Direttore amministrativo (che si occupa della contabilità e della gestione delle risorse umane) e a quello tecnico (che si occupa degli aspetti di fornitura, acquisto e manutenzione).

La cultura e l'identità nel caso dell'Istituto Codivilla-Putti

L'Istituto Codivilla-Putti adotta, accanto a una forma di coordinamento razionale caratteristico dell'infrastruttura e della sociostruttura aziendale (definito *design*) un coordinamento più di tipo ideologico-normativo (definito *devotion*) (de Vita *et al.*, 2007).

Nello specifico, la «cultura della buona salute» con sprechi ridotti e la costruzione di una solida identità organizzativa per tutti i dipendenti sono state le leve chiave «soft» su cui il soggetto privato ha puntato per portare avanti il processo di cambiamento istituzionale e per integrare logiche profondamente diverse.

Nell'ottica del vertice aziendale, l'identità organizzativa e la «cultura della buona salute» nelle organizzazioni sanitarie rappresentano le variabili principali e irrinunciabili per la costruzione di un contesto favorevole nel quale poi inserire con maggiore facilità strumenti di coordinamento «hard».

Il primo aspetto che sin dalla nascita della società mista preoccupava il vertice aziendale era il rilancio dell'immagine e della qualità di una struttura che negli ultimi anni rischiava la chiusura. Lo scarso riconoscimento dei dipendenti nell'organizzazione sanitaria era dimostrato dall'elevato turnover soprattutto del personale infermieristico che si aggiungeva alla difficoltà di reperire personale. Secondo il management, le cause principali di questa mancanza di identificazione con l'organizzazione si riconoscevano nel senso totale di abbandono da parte della Ulss di appartenenza (abbandono non solo morale ma anche fisico dovuto alle distanze geografiche che dividevano l'ospedale dal centro). A questo aspetto si affiancava il ruolo della classe medica la cui leadership autoreferenziale risultava essere storicamente uno dei principali fattori di debolezza dell'Istituto.

In questo contesto, l'Amministratore delegato (Ad) e in generale tutto il management, hanno svolto un ruolo molto importante. L'Ad ha cercato di strutturare il suo ruolo di leader nel processo di cambiamento mostrando e condividendo sin dall'inizio idee e obiettivi della partnership, con la volontà di costruire una strategia di lungo termine che coinvolgesse innanzitutto gli interessi di tutti i dipendenti e impegnandosi a mantenere la struttura sul territorio restituendole dignità e professionalità. In sostanza il ruolo dell'Ad si è attuato nel fornire indirizzi strategico-gestionali, per dare un senso immediato di risolutezza ai problemi di ordinaria e straordinaria amministrazione, impegnandosi personalmente e direttamente nella struttura.

Questi aspetti sono stati propulsori per rafforzare un *commitment* generale verso la struttura e un allineamento con gli obiettivi dell'azienda. Il processo di costruzione dell'identificazione con l'organizzazione è partito dai vertici aziendali e ha raggiunto tutti il personale dell'ospedale, attraverso la costruzione di un progetto comune.

Un'altra leva su cui il management ha cercato di lavorare è stata quella della dimensione psicologica dell'organizzazione, introducendo una cultura meno burocratica e formale, basata sulla flessibilità e sulla velocità di tutti i processi. Ciò è stato determinante in virtù di una naturale resistenza di tutti i dipendenti alla modifica delle proprie routine nei processi di cambiamento.

Accanto a questo si è cercato di sviluppare l'idea della «buona salute» con un contenimento dei costi; concetti che ancora oggi, nel pensiero di molti attori che operano nella sanità italiana, appaiono inconciliabili.

L'Ad sostiene che la «buona salute» in una struttura efficiente è possibile e difatti afferma che: *«il medico che propone deve giustificare l'acquisto e definire le caratteristiche tecniche dello strumento, mostrando l'utilità di quel macchinario con quelle particolari caratteristiche»*. L'Ad sulla base dei criteri di sostenibilità economica e razionalità della scelta elabora la sua decisione e inoltre aggiunge: *«il nostro obiettivo è ottimizzare i costi, non diminuirli, perché la semplice diminuzione non ci aiuta a produrre un buon servizio. Vogliamo ridurre gli sprechi con una gestione oculata, se un macchinario serve per migliorare il servizio si acquista anche subito»*.

L'Ad sostiene che: *«se c'è buona salute si generano risultati economici positivi che consentono al socio privato di soddisfare le richieste del socio pubblico e di motivare i dipendenti di cui è responsabile»*.

Ma la principale fonte del cambiamento è stata nella capacità del leader di modificare le mappe cognitive e gli schemi d'azione delle persone. Il compito dell'intero gruppo manageriale è stato quello di intervenire nei processi di formazione e distruzione della vecchia cultura organizzativa per costruire una forte identità organizzativa. In questo contesto, il problema del cambiamento si è posto principalmente come problema di cambiamento culturale e ha avuto il suo focus sugli individui e sulle loro relazioni interpersonali. L'Ad al riguardo, infatti, ha affermato: *«in questo progetto io non mi sono mai assunto il compito di controllare il processo di cambiamento, bensì ho sempre cercato di stimolare la capacità autonoma di apprendimento di ciascun*

individuo che è poi insita all'interno di qualsiasi organizzazione».

In sostanza, come è evidenziato dalla **tabella 14** le interviste ai testimoni privilegiati delle due società, hanno rilevato le criticità del contesto di riferimento e quindi le variabili che hanno costituito la base di riferimento per il processo di cambiamento culturale e per l'integrazione delle due logiche.

5. Considerazioni conclusive

Lo studio della disciplina delle sperimentazioni gestionali in sanità, operata alla luce dell'analisi delle due esperienze di partnership pubblico-private, consente di formulare alcune considerazioni conclusive sulle implicazioni che queste particolari forme organizzative hanno sugli aspetti gestionali e operativi.

Un primo dato su cui riflettere è quello relativo al grado di effettiva applicazione dell'istituto.

Se si considera in termini assoluti l'arco di oltre un decennio, le sperimentazioni avviate sulla base e in applicazione dell'articolo 9-bis non sono molte e non tutte si sono rivelate di particolare rilevanza. Le ragioni di tali limiti sono conseguenti, per un primo periodo, alla predeterminazione di un limite numerico imposto alle sperimentazioni.

La sperimentazione, come strumento e metodo per introdurre nel sistema sanitario, con gradualità, modelli organizzativi e strumenti gestionali innovativi, ha una rilevanza per l'intero sistema sanitario nazionale. Da tale premessa discende come conseguenza la necessità di valorizzare il momento della valutazione dei progetti e di verifica dei risultati.

Il moltiplicarsi delle iniziative, circa 60,¹⁰ porta a confermare l'ipotesi che il Ssn sta profondamente cambiando, poiché dall'originaria configurazione amministrativo-burocratica, le aziende sanitarie italiane stanno passando a una più articolata composizione, assumendo nuove forme e avvalendosi di moderni strumenti e procedure di gestione aziendale, importando nuove logiche nel campo sanitario da altre arene.¹¹

Senza dubbio lo studio di due casi consente di formulare alcune riflessioni sfruttando i vantaggi potenziali delle analisi dal punto di vista della profondità analitica e della ricchezza delle informazioni, con la consapevolezza, tuttavia, di bilan-

ciare gli stessi con i limiti e le carenze in termini di replicabilità. Infatti, seppure il metodo utilizzato non è in grado di portare ad alcuna generalizzazione, a causa della non rappresentatività del campione rispetto alla popolazione di riferimento, consente però, di esaminare in profondità più variabili contemporaneamente e osservare alcuni aspetti relazionali spesso non rilevabili attraverso correlazioni statistiche. Tuttavia, partendo dall'analisi effettuata, si ritiene utile ampliare lo studio all'intero campo organizzativo delle società miste pubblico-private in sanità, al fine di rendere i risultati generalizzabili.

Partendo dall'assunto che l'erogazione di servizi di qualità sarà il risultato di una combinata e coordinata operatività di logiche istituzionali professionali e manageriali, il presente lavoro utilizza due approcci teorici. Il primo è quello neoinstituzionalista sulla contrapposizione tra logiche istituzionali e il secondo è quello dei meccanismi di coordinamento come strumento a supporto e per la risoluzione organizzativa delle relazioni organizzative.

Un primo elemento di riflessione coinvolge la dimensione istituzionale delle aziende sanitarie. L'apertura ad attori di natura privata ha sicuramente modificato il modello di interazione delle due logiche, offrendo la possibilità di acquisire nuove prospettive. Pertanto all'interno delle società miste sanitarie la presenza di attori pubblici da un lato e attori privati dall'altro fa osservare che la contrapposizione tra logiche è forte e non esiste una logica dominante, dato che entrambe rivendicano un ruolo predominante.

Un secondo elemento di riflessione coinvolge invece la dimensione operativa delle aziende sanitarie. Partendo dall'assunto che logiche in contrapposizioni generano possibili livelli di conflitto interno, si è cercato di osservare come a livello operativo le società miste risolvono problemi legati alla convivenza di soggetti diversi, ciascuno con interessi divergenti, che tendono inevitabilmente a riflettersi sulle modalità di gestione delle strutture e sulle difficoltà di coordinamento dei diversi interessi.

Emergono dallo studio dei due casi due aspetti. Il primo è che i meccanismi di coordinamento, definiti in questa sede «soft», possono rappresentare una strada utile alla risoluzione di un conflitto ormai

decennale tra logiche manageriali e professionali che con se portano diversi modi di pensare, di lavorare, ecc.

Sin dai primi anni del processo di riforma del Ssn gli strumenti introdotti e individuati per la risoluzione di inefficienze delle organizzazioni sanitarie sono stati strumenti «hard» di standardizzazione delle procedure, dei risultati o delle capacità, sistemi di programmazione e controllo, strumenti di valutazione che senza alcun dubbio sono utili per razionalizzare una gestione come quella sanitaria, ma non sufficienti da soli a restituire efficienza al sistema. Sono mancati sicuramente (e mancano tuttora nelle strutture pubbliche di grandi dimensioni) riferimenti sia alla normativa che agli studi svolti sull'utilità di strumenti organizzativi come la cultura (ma anche comitati, riunioni, gruppi) per gestire le interrelazioni tra gli attori.

Nel sistema sanitario pubblico sembra che una sbilanciata combinazione di meccanismi di coordinamento ha determinato problemi e squilibri di funzionamento organizzativo. Nelle società miste, una equilibrata e attenta ponderazione dei meccanismi di coordinamento «soft» e «hard» ha contribuito al successo di queste realtà organizzative. I meccanismi di coordinamento *soft*, infatti, esercitano una costante negoziazione collettiva che consente ai lavoratori di influenzarsi a vicenda, di conciliarsi, di valutare, di interpretare le proprie esperienze e di dirigere le proprie azioni contribuendo a creare un contesto organizzativo favorevole nel quale inserire e far accettare tecniche e strumenti di gestione manageriali più «hard».

Il secondo aspetto che emerge coinvolge i fattori strutturali fondamentali di un'organizzazione: le così dette caratteristiche di *imprinting* che si assumono al momento della costituzione di un'organizzazione e rimangono abbastanza

costanti nel tempo. Allora, nelle organizzazioni sanitarie pubbliche «impregnate» da caratteristiche burocratiche, la logica professionale ha creato una forte rigidità vanificando ogni sforzo di aziendalizzazione volto all'inserimento di tecniche e strumenti manageriali. Nelle società miste sanitarie, invece, le due logiche riescono a coesistere e convergere e a essere spinta di innovazione e cambiamento, in quanto le nuove forme organizzative acquisiscono al momento della loro costituzione caratteristiche che tendono a conservare nel tempo. Pertanto l'apertura a soggetti privati attraverso un processo di incorporazione che dà vita alla partnership pubblico-privata contribuisce ad acquistare delle caratteristiche che determinano una più ampia accettazione delle logiche economico-manageriali.

Infine un'ultima riflessione più generale spinge a osservare che il sistema sanitario italiano attualmente vive una fase di teorizzazione/diffusione; una fase cioè, in cui dopo il primo momento di rottura del campo, deve legittimare le nuove logiche esistenti e i nuovi attori che si inseriscono nel campo. Per questi motivi, l'analisi dei casi è apparsa di particolare importanza e utilità per osservare e diffondere primi risultati positivi.

Tuttavia, è indubbia l'opportunità di effettuare un'analisi empirica che consenta di teorizzare i risultati ottenuti in questo lavoro alle altre esperienze di società miste italiane. Inoltre, un'analisi di campo consentirebbe di comprendere se i meccanismi di coordinamento «soft», utilizzati dalle due strutture oggetto dei *case study*, si possano estendere anche alle altre esperienze.

Note

1. Con l'art 9 D.L.vo 502/92 si istituiscono le sperimentazioni gestionali che prevedono la

costituzione di società miste con compiti diretti di assistenza alla persona.

2. Il concetto di campo organizzativo rappresenta un efficace livello di analisi per gli studi delle teorie istituzionali. DiMaggio e Powell (1983) definiscono il campo organizzativo come un insieme di fornitori chiave, consumatori, agenzie regolatrici e altre organizzazioni che producono simili servizi e prodotti (1983, pp. 148-149). La nozione di campo mostra l'esistenza di una comunità di organizzazioni che condividono un comune sistema di regole, di pratiche, di valori e che interagiscono tra loro molto più frequentemente che con attori posti al di fuori del campo (1994, pp. 207-208).
3. Si considera il 1992 come un *marker*, ossia l'anno in cui il governo italiano dà il via al processo di aziendalizzazione, trasformando profondamente il sistema sanitario.
4. I cinque meccanismi di coordinamento sono: 1. l'adattamento reciproco che consegue il coordinamento attraverso il semplice processo di comunicazione informale; 2. la supervisione diretta che utilizza il potere e il controllo delle azioni attraverso gli ordini; 3. la standardizzazione che consegue il coordinamento e il controllo specificando e programmando i processi di lavoro e i contenuti del lavoro; 4. oppure i risultati del lavoro (ossia gli *output*); 5. oppure le capacità e le conoscenze. Per un approfondimento sul tema dei meccanismi di coordinamento, si veda Mintzberg (1983) e de Vita, Mercurio, Testa (2007).
5. Per Ulss si intende l'«Unità locale socio-sanitaria».
6. Per Asl si intende l'«Azienda Sanitaria Locale», ovvero l'ente strumentale della regione, al quale compete l'organizzazione finanziaria e gestionale delle prestazioni sanitarie. Tutte le Asl italiane fanno parte del Ssn.
7. I Lea sono i livelli essenziali di assistenza e sono le prestazioni e i servizi che il Ssn è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket.
8. ROA: Return on Assets; ROE: Return on Equity.
9. Per ricavi delle vendite nel caso specifico si intende prestazioni di servizi sanitari.
10. Dati emersi da un'indagine 2003 dell'Agenda nazionale dei Servizi sanitari regionali e da un'indagine riportata nel *Rapporto OASI 2007*.
11. In particolare le logiche economico-aziendali previste dal processo di aziendalizzazione.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

Inter-organizational management control in Health and Social Care: an exploratory analysis of Healthcare Consortia in Tuscany

ANTONIO D. BARRETTA, ANJA GEPPONI, PATRIZIO MONFARDINI, PASQUALE RUGGIERO

With the aim of promoting integration between health and social care, Tuscany has introduced the organizational model of Società della Salute (SdS - Healthcare Consortia). The model is based on the involvement of all public and private actors operating in the health, social and environmental sectors, beginning with the phase of strategic planning by the SdS and followed by the drafting of a Piano Integrato di Salute (PIS - Integrated Health and Social Care Plan). In this scenario, this contribution examines the role of management control systems in the development of inter-organizational relationships. To this end, an analysis is performed of the perception of the PIS as a management control instrument capable of supporting relationships between actors in the SdS integrated care networks.

Keywords: Public networks, inter-organizational relationships, management control systems

Parole chiave: relazioni interorganizzative; sistemi di programmazione e controllo

Authors

Antonio D. Barretta, Professor Department of Business and Social Studies, University of Siena, barretta@unisi.it

Anja Gepponi, Patrizio Monfardini, Pasquale Ruggiero, Department of Business and Social Studies, University of Siena

Attribution

While the paper is the result of joint research, the sections can be attributed as follows: §§ 1 and 2 to A.D. Barretta; §§ 3.1 to A. Gepponi; §§ 3.2 and 3.4 to P. Monfardini; §§ 3.3 and 4 to P. Ruggiero

1. Introduction

The desire to guarantee the sustainability of the costs of healthcare for citizens and at the same time ensure an improvement in the quality of services provided has led, in Italy as in other countries, to the necessity of restructuring the local healthcare and welfare system. The reforms adopted for this purpose have introduced a rationale of integration between various institutional actors in order to create a broad network of services and respond more effectively to the complex needs of the community (Borgonovi, 2000; Goldsmith-Eggers, 2004; Mussari, 2005).

This process of reform is in contrast to the one that took place at the beginning of the nineties, which was based on the principles of *New Public Management*, such as specialization and competition (Hood, 1995; Lawrence-Thompson, 1997; Pollitt-Bouckaert, 2002; Hughes, 2003), and thus conflicted with the rationale of coordination and integration.

Recent theories regarding the governance of public networks have proposed organizational models that are capable of promoting and facilitating inter-institutional cooperation (Bardach, 1998; Mur-Veeman *et al.*, 1999; Barretta, 2004; Barretta-Busco, 2004; Cepiku *et al.*, 2006; Purdue, 2005; van Rak *et al.*, 2005; Cepiku-Meneguzzo, 2006; Lega, 2007; Longo, 2007; Barretta, 2008).

In Tuscany, the region in which this study was performed, several *Società della Salute* (Healthcare Consortia, hereinafter SdS) were set up to promote integration in health and social care. The SdS, regulated by regional law no. 40 of 2005 (as amended in Novem-

INDEX

1. Introduction
2. Theoretical framework
3. Integrated health and social care in Tuscany
4. Conclusion

ber 2008), have the form of voluntary consortia established between the municipality/ies and the local healthcare trust in territorial districts. According to art. 71 *bis* of regional law no. 40 of 2005, a SdS performs the following functions: a) policy-making and strategic planning in relation to the services included in the basic level of territorial care provided for by the Integrated Health and Social Care Plan, as well as services which are part of the integrated care and social services system that falls within the competence of local bodies; b) annual operating and implementation planning of the abovementioned services; c) organization and management of highly integrated health and social services and of other socially relevant health services; d) organization and management of social care activities, defined according to the policies contained in the regional Integrated Health and Social Care Plan; and e) control, monitoring and evaluation in relation to achievement of the objectives established. It should be pointed out that, in the period in which this study was carried out (i.e. prior to the amendment of regional law no. 40 of 2005 in November 2008), the SdS constituted a regional experiment that only permitted the consortia involved to perform functions of planning and control in health and social care (see points a, b and e above).

The *Piano Integrato di Salute* (hereinafter PIS - Integrated Healthcare Plan) is the document through which the SdS performs its functions of planning and control. The main tasks of the PIS are to: a) describe the epidemiological profile of local communities; b) define the health and wellbeing objectives and related quantitative and qualitative territorial standards, in line with regional policies; c) identify implementation actions; d) establish the resources made available by the municipalities and those provided by the regional healthcare fund; and e) put in place the forms of control necessary to evaluate the level of achievement of the specific objectives in each territorial district.

So far few studies have focused in any depth on the role of management control instruments in the support of inter-organizational relationships in the health and social care sector and their possible impacts in operating terms.

This paper seeks to present an in-depth investigation of these issues through an explor-

atory analysis aimed at clarifying the role that the abovementioned instruments can play in the management of inter-organizational relationships. To this end, this contribution intends to analyze the perception of the PIS as a management control instrument capable of supporting collaboration between actors belonging to the SdS, among respondents with significant responsibility for the promotion of integrated care.

To this end, the analysis will concentrate on the Tuscan SdS that have already completed a planning cycle, or in other words those that adopted a PIS for the three year period 2005-2007.

In the following we will: a) illustrate the theoretical framework on which this analysis is based (§ 2); b) contextualize the environment studied (§ 3); c) describe the research method and results (§ 4); and, lastly, d) suggest some concluding remarks (§ 5).

2. Theoretical framework

Håkansson and Lind (2004) have pointed out that management control systems play different roles according to the model of governance of relationships. In the hierarchy-based model, which relies on the formalization of rules and on power, they are used to control and influence actors' behaviour so that they pursue the aims of the organization. While prices represent the main source of information for firms' decision makers in the market, the system of management control is nonetheless essential to ensure respect for the principle of mutual advantage in commercial trade. In the network (or cooperative) model, coordination depends on traditions and the necessity of possessing common values and visions. In this context, the role of management control is to support clan control, which has the purpose of developing common values and maintaining organizational traditions. The focus of economic and financial monitoring is more centred on sharing the effects of the decisions made (or yet to be made) than on supporting managers by providing them with information for decision-making and/or the evaluation of performance.

The specificities of management control in a public network compared to a public organization are considered to be one of the «big

questions» in the management of a cooperation agreement between public administrations (Agranoﬀ-McGuire, 2001). Despite this, the doctrine to date on networks involving a public organization has focused on various other issues, including the factors that induce organizations to cooperate (van Raak *et al.*, 2005), the reasons for the success (or lack thereof) of partnerships (Jackson-Stainsby, 2000; Glendinning *et al.*, 2005; van Raak *et al.*, 2005), the organizational structure and strategies of cooperation agreements (Meneguzzo, 1996; Buccoliero-Meneguzzo, 1999; Lega, 2002), the role of trust in networks (Broadbent *et al.*, 2003; Barretta *et al.*, 2008). However, there has been little research into the management control of inter-organizational relationships involving a public organization. When the subject has been investigated, this has been done without reference to empirical analyses and/or only incidentally, in studies focussing on other topics. This constitutes a gap in the doctrine, as networks formed by public organizations, not-for-profit organizations and private firms provide public services of great importance to the community, such as health or environmental protection (Milward *et al.*, 2006).

The lack of studies on management control in inter-organizational relationships, especially in the public sector, has led to the presence of a gap between the knowledge possessed concerning inter-organizational relationships between firms and similar knowledge regarding networks in which one or more public organizations operate.¹ The aim of this study is to contribute to filling this gap. To this end, drawing on the views of selected SdS directors, we will on the one hand verify whether and under what conditions the functions performed by management control systems in inter-organizational relationships between firms can also be applied to integrated networks formed by several public organizations and, on the other hand, we will outline the specificities of such instruments in the contexts dealt with in our analysis.

With reference to the first aspect, it should be pointed out that the literature on management control systems in private networks has attributed to these systems both a motivational purpose (defined as «appropriation concerns») and the role of coordinating inter-firm activities (so-called «coordination requirements») (Dekker, 2004). Studies on

the function of management control systems in inter-organizational relationships between firms have shown that they introduce the aspect of accountability, which is crucial in the development of cooperation between organizations (Tomkins, 2001; Mahama, 2006). Wagner III (1995) and George (1992) have pointed out that non-cooperative conduct can occur when partners' behaviour cannot be controlled and assessed. The system of accountability can solve this problem in two ways. Firstly, it facilitates the acquisition of information and makes it easier for that information to be shared, through the feedback mechanism. By rendering visible behaviour that could not previously be controlled, this information increases transparency and, consequently, eliminates or reduces partners' tendency to behave opportunistically. In other words, the system of management control is capable of enhancing trust between partners (Tomkins, 2001). Secondly, the mechanisms of accountability seek to align the efforts of the participants in inter-organizational relationships by coordinating their intentions and guaranteeing the presence of mechanisms capable of evaluating whether or not they have kept their promises. This alignment reinforces the partners' conviction that they will not be betrayed, thus mitigating the conditions that lead to opportunistic behaviour and encouraging the partners to share information, participate in problem solving initiatives, introduce changes and avoid operating to the disadvantage of the others. The management control system is central to all this in that it guarantees the visibility and transparency of the behaviour and results of both individuals and organizations (Mahama, 2006). The management control system allows organizations to define the standards that reflect their target performances and to subsequently measure and evaluate the results in relation to the objectives set. These processes of data acquisition and the feedback mechanism facilitate the sharing of relevant information between partners and thus strengthen cooperation between them (Malina-Selto, 2001). Management control systems help to create awareness of problems, develop common definitions and provide suggestions for problem solving. In inter-organizational relationships, management control instruments contribute to the

development of common values and shared visions between partners and therefore occupy a different role to the one they have in hierarchy-based coordination (Håkansson and Lind, 2004). The pursuit of motivational objectives is influenced both by the aspects mentioned above, which originate within the network, and by external aspects, such as the instability of the network's institutional setting and the resources it has at its disposal (Ruggiero *et al.*, 2009).

A second objective of management control systems in inter-organizational relationships is the coordination of interdependent tasks among partners. As interdependence and uncertainty increase, so does the need for coordination and joint decision-making (Dekker, 2003). Higher degrees of interdependence entail more complex forms of coordination. The level of interdependence in inter-organizational relationships can vary from very low, requiring limited coordination, to very high, requiring continuous communication and joint decision-making between partners. Inter-firm relationships that are characterized by mutual interdependence – in which the activities of one partner constitute the input for the activities of other partners – generally require correspondence between a wide range of the partners' activities and therefore necessitate more elaborate mechanisms to coordinate the communications and continuous adjustments between partners (Dekker, 2003).

Lastly, we should not neglect to mention the peculiarities of instruments of inter-organizational management control in the contexts dealt with in this analysis. Based on the assumption that the coordination of inter-organizational relationships is a complex and multidimensional concept, Bolland and Wilson (1994) studied the level of integration in some integrated networks, considering three different spheres: the delivery of services, administrative support and planning. Specifically, these spheres cover, respectively, activities related to the effective delivery of services (such as domiciliary care, transport, recreational activities, etc.), the administrative support necessary for the services to be delivered (such as the procedures necessary before a financial transaction can take place between a buyer and a supplier, or the exchange of information regarding a patient

receiving care from various different institutions) and, lastly, the planning necessary to formalize the network's agenda. The main conclusions reached by their analysis were that: a) the degree of inter-organizational coordination can vary according to the context studied and b) the inter-organizational coordination of planning is the most complicated of the three spheres considered. Bolland and Wilson (1994) maintain that planning involves complex issues such as the allocation of resources to different types of needs, the distribution of tasks between service providers etc. The various institutional actors often largely agree on the most appropriate procedures for the delivery of services but are usually far less likely to concur on key issues such as the role of public funders and that of any private funders, the type of services to develop, the target users etc. Coordination in planning is therefore often conditioned by the presence of conflicting positions in relation to the agenda that the network should adopt. When this occurs, the networks are characterized by a limited capacity for self-control as the partners are not adept at balancing their own organizational objectives against those of the whole network (van Raaij, 2006). The aptitude for balancing the objectives of individual partners against those of the network depends on the way in which the network develops. In fact, this propensity is more highly developed the more the establishment of the network is the result of a conscious decision and strong conviction on the part of the various organizations (van Raaij, 2006). In brief, while spontaneously established networks can independently develop internal forms of control that are capable of aiding inter-organizational relationships, networks established by order or upon the impulse of a third party (such as a regulator) are not inclined to focus on collective performance and thus in such cases the functions of planning and control can be performed by the external intervention of the actor that wanted/supported the establishment of the network. However, the presence of a third party with powers of enforcement (the regulator) may prompt the network participants to behave dutifully (Barzelay, 1992; Mussari, 1994, 2002; Hughes, 2003). The regulator's orders could, from a formal viewpoint, be followed blindly without having any substantially positive

effects on the inter-organizational relationships between the network participants. This dutiful approach in the adoption of instruments of management control established by the regulator would also affect the network's future relationships with private for-profit and not-for-profit firms involved in the planning and delivery phases of integrated care. In particular, as management systems represent a way of overcoming the uncertainty related to the unpredictability of future events, their obligatory adoption would also generate uncertainty among private actors regarding the purpose and means of participation in the network. The uncertainty generated would prevent the management control systems from distributing appropriate tasks and responsibilities among the actors involved both inside and outside the network. This would all make it difficult for the network to fully affirm its existence and especially to «reproduce itself» as an actor in its own right in a certain socio-economic environment (Luhmann, 1995).

In the case under consideration, the regulator's intervention took the form of making the PIS an instrument of management control that the SdS were obliged to adopt. The following analysis will clarify whether and under what conditions a management control instrument that was required and defined from the point of view of its contents by a regulator can be perceived by those involved in integrated care as an effective aid to inter-organizational relationships.

3. Integrated health and social care in Tuscany

3.1. The reference framework

The experimentation of the SdS, as provided by the regional Integrated Health and Social Care Plan for 2002-2004 and by the regional Social Plan for 2002-2004, had the aim of integrating the healthcare system with the social welfare system. This aim was pursued by involving local communities in the policy-making, planning and administration of territorial services and the drafting of a PIS.² A SdS is, according to arts 30 and 31 of the Consolidation Act regarding the Regulation of Local Bodies, a voluntary consortium between the municipality/ies and the local healthcare trust

in territorial districts, with the purpose of: a) promoting organizational, technical and administrative innovation in the health services sector at a territorial district level, b) fostering a culture of integration between the healthcare system and the social welfare system and c) controlling the use of resources through the management of demand and promotion of appropriate consumption.³

The SdS are public networks constituted by the healthcare trust and local bodies present in the territorial district. While the decision to set up a SdS is voluntary, the organs, functions and modes of operation of the SdS are defined by the regional lawmaker in law no. 40 of 2005.

The SdS were therefore established for the joint delivery of territorial health, social and integrated care, by involving local communities, social partners and the third sector in the identification of health needs.

Law no. 40 of 2005 charges the SdS with the operating and strategic planning of territorial health, social and integrated care, as well as the functions of control, organization and management of the activities outlined in the PIS.

The SdS is governed by the following organs: a) an executive committee, b) a chairman, c) a director, and d) internal auditors.

The executive committee is composed of mayors or their delegated councillors (competent in the matters transferred to the SdS), who represent the municipalities, and the general manager of the local healthcare trust. The executive committee takes on the functions of territorial division of integrated care previously attributed to the conference of mayors, while the latter continues to perform functions related to hospital planning.

While the chairman of the SdS is entrusted with the general representation of the consortium, the director is entrusted with the management functions attributed by the regulations to the person in charge of the territorial district and to the competent municipal executive officers. The director also prepares the planning acts and is responsible for their implementation, as well as guaranteeing the operational planning and management of services and acting as the administrative and financial director of the SdS. The PIS represents the concrete realization of the planning function of the SdS and is currently the only

instrument of management control used by the integrated networks.

Law no. 40 of 2005 defines the PIS as a common tool for the integrated planning of social and health policies at territorial district level. It is valid for three years and replaces the previous planning tools, which were the «District Operating Plan» and the «District Social Plan». Yearly the PIS is updated according to and implemented through the Annual Operating Plan (AOP).

Under law no. 40 of 2005, regional and municipal planning and policy acts must represent a constant point of reference in the drafting of the PIS.

Drafting of the PIS is based on the precondition of plentiful information being available, including knowledge of territorial health requirements and problems, as well as of the opportunities and resources that various subjects can contribute for implementation of the Plan.

The process of preparation, formulation and approval of the PIS involves meetings and exchanges between the ASL (*Azienda Sanitaria Locale* - Local Healthcare Trust), municipalities, voluntary organizations, associations for social promotion and cooperation and third sector associations. Creation of the PIS occurs in four logical and temporal phases: a) identification of needs, problems and opportunities, b) definition of priorities, c) identification of actions and d) drawing up of projects. With reference to these four phases, the determination of which issues to prioritize is followed by definition of intervention policies and the subsequent drafting of action plans. For each action one or more projects need to be defined to specify the course of operations, technical and professional activities, resources, logical and temporal phases, results expected and indicators to measure the achievement of objectives.⁴ As well as detailing the health and wellbeing objectives, the Plan contains a specific set of indicators by which fulfilment of the objectives can be measured. Thus one of the purposes of the PIS is to create a series of indicators capable of quantifying the state of health in the territorial district and the factors that contribute to determining that state. The regional government of Tuscany has defined this set of indicators according to the basic set proposed by the WHO, adding

those already in use in some Tuscan organizations. These indicators can be divided into seven macro-areas: a) demographic aspects, b) state of health, c) healthcare supply and demand, d) health services, e) socio-cultural aspects, f) state of the physical environment and g) state of the urban environment.

Evaluating the results of the PIS by measuring the degree of fulfilment of its objectives allows decisions to be made concerning the possible repetition of the PIS at the end of its three year duration or its annual review, coinciding with preparation of the AOP.

3.2. Research method

In order to investigate the impacts of the management control system on inter-organizational relationships, a sample of SdS was selected from the 19 existing in Tuscany, with the aim of acquiring homogeneous and comparable data. Of the 19 Tuscan SdS, only the eleven that joined the experiment in 2005 by drafting a PIS for the period 2005-2007 were included in the study. This methodological choice allowed us to study the SdS with more years of experience in planning and implementing a PIS, excluding those that did not promptly adopt the planning tool provided for by regional legislation.

A structured questionnaire was sent by email to the eleven SdS selected. The questionnaire contained twelve statements (see **table 1**) which the respondents were asked to express their agreement or disagreement with by assigning points on a Likert scale (Bailey, 1995, p. 399). The questionnaire was divided into two areas – one regarding planning and the other control; the individual statements were selected with reference to the literature available on the role of control in supporting inter-organizational relationships.

The questionnaire was addressed to the directors of the SdSs as, being responsible for the management of the PIS, they are in a better position than others to perceive the effects of the management control system on inter-organizational relationships. For each statement the respondents were asked to choose one of five options identified by the numbers 1 to 5, with 1 corresponding to complete disagreement and 5 to complete agreement. The statements concerned the effect of the management control system on

Table 1Statements contained
in the questionnaire*Statement 1*

Drafting the PIS encouraged true interaction between ASL and municipality/ies (as well as representatives of civil society and the third sector) in the phase of planning health, social and integrated care.

Statement 2

Drafting the PIS led to an increase in opportunities for meetings between ASL and municipality/ies (as well as representatives of civil society and the third sector).

Statement 3

Drafting the PIS contributed to the establishment of shared health, social and integrated care objectives among the various actors involved in the planning process.

Statement 4

Concerning health, social and integrated care objectives, drafting the PIS contributed to clarifying the distribution of tasks and responsibilities between participants in the planning process.

Statement 5

Drafting the PIS contributed to clarifying the role of the other actors involved in the planning of health, social and integrated care.

Statement 6

Drafting the PIS contributed to the identification of common solutions to the problems of the territorial districts.

Statement 7

Drafting the PIS contributed to increasing mutual trust between ASL and municipality/ies (as well as representatives of civil society and the third sector).

Statement 8

Drafting the PIS facilitated the joint identification of indicators of performance concerning the health and social care services delivered in concert by the ASL and municipality/ies (as well as representatives of civil society and the third sector).

Statement 9

Adoption of the PIS contributed to increasing the production and exchange between ASL and municipalities (as well as representatives of civil society and the third sector) of information of use for monitoring the fulfilment of objectives set by the Plan.

Statement 10

Regarding control, the existence of a common plan contributed to the realization of joint analysis between ASL and municipalities (as well as representatives of civil society and the third sector) concerning the degree of fulfilment of the objectives established in the planning phase.

Statement 11

Evaluation of the degree of fulfilment of the objectives contributed to the identification of common solutions to the problems of the territorial district.

Statement 12

Evaluation of the degree of fulfilment of the objectives contributed to increasing trust between ASL and municipality/ies (as well as representatives of civil society and the third sector).

inter-organizational relationships, both between actors belonging to the SdS consortia and with the third sector and civil society.

Ten out of the eleven SdS selected agreed to respond to the questionnaire. Analysis of these ten completed questionnaires identified the two cases with the highest and lowest

scores, calculated from the sum of the points assigned on the Likert scale. These two cases were subsequently studied in greater depth through semi-structured interviews with the SdS directors in question, in order to better understand the reasons behind their responses.

3.3. Empirical analysis: the impact of planning on inter-organizational relationships

As stated in the method section, an empirical investigation was performed by distributing questionnaires made up of twelve statements. These statements hypothesized a positive impact of the management control system on inter-organizational relationships between subjects participating in the SdS (ASL and municipalities) and between them and other actors involved in the management of integrated care networks. The respondents were given the opportunity to express their agreement or disagreement with the statements on a 5-point Likert scale.

In general terms, the vast majority of the respondents agreed more than disagreed with the hypotheses contained in the various statements. In fact, summing the points assigned to the various statements in the 10 questionnaires compiled, the total scores of the different SdS ranged from a minimum of 33 to a maximum of 49 points out of a possible total of 60 (table 2).

Only one respondent disagreed slightly more than agreed with the statements con-

tained in the questionnaire, gaining a total score of 33 and a mean score of 2.75 per statement.

With reference to the statements concerning planning in integrated care (statements 1-7), analysis of the respondents' total scores revealed that, above all, drawing up the PIS had generated an increase in opportunities for subjects involved in the activities of the SdS to meet each other (statement 2 – sum of responses 43/50). In fact, in relation to the statement in question, 10% of the respondents (table 3) expressed a neutral attitude (level 3), 50% agreed more than disagreed (level 4) and the remaining 40% completely agreed.

As mentioned by one of the interviewees, this effect could be a direct consequence of the legal obligation to draw up a complex document like the PIS, rather than of the will of individuals to interact with the others, at least in the preliminary phase of the SdS experimentation. In networks of public authorities that are established in response to legal provisions rather than entirely voluntarily, such as the case under consideration, the involvement of an external party is important

Table 2
Results of the empirical analysis

SOCIETÀ DELLA SALUTE	LEVEL OF AGREEMENT/DISAGREEMENT												Total per SdS	Mean per Sds
	State. 1	State. 2	State. 3	State. 4	State. 5	State. 6	State. 7	State. 8	State. 9	State. 10	State. 11	State. 12		
SdS A	4	4	4	4	4	4	3	4	5	4	5	4	49	4.08
SdS B	4	5	5	3	4	4	4	3	5	5	3	3	48	4.00
SdS C	3	3	3	3	2	4	3	4	3	4	4	4	40	3.33
SdS D	2	4	2	2	2	3	4	2	2	3	3	4	33	2.75
SdS E	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	48	4.00
SdS F	3	5	4	3	4	5	3	3	3	3	3	3	42	3.50
SdS G	3	5	3	3	3	4	4	4	5	4	4	4	46	3.83
SdS H	5	5	3	3	2	3	4	2	3	3	3	4	40	3.33
SdS I	4	4	3	4	4	4	5	3	5	2	3	3	44	3.67
SdS L	4	4	4	3	3	5	4	2	2	5	4	3	43	3.58
Total per Statement	36	43	35	32	32	40	38	31	37	37	36	36	-	-
Mean per Statement	3.6	4.3	3.5	3.2	3.2	4	3.8	3.1	3.7	3.7	3.6	3.6	-	-

Legend: State. = Statement

STATEMENTS	LIKERT SCALE									
	1		2		3		4		5	
	AF	%	AF	%	AF	%	AF	%	AF	%
Statement 1	0	0%	1	10%	3	30%	5	50%	1	10%
Statement 2	0	0%	0	0%	1	10%	5	50%	4	40%
Statement 3	0	0%	1	10%	4	40%	4	40%	1	10%
Statement 4	0	0%	1	10%	6	60%	3	30%	0	0%
Statement 5	0	0%	3	30%	2	20%	5	50%	0	0%
Statement 6	0	0%	0	0%	2	20%	6	60%	2	20%
Statement 7	0	0%	0	0%	3	30%	6	60%	1	10%
Statement 8	0	0%	3	30%	3	30%	4	40%	0	0%
Statement 9	0	0%	2	20%	3	30%	1	10%	4	40%
Statement 10	0	0%	1	10%	3	30%	4	40%	2	20%
Statement 11	0	0%	0	0%	5	50%	4	40%	1	10%
Statement 12	0	0%	0	0%	4	40%	6	60%	0	0%

Legend: AF = Absolute Frequency; % = Percentage frequency

Table 3
Absolute frequencies
and percentages

for the advancement of some planning activities. Without such involvement these activities would be unlikely to be performed, to the detriment of the profitable development of inter-organizational relationships between the network's participants.

In support of this interpretation, it should be mentioned that the respondents showed a lower level of agreement with statements regarding the impacts that drafting the PIS may have had, in operational terms, on inter-organizational relationships between subjects involved in the planning of integrated care.

In fact, the SdS directors expressed only a moderate level of agreement with the hypothesis that meetings for the drafting of the PIS translated into true interaction between the network participants (statement 1 – sum of responses – 36/50).

The effects of the PIS were considered even less positive with reference to the establishment of shared objectives (statement 3 – average of responses 35/50).

Thus, a lack of agreement on objectives in the planning phase subsequently resulted in greater difficulties both in the identification of the tasks to assign to each actor and in the effective planning of appropriate instruments to monitor and quantify fulfilment of the objectives. In such situations, planning systems have little chance of increasing motivation

between actors in a network, as the actors may fear that their partners could behave opportunistically without their behaviour being detected by subsequent controls.

The level of agreement of the respondents was even lower in relation to the positive effects that the process of drawing up the PIS may have had on clarifying the distribution of tasks and responsibilities between the participants in the process of planning health, social and integrated care (statement 4 – sum of responses 32/50).

The respondents demonstrated the same view concerning the hypothesis that drafting the PIS could contribute to clarifying the role of the other actors involved in the planning process (statement 5 – sum of responses 32/50).

Therefore, the responses provided to the questionnaire showed that the directors' level of agreement with the hypothesized positive impacts of planning systems on inter-organizational relationships was not high. In particular, the responses revealed that planning systems were seen to make only a modest contribution to creating true interaction between the subjects involved in drawing up the PIS, the subsequent difficulty of establishing common objectives, and the lack of clarity in both the distribution of tasks and responsibilities and understanding the role

of each of the various actors. As can be seen from the following interview excerpt, one of the interviewees described this as a consequence of the erroneous interpretation by some subjects of the role they should play in the planning of integrated care.

«True interaction and sharing between the actors involved in the process of drafting the PIS did not occur in full because some subjects, especially the third sector organizations, saw the process of drafting the PIS not as an opportunity for general planning, but as a chance to express their own individual convictions and consequent demands»

The process of drawing up the PIS was not, therefore, considered by the various actors involved as an opportunity to share information of use in the process of problem-solving inherent in the planning of health, social and integrated care.

However, the results reported thus far should not be interpreted as meaning that the process of drafting the PIS did not lead to an increased «closeness» between the various actors involved. In fact, of all the statements contained in the questionnaire submitted to the SdS directors, the second highest level of agreement was expressed in relation to the contribution that drafting the PIS made to the identification of common solutions to the problems of the territorial districts (statement 6 – sum of responses 40/50).

Indeed, 80% of the respondents expressed a level of agreement equal to or greater than 4. In this context, however, it should be pointed out that one of the directors interviewed face to face claimed (as reported below) that drawing up the PIS had brought the partners closer together at a mainly strategic level, while joint actions at an operational level were more difficult to agree on.

«In strategic terms working together to find solutions to the problems of the territorial district was more feasible than when these strategies needed to be converted into actions to be included in other documents, such as the Annual Operating Plan»

Moreover, according to the responses to statement 7 in the questionnaire, a further positive effect of the process of drawing up the PIS

was an increase in the level of trust between the various actors who had to work together to plan health, social and integrated care (statement 7 – sum of responses 38/50). In fact, 70% of the respondents expressed a level of agreement equal to or greater than 4 with the hypothesis of a correlation between drawing up the PIS and an increase in trust between the actors involved. There may be various explanations for this effect. As suggested by one of the interviewees, the main contribution to building trust could have been made by the process of sharing knowledge and the adoption of a systemic view, both of which are indispensable for the effective and efficient planning of health, social and integrated care.

«Drafting the PIS generated increased trust between ASL and municipalities as there was a greater sharing of knowledge. For example, the municipalities gained better understanding of exclusively health-related issues, which led them to reduce their demands as they became more aware of problems that they had not previously taken into consideration. The PIS also contributed to creating a systemic view among the various participants in the drafting process that had previously been lacking, which made all of them more ready to cooperate to achieve systemic rather than individual goals»

3.4. Empirical analysis: the impact of control on inter-organizational relationships

As well as focusing on planning, the empirical analysis investigated the impact that control can have on inter-organizational relationships between the various actors both within the SdS (municipalities and ASL) and outside it (third sector and civil society).

The first statement put to the ten respondents in this part of the questionnaire sought to highlight whether - with reference to the activities to be performed in concert between the ASL, municipalities, third sector representatives and civil society – drafting the PIS contributed to reaching a shared definition of the indicators of performance to refer to during controls.

None of the ten responses provided were extremely positive or negative. While 40% of the responses were concentrated on level 4 of the scale of values, the remaining 60% were divided equally between levels 2 and

3. This demonstrates only a moderately favourable reaction to the statement proposed, which can be interpreted as the view that the PIS can to some extent facilitate the joint identification of indicators of performance (statement 8 – sum of responses 31/50).

The subsequent statement concerned the contribution that adoption of the PIS made to the production and exchange of information of use in monitoring fulfilment of the objectives among the various actors involved in health, social and integrated care activities.

The responses showed that 40% of the directors completely agreed with the affirmation that additional information of use for monitoring ongoing performance was made available thanks to the PIS. While 30% of the responses were in the middle of the scale, 20% assigned a score of 2, showing that they disagreed with the statement to some extent, although not completely. On the other hand, 50% of the responses corresponded with the two highest scores on the scale, revealing a relatively strong view of the usefulness of adopting the PIS, also for the purpose of ongoing monitoring of the activities carried out by the various participants (statement 9 – sum of responses 37/50).

The respondents were then asked to express an opinion on the usefulness of concerted planning for joint analysis of the fulfilment of objectives among the actors involved. The majority (60%) of the responses were at the higher end of the scale, with 4 or 5 points. Two of the SdS directors completely agreed with the statement, while four others gave the statement a score of 4. Only in one case did a respondent disagree with the statement, assigning it 2 points on the Likert scale. Again the responses revealed a generally favourable opinion of the integrated plan, as it was considered capable of permitting joint analysis among the actors regarding the degree of fulfilment of the objectives (statement 10 – sum of responses 37/50).

The next statement in the questionnaire had the aim of clarifying whether evaluation of the fulfilment of objectives set in the planning phase was deemed to be of subsequent use for the identification of common solutions to the problems of the territorial district. Half (50%) of the responses were situated in the middle of the scale, showing neither total agreement nor total disagreement

on the part of the respondents (statement 11 – sum of responses 36/50). However, the remaining 50% of responses occupied levels 4 (40%) and 5 (10%) of the scale. None of the respondents felt that the control (performed as mentioned above) was of no subsequent use for the resolution of territorial problems.

The last statement put to the ten directors concerned the possible increase in trust between the various actors (both within and outside the SdS) deriving from the evaluation of the degree of fulfilment of the objectives. Once again the responses revealed a lack of extremely positive or negative reactions to the statement (statement 12 – sum of responses 36/50). The middle of the scale was occupied by 40% of respondents, while the remaining 60% expressed moderate agreement, corresponding to level 4 of the Likert scale. Therefore, as emerged in relation to the planning activities, the respondents also deemed control to be of use in increasing the level of trust between the various participants in the planning of social, health and integrated care.

«Evaluation of the results effectively achieved renders the actions and responsibilities of each [participant] more visible, which leads the individual actors to reason in a more cooperative manner with the other participants in the SdS».

Although the other interviewee agreed on the importance of management control systems in fostering trust between the players involved in the SdS, he maintained that – in the public sector and therefore in integrated care – control was more important and functional than planning in the pursuit of this objective. In fact, planning is often experienced as the perpetuation of dutiful behaviour, while the realization of controls and the effective verification of each participant's contribution to the achievement of the objectives planned can effectively set in motion a process of trust building.

«Planning serves to create cohesion between the participants in the implementation of the PIS. However, trust is only actually gained when the project described in the PIS has been effectively implemented. In our environment, planning is approached with a pessimistic attitude. Thus, everyone's trust in the other actors

increases when the others have maintained their promises. In this sense control by the SdS becomes essential. This occurred for us, for example, when the SdS directly monitored the implementation of a programme on unease among young people that was contained in the PIS, by distributing a questionnaire to students and parents in local schools.»

In the excerpt reported above, control permitted the realization of a process of accountability not only in relation to the partners in the SdS, but also regarding the targets of the programmes contained in the PIS. In this way both the tasks and responsibilities of the various actors and the overall results achieved are brought to light.

None of the respondents completely disagreed with any of the statements concerning the control phase, while a score of 2 (moderate disagreement) was given in only 10% of cases. Many of the responses to the statements concerning control were therefore in or above the middle of the scale, being concentrated in particular at level 4. Some respondents expressed even more positive opinions on the statements proposed, underlining a general situation of relative satisfaction with the effects of integrated instruments of control on inter-organizational relationships.

4. Conclusions

With the aim of promoting organizational, technical and administrative innovation, as well as joint planning of territorial health, social and integrated care, the regional government of Tuscany gave its territorial districts the possibility to form SdS consortia which were charged, at least in the experimental phase, with carrying out the joint planning of health, social and integrated care through the creation of a PIS. The drafting of this document and the consequent controls are expected to contribute, in terms of both motivation and coordination, to improving inter-organizational relationships between the various participants in the planning and delivery of integrated care in the territorial districts.

Generally speaking, the empirical analysis confirmed this positive contribution, but it also highlighted the some criticalities in relation to both the experimental phase experienced by the SdS in the period studied, and the specific

characteristics of networks between public organizations as compared to private ones.

The need to draft the PIS led to an increase in meetings between municipalities, ASL, the third sector and civil society. However, the number of meetings does not always seem to have translated into true interaction between the participants in the integrated care networks. Indeed, the respondents did not fully agree with the hypothesis that the PIS contributed to the joint definition of objectives, tasks and responsibilities among the various actors involved in the planning of integrated care.

Therefore, as could be expected in the case of public networks established in accordance with legal provisions rather than voluntarily, the interaction generated between the various actors was the result of their adoption of dutiful conduct rather than of an effective willingness to cooperate. This consequently diminished the positive effects that the preparation of the PIS could have had on the identification of common objectives and the tasks and responsibilities of the various actors involved. In the face to face interviews, this situation was accounted for by the experimental nature of the organizational model of the SdS and/or by the uncertainty about the future of the SdS demonstrated (in some cases) by the regional lawmaker. Nonetheless, the contribution of the PIS to developing inter-organizational relationships between participants in the network should not be viewed negatively. In fact, the respondents highlighted that drafting of the PIS contributed most to building trust between participants in the network, which constitutes a fundamental aspect in the development of inter-organizational relationships. It also emerged that drafting the PIS made a significant contribution to the exchange of information and knowledge between the actors, to the extent that they all adopted a systemic view in the problem solving processes inherent in their planning activity. Lastly, with reference to planning, it should be pointed out that in the integrated networks studied, in contrast to reports in the literature (see Bolland and Wilson, 1994), agreement was reached on the strategies to pursue, i.e. on the network's agenda, rather than on the more operational aspects of integrated care.

Concerning control, although the respondents did not fully agree with the hypotheses

proposed, they maintained that control made a greater contribution than planning to the development of inter-organizational relationships. In fact, in the public sector, planning is still sometimes seen as a bureaucratic and obligatory exercise. Therefore, when control was carried out effectively and efficiently it was more capable of facilitating the identification of common solutions and fostering an increase in trust between the participants in the integrated care network.

In summary, management control systems did contribute to the development of inter-organizational relationships between the actors involved in the planning and delivery of integrated care in the experimental phase of the SdS. However, according to the network participants, this contribution mainly took the form of increasing the number of meetings between them and building a factor fundamental to the development of inter-organizational relationships, i.e. trust, rather than resulting in effective operational cooperation. It will take more time than the three year period analysed and require more stable conditions than those of an experimental phase for the impacts of management and control systems to become fully apparent. The limits of this contribution could therefore be overcome if future research focused on the aspects dealt with here over a longer time span - in order to analyse several consecutive planning cycles - and took place in a

more institutionally stable setting. Moreover, the perception of the PIS as an instrument of management control to support inter-organizational relationships could also be analysed by interviewing actors outside the SdS, such as the for-profit and not-for-profit firms that participate in the planning and delivery of integrated care. This would make it possible to analyse both the actors and the processes by which management control systems contribute to bringing about cultural and behavioural changes in the public organizations participating in integrated care networks, as well as the factors that facilitate and/or hamper such change.

Notes

1. On the subject of management and control systems of inter-organizational relationships between firms see, among the various contributions available: Birnberg (1998), Groot-Merchant (2000), Van der Meer Kooistra-Vosselman (2000), Tomkins (2001), Dekker (2004, 2005 and 2008), Cooper-Slagmulder (2004), Håkansson-Lind (2004), Coad-Cullen (2006), Kåjuter-Kumala (2005) and Mahama (2006).
2. Cf. Resolution no. 155 of the Regional Council of Tuscany, 24 September 2003.
3. For more on the differences between public-public and public-private partnerships and partnerships with networks in general, see Barretta (2008).
4. Cf. *Strumenti di lavoro per l'avvio dei Piani Integrati di Salute*, edited by the regional government of Tuscany's Inter-institutional Working Group: Regional Health Authority, Regional Council, Società della Salute and Municipalities.

R E F E R E N C E S

- AGRANOFF R., MCGUIRE M. (2001), «Big Questions in Public Network Management Research», *Journal of Public Administration Research and Theory*, 11 (3), pp. 295-326.
- BAILEY K.D. (2006), *Metodi della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna.
- BARDACH E. (1998), *Getting Agencies to Work Together: The Practice and Theory of Managerial Craftmanship*, Brookings Institution, Washington DC.
- BARRETTA A. (2004), *L'unità nella diversità. La «dimensione sovraziendale» del controllo di gestione esteso nelle aziende sanitarie*, Cedam, Padova.
- BARRETTA A. (2008), *Attività di controllo e cooperazione sanitaria*, Cedam, Padova.
- BARRETTA A., BUSCO C. (2004), «Competizione e cooperazione nel sistema sanitario: il ruolo della programmazione e del controllo nella creazione di una cultura d'area vasta», *Azienda Pubblica*, vol. 17, (4), pp. 565-586.
- BARRETTA A., BUSCO C., RUGGIERO P. (2008), «Trust in Project Financing: An Italian Health Care Example», *Public Money and Management*, 28, 3, pp. 179-184.
- BARZELAY M. (1992), *Breaking Through Bureaucracy: A New Vision for Managing in Government*, University of California Press, Berkeley.
- BIRNBERG J.G. (1998), «Control in interfirm co-operation relationships», *Journal of Management Studies*, vol. 35, (4), pp. 421-428.
- BOLLAND J.M., WILSON J.V. (1994), «Three Faces of Integrative Coordination: A Model of Interorganizational Relations in Community-Based Health and

- Human Services», *Health Services Research*, 29(3), pp. 341-366.
- BORGONOV E. (2000), «Governare l'amministrazione pubblica con il sistema a rete», *Azienda Pubblica*, vol. 13, (5), pp. 485-487.
- BROADBENT J., GILL J., LAUGHLIN R. (2003(a)), «Evaluating the Private Finance Initiative in the National Health Service in the UK», *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 16(3), pp. 422-445.
- BUCCOLIERO L., MENEGUZZO M. (edited by) (1999), *Allearsi per competere. Politiche di acquisto dei network di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- CEPIKU D., FERRARI D., GRECO A. (2006), «Governance e coordinamento strategico delle reti di aziende sanitarie», *Mecosan*, 57, pp. 17-36.
- CEPIKU D., MENEGUZZO M. (2006), «Le scelte delle regioni nel processo di governance del sistema socio-sanitario», in Aa.Vv., *Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzativa a confronto*, Formez.
- COAD A.F., CULLEN J. (2006), «Inter-organisational cost management: Towards an evolutionary perspective», *Management Accounting Research*, 17(4), pp. 342-369.
- COOPER R., SLAGMULDER R. (2004), «Interorganizational cost management and relational context», *Accounting, Organizations and Society*, 29(1), pp. 1-26.
- DEKKER H.C. (2003), «Value chain analysis in interfirm relationships: a field study», *Management Accounting Research*, 14 (1), pp. 1-23.
- DEKKER H.C. (2004), «Control of inter-organizational relationships: evidence on appropriation concerns and coordination requirements», *Accounting, Organizations and Society*, 29(1), pp. 27-49.
- DEKKER H.C. (2008), «Partner selection and governance design in interfirm relationships», *Accounting, Organizations and Society*, 33(7/8), pp. 915-941.
- FRANCES J., GARNSEY E. (1996), «Supermarkets and suppliers in the UK: system integration, information and control», *Accounting Organizations and Society*, vol. 21, (6), pp. 591-610.
- GEORGE J.M. (1992), «Extrinsic and intrinsic origins of perceived social loafing in organizations», *Academy Management Journal*, 35, pp. 191-202.
- GLENDINNING C., HUDSON B., MEANS R. (2005), «Under Strain? Exploring the Troubled Relationship between Health and Social Care», *Public Money and Management*, 25(4), pp. 245-251.
- GOLDSMITH S., EGGERS W.D. (2005), *Governing by networks*, Brookings, New York.
- GROOT T.L.C.M., MERCHANT K.A. (2000), «Control of international joint-ventures», *Accounting Organizations and Society*, vol. 25, (6), pp. 579-607.
- HÅKANSSON H., LIND J. (2004), «Accounting and network coordination», *Accounting Organization and Society*, vol. 29, (1), pp. 51-72.
- HOOD C. (1995), «The "New Public Management" in the 1980s: variations on a theme», *Accounting Organization and Society*, vol. 20, (2/3), pp. 93-109.
- HUGHES O.E. (2003), *Public Management & Administration*, Palgrave, New York.
- JACKSON P.M., STAINSBY L. (2000), «Managing public sector networked organizations», *Public Money and Management*, 20 (1), pp. 11-16.
- LAWRENCE J., THOMPSON F. (1997), «L'implementazione strategica del New Public management», *Azienda Pubblica*, vol. 10, (6), pp. 567-586.
- LEGA F. (2002), *Gruppi e reti aziendali in sanità. Strategie e gestione*, Egea, Milano.
- LEGA F. (2007), «Organisational design for health integrated delivery systems: Theory and practice», *Health Policy*, vol. 81, (2/3), pp. 258-279.
- LONGO F. (2007), «Incentivi e strumenti per l'integrazione delle reti socio-sanitarie», *Tendenze nuove*, (4/5), pp. 533-551.
- LUHMANN N. (2005), *Organizzazione e decisione*, Bruno Mondadori, Milano.
- MAHAMA H. (2006), «Management control systems, cooperation and performance in strategic supply relationships: A survey in the mines», *Management Accounting Research*, 17(3), pp. 315-339.
- MALINA M.A., SELTO F.H. (2001), «Communicating and controlling strategy: an empirical study of the effectiveness of the balanced scorecard», *Journal of Management Accounting Research*, 13, pp. 47-90.
- MENEGUZZO M. (edited by) (1996), *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- MILWARD H.B., KENIS P., RAAB J. (2006), «Introduction: towards the study of network control», *International Public Management Journal*, 9(3), pp. 203-208.
- MUR-VEEMAN I., VAN RAAK A., PAULUS A. (1999), «Integrated care: the impact of governmental behaviour on collaborative networks», *Health Policy*, vol. 49, (3), pp. 149-159.
- MUSSARI R. (1994), *Il management delle aziende pubbliche. Profili teorici*, Cedam, Padova.
- MUSSARI R. (2005) (edited by), *Le performance dell'azienda pubblica locale*, Cedam, Padova.
- POLLITT C., BOUCKAERT G. (2002), *La riforma del management pubblico*, Egea, Milano.
- PURDUE D. (2005), «Performance Management for Community Empowerment Networks», *Public Money & Management*, vol. 25, (2), pp. 123-130.
- RUGGIERO P., MONFARDINI P., GEPPONI A. (2009), «Il ruolo dei sistemi di programmazione e controllo nell'integrazione socio-sanitaria in Toscana», in A. Barretta (a cura di), *L'integrazione socio-sanitaria*, Il Mulino, Bologna, pp. 163-192.
- TOMKINS C. (2001), «Interdependencies, trust and information in relationships, alliance and networks», *Accounting, Organizations and Society*, 26(2), pp. 161-191.
- VAN DER MEER-KOOISTRA J., VOSSELMAN E. (2000), «Management control of interfirm transactional relationship: the case of industrial renovation and maintenance», *Accounting, Organizations and Society*, vol. 25, (1), pp. 51-77.
- VAN RAAJ D.P.A.M. (2006), «Norms network members use: an alternative perspective for indicating network success or failure», *International Public Management Journal*, 9(3), pp. 249-270.
- VAN RAAK A., PAULUS A., MUR-VEEMAN I. (2005), «Why do health and social care providers co-operate?», *Health Policy*, vol. 74, (1), pp. 13-23.
- WAGNER III J.A. (1995), «Studies of individualism-collectivism: effects on cooperation in groups», *Academy Management Journal*, 38(1), pp. 152-172.

La programmazione integrata in ambito socio-sanitario: un'analisi esplorativa sulle Società della Salute in Toscana

ANTONIO D. BARRETTA, ANJA GEPPONI, PATRIZIO MONFARDINI, PASQUALE RUGGIERO

1. Introduzione

La volontà di assicurare la sostenibilità dei costi per la salute dei cittadini e allo stesso tempo garantire una maggior qualità delle prestazioni erogate ha determinato, anche in Italia, la necessità di riformare il sistema sanitario e del *welfare* locale. A tal fine le riforme intervenute hanno introdotto logiche di integrazione fra vari attori istituzionali al fine di costituire un sistema allargato di servizi e poter meglio rispondere ai bisogni complessi della collettività (Borgonovi, 2000, Goldsmith, Eggers, 2004; Mussari, 2005).

Il suddetto processo di riforma si pone in controtendenza rispetto a quello avviato agli inizi degli anni '90. Quest'ultimo, infatti, si è basato sui principi del *New Public Management*, quali, ad esempio, la specializzazione e la competizione (Hood, 1995; Lawrence, Thompson, 1997; Pollitt, Bouckaert, 2002; Hughes, 2003), e ha ostacolato l'introduzione di logiche di coordinamento e di integrazione.

Le recenti teorie sulla *governance* dei *network* pubblici propongono modelli organizzativi capaci di promuovere e facilitare la collaborazione interistituzionale (Bardach, 1998; Murveeman *et al.*, 1999; Barretta, 2004; Barretta, Busco, 2004; Cepiku *et al.*, 2006; Purdue, 2005; van Rak *et al.*, 2005; Cepiku, Meneguzzo, 2006; Lega, 2007; Longo, 2007; Barretta, 2008).

In Toscana, contesto oggetto del presente studio, al fine di promuovere l'integrazione socio-sanitaria è stata prevista la Società della Salute (d'ora in poi SdS). La SdS regolata dalla legge regionale n. 40 del 2005 integrata e modificata nel novembre 2008, si configura come un consorzio facoltativo costituito, nelle zone-distretto, tra il/i Comune/i e l'azienda sanitaria locale. In base a quanto previsto dall'art. 71 bis della legge regionale n. 40 del 2005, la società della salute esercita funzioni di: *a*) indirizzo e programmazione strategica delle attività ricomprese nel livello essenziale di assistenza territoriale previsto dal piano sanitario e sociale integrato

nonché di quelle del sistema integrato di interventi e servizi sociali di competenza degli enti locali, *b*) programmazione operativa e attuativa annuale delle attività di cui al punto precedente, *c*) organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, *d*) organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale individuate ai sensi degli indirizzi contenuti nel piano sanitario e sociale integrato regionale ed *e*) controllo, monitoraggio e valutazione in rapporto agli obiettivi programmati. Si precisa che, nel periodo preso in considerazione da questo studio (ovvero, prima della modifica, nel novembre 2008, della legge regionale n. 40 del 2005), le SdS costituivano una sperimentazione regionale che consentiva ai consorzi in oggetto di esercitare esclusivamente funzioni di programmazione e controllo delle attività socio-sanitarie (si vedano precedenti punti *a*, *b* ed *e*).

Il documento attraverso cui la SdS realizza la propria funzione di programmazione e di controllo è il Piano integrato di salute (d'ora in poi Pis). I compiti fondamentali del Pis sono: *a*) delineare il profilo epidemiologico delle comunità locali, *b*) definire gli obiettivi di salute e benessere e i relativi standard quantitativi e qualitativi zionali in linea con gli indirizzi regionali, *c*) individuare le azioni attuative, *d*) stabilire le risorse messe a disposizione dai Comuni e quelle provenienti dal fondo sanitario regionale ed *e*) attivare le forme di controllo necessarie per misurare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici della zona.

Finora risultano essere poco numerosi gli studi volti ad approfondire il ruolo degli strumenti di programmazione e controllo nella gestione dei rapporti interorganizzativi in ambito socio-sanitario e le possibili ricadute di questi in termini operativi.

Il presente lavoro si propone di offrire un approfondimento su tali tematiche mediante un'analisi esplorativa tesa a comprendere il

SOMMARIO

1. Introduzione
2. *Framework* teorico
3. L'integrazione socio-sanitaria in Toscana
4. Conclusioni

ruolo che i suddetti strumenti possono svolgere nella gestione dei rapporti interorganizzativi. A tal fine, il contributo ha l'obiettivo di analizzare la percezione posseduta da alcuni interlocutori, che ricoprono un ruolo di responsabilità elevato nella promozione dell'integrazione socio-sanitaria, del Pis quale strumento di programmazione e controllo in grado di supportare la collaborazione fra attori appartenenti alla SdS.

Per valutare ciò, l'analisi si concentrerà sulle SdS toscane che hanno già terminato un intero processo di programmazione, vale a dire le SdS che hanno adottato il Pis per il triennio 2005-2007.

Nel prosieguo si procederà a: *a*) illustrare il *framework* teorico di riferimento di questa analisi (§ 2), *b*) contestualizzare l'ambito studiato (§ 3), *c*) esporre la metodologia e i risultati della ricerca (§ 4) e, infine, *d*) proporre delle considerazioni conclusive (§ 5).

2. Framework teorico

Håkansson e Lind (2004) hanno evidenziato che il sistema di programmazione e controllo svolge un ruolo differente a seconda del modello di *governance* delle relazioni. Nel modello gerarchico, che fa affidamento alla formalizzazione delle regole e al potere, il sistema in oggetto è usato per controllare e influenzare il comportamento delle persone affinché perseguano gli obiettivi dell'organizzazione. Nel mercato i prezzi rappresentano la principale fonte informativa per i decisori aziendali. Tuttavia, il sistema di programmazione e controllo è fondamentale per assicurare il rispetto del principio della reciproca convenienza degli scambi commerciali. Nel modello del *network* (o cooperativo) il coordinamento dipende dalle tradizioni e dalla necessità di possedere comuni valori e visioni. In tale ambito, il ruolo del controllo manageriale è di supportare il controllo di clan che è teso a sviluppare valori comuni e a sostenere le tradizioni organizzative. Il *focus* delle misurazioni economico-finanziarie è più incentrato sulla socializzazione degli effetti delle decisioni prese (o di quelle che si prenderanno) che sul supportare i manager fornendo loro informazioni per l'assunzione di decisioni e/o per la valutazione delle performance.

Le specificità della programmazione e del controllo in un contesto di *network*

pubblico rispetto a quanto accade all'interno di un'azienda pubblica sono state ritenute così rilevanti da costituire una delle *big questions* nella gestione di un accordo di collaborazione fra pubbliche amministrazioni (Agranoff, McGuire, 2001). Nonostante ciò la dottrina sui *network* coinvolgenti un'azienda pubblica si è finora focalizzata su altre tematiche fra cui: i fattori che inducono le organizzazioni a cooperare (van Raak *et al.*, 2005), le cause del successo (o dell'insuccesso) delle partnership (Jackson, Stainsby, 2000; Glendinning *et al.*, 2005; van Raak *et al.*, 2005), gli assetti organizzativi e le strategie degli accordi di cooperazione (Meneguzzo, 1996; Buccoliero, Meneguzzo, 1999; Lega, 2002), il ruolo della fiducia nei *network* (Broadbent *et al.*, 2003; Barretta *et al.*, 2008). Invece, il tema della programmazione e del controllo delle relazioni interorganizzative che coinvolgono un'organizzazione pubblica è scarsamente indagato e, in alcuni casi, affrontato senza far riferimento ad analisi empiriche e/o trattato in maniera incidentale da studi focalizzati su tematiche differenti. Ciò costituisce una lacuna dal momento che i *network* costituiti da organizzazioni pubbliche, da enti *non-profit* e imprese private erogano servizi pubblici di grande rilevanza per la collettività come la salute o la salvaguardia dell'ambiente (Milward *et al.*, 2006).

La mancanza di studi sulla programmazione e il controllo nelle relazioni interorganizzative, soprattutto in ambito pubblico, ha comportato la presenza di un *gap* fra conoscenze possedute con riferimento alle relazioni interorganizzative fra imprese e analoghi saperi sui *network* in cui operino una o più organizzazioni pubbliche.¹ Obiettivo di questo studio è di contribuire a colmare questo divario. A tale scopo, rifacendosi alla percezione dei direttori delle SdS selezionate, si procederà, da un lato, a verificare se e a quali condizioni le funzioni svolte dagli strumenti di programmazione e controllo nei contesti interorganizzativi fra imprese sono valide anche in un *network* socio-sanitario formato da più organizzazioni pubbliche e, dall'altro lato, a identificare le specificità che tali strumenti possiedono nei contesti oggetto della nostra analisi.

Con riferimento al primo aspetto occorre notare che la letteratura sui sistemi di programmazione e controllo nei *net-*

work di imprese ha attribuito a questi sia una finalità motivazionale (definita *appropriation concerns*) che una finalità di coordinamento delle attività interaziendali (*cosiddetti coordination requirements*) (Dekker, 2004). Gli studi sulla funzione di programmazione e controllo nelle relazioni interorganizzative fra imprese hanno dimostrato che questa svolge un ruolo di *accountability* che risulta cruciale nello sviluppo della cooperazione fra organizzazioni (Tomkins, 2001; Mahama, 2006). Wagner III (1995) e George (1992) hanno evidenziato che possono registrarsi atteggiamenti non cooperativi quando i comportamenti dei partner non possono essere controllati e valutati. Il sistema di *accountability* potrebbe risolvere il problema in due modi. In primo luogo, tale sistema supporta la raccolta di informazioni e ne facilita la condivisione per mezzo del meccanismo di *feedback*. Tali informazioni, rendendo visibili i comportamenti prima non controllabili, aumentano la trasparenza e, conseguentemente, eliminano o riducono la tendenza dei partner ad assumere comportamenti opportunistici. In altre parole, il sistema di programmazione e controllo è in grado di aumentare la fiducia fra partner (Tomkins, 2001). In secondo luogo, i meccanismi di *accountability* cercano di allineare gli sforzi dei partecipanti alle relazioni interorganizzative coordinando i loro intendimenti e assicurando la presenza di meccanismi in grado di valutare se questi hanno mantenuto le loro promesse. Tale allineamento rinforza il convincimento dei partner che non saranno traditi, pertanto, attenua le condizioni che danno vita a comportamenti opportunistici e incoraggiano i partecipanti a condividere informazioni, a partecipare alle iniziative di *problem solving*, a intraprendere cambiamenti e a evitare di operare a svantaggio degli altri. In tutto ciò, il sistema di programmazione e controllo è centrale in quanto garantisce la visibilità e la trasparenza dei comportamenti e dei risultati degli individui e delle organizzazioni (Mahama, 2006). Il sistema di programmazione e controllo consente alle organizzazioni di identificare gli standard che riflettono le performance desiderate e, successivamente, di misurare e valutare i risultati confrontandoli con gli obiettivi. Tali processi di raccolta dei dati e il meccanismo di *feedback* facilitano la condivisione fra partner di infor-

mazioni rilevanti e, pertanto, rafforzano la cooperazione fra loro (Malina, Selto, 2001). La programmazione e il controllo creano consapevolezza dei problemi, ne sviluppa significati condivisi e fornisce indicazioni per il *problem solving*. Nelle relazioni interorganizzative, gli strumenti di programmazione e controllo contribuiscono a formare valori comuni e visioni condivise fra partner, pertanto, possiedono un ruolo differente rispetto a quello che svolgono in un contesto di coordinamento basato sulla gerarchia (Håkansson, Lind, 2004). Il perseguimento delle finalità motivazionali è influenzato sia dagli elementi sinora riportati, che hanno origine interna al *network*, ma anche da elementi esterni allo stesso, quali l'incertezza del contesto istituzionale di riferimento del *network* e le risorse a disposizione di quest'ultimo (Ruggiero *et al.*, 2009).

Un secondo obiettivo della programmazione e del controllo nelle relazioni interorganizzative è il coordinamento dei compiti interdipendenti fra i partner. Con il crescere dell'interdipendenza e dell'incertezza cresce il bisogno del coordinamento e dell'assunzione di decisioni congiunte (Dekker, 2003). Gradi di interdipendenza più elevati comportano forme di coordinamento più complesse. Il livello di interdipendenza nelle relazioni interorganizzative può variare da molto basso, richiedente sforzi di coordinamento contenuti, a molto alto, richiedente continue comunicazioni e assunzioni di decisioni fra partner. Le relazioni interaziendali caratterizzate da un'interdipendenza reciproca, nella quale le attività di un partner costituiscono gli input delle attività di altri, generalmente richiedono una corrispondenza fra un'ampia gamma di operazioni dei partner e necessitano di meccanismi di coordinamento più complessi per le comunicazioni e gli aggiustamenti continui fra i partner (Dekker, 2003).

Infine, qualche considerazione merita le specificità che gli strumenti di programmazione e controllo interorganizzativi possiedono nei contesti oggetto della nostra analisi. Bolland e Wilson (1994), partendo dall'assunto che il coordinamento delle relazioni interorganizzative rappresenta un concetto complesso e multidimensionale, hanno studiato, con riferimento ad alcuni *network* socio-sanitari, il livello di integrazione conside-

rando tre differenti ambiti: l'erogazione dei servizi, il supporto amministrativo e la programmazione. In particolare, ogni ambito raccoglie le attività inerenti, rispettivamente, all'effettiva produzione dei servizi (per esempio, assistenza domiciliare, trasporti, attività ricreative ecc.), al supporto amministrativo necessario affinché possa realizzarsi l'erogazione del servizio (si pensi, a titolo esemplificativo, alle attività amministrative necessarie affinché possano realizzarsi le transazioni finanziarie da un partner acquirente a uno fornitore e ancora allo scambio di informazioni inerenti a un paziente che segue un percorso di cura interorganizzativo) e, infine, alle attività necessarie a definire e formalizzare l'*agenda* del *network*. I principali risultati cui è pervenuta la loro analisi sono che: *a*) il grado di coordinamento interorganizzativo può variare a seconda dell'ambito preso in considerazione e *b*) il coordinamento interorganizzativo dell'attività di programmazione è, fra i tre presi in considerazione, quello più complicato. Bolland e Wilson (1994) sostengono che la programmazione coinvolge questioni complesse quali l'allocatione delle risorse alle differenti tipologie di bisogni, la suddivisione dei compiti fra fornitori dei servizi ecc. Spesso, i vari attori istituzionali possono essere sostanzialmente d'accordo sulle procedure più appropriate per erogare i servizi, tuttavia, appaiono solitamente molto meno concordi sulle questioni di fondo quali, per esempio, il ruolo dei finanziatori pubblici e quello degli eventuali finanziatori privati, la tipologia di servizi da sviluppare, gli utenti su cui concentrare gli sforzi, ecc. Pertanto, il coordinamento a livello di programmazione è condizionato dalla presenza di posizioni discordanti inerenti all'*agenda* che il *network* dovrebbe adottare. Quando ricorrono le condizioni appena descritte i *network* si caratterizzano per una contenuta capacità di auto-controllo poiché i partner non possiedono un'attitudine a bilanciare i propri obiettivi organizzativi con quelli collettivi (van Raaij, 2006). L'attitudine a bilanciare gli obiettivi del singolo partner con quelli collettivi dipende dalla modalità di sviluppo del *network*, infatti, tale propensione è tanto più sviluppata quanto più la costituzione del *network* è un atto di scelta consapevole e convinto delle differenti organizzazioni (van Raaij, 2006). In sintesi, mentre i *network*

formati spontaneamente sono in grado di sviluppare autonomamente forme di controllo interne capaci di supportare le relazioni interorganizzative, i *network* costituiti per imposizione o su impulso di un terzo soggetto (per esempio, un regolatore) non sono inclini a focalizzarsi sulle performance collettive e, pertanto, la funzione programmazione e il controllo in tali contesti possono essere realizzati per mezzo dell'intervento dall'esterno del soggetto che ne ha voluto/sostenuto la costituzione. Però, la presenza di un soggetto terzo con poteri impositivi, il regolatore, potrebbe portare i partecipanti al *network* ad adottare un comportamento di tipo adempimentale (Barzelay, 1992; Mussari, 1994, 2002; Hughes, 2003). Quanto fissato dal regolatore potrebbe, dal punto di vista formale, essere realizzato in modo pedissequo senza che, in termini sostanziali, si verifici un effetto positivo sulle relazioni interorganizzative tra i partecipanti al *network*. L'ottica adempimentale nell'adozione degli strumenti di programmazione e controllo definiti dal regolatore andrebbe a intaccare anche i futuri rapporti che il *network* intrattiene con i soggetti privati *for profit* e *not for profit* che intervengono sia nella fase di programmazione che in quella di realizzazione dell'attività socio-sanitaria. In particolare, essendo gli strumenti di programmazione un mezzo attraverso il quale cercare di dominare l'incertezza legata all'imprevedibilità degli eventi futuri, la loro adozione adempimentale genererebbe incertezza anche per i soggetti privati in relazione all'oggetto e alle modalità di partecipazione alle attività del *network*. L'incertezza che si verrebbe a creare non permetterebbe ai sistemi di programmazione e controllo di veicolare idonei atti di comunicazione (compiti e responsabilità) tra i diversi soggetti coinvolti sia all'interno che all'esterno del *network*. Tutto ciò renderebbe difficile al *network* di affermare la propria esistenza in modo pieno e soprattutto «riprodursi» quale attore distinto in un determinato ambiente socio-economico (Luhmann, 1995).

Nel caso oggetto di studio, l'intervento del soggetto regolatore si è sostanziato nel prevedere il Pis come strumento di programmazione e controllo da adottarsi obbligatoriamente da parte delle SdS. L'analisi successiva consentirà di comprendere se e a quali condizioni uno

strumento di programmazione e controllo richiesto e definito nei contenuti da un soggetto regolatore può essere percepito, dagli attori dell'integrazione socio-sanitaria, di effettivo supporto alle relazioni interorganizzative.

3. L'integrazione socio-sanitaria in Toscana

3.1. Il contesto di riferimento

La sperimentazione della SdS, come previsto dal Piano sanitario regionale 2002-2004 e dal Piano sociale regionale 2002-2004 si è posta l'obiettivo dell'integrazione del sistema sanitario con quello socio-assistenziale. Tale obiettivo è stato perseguito attraverso il coinvolgimento delle comunità locali nei compiti di indirizzo, programmazione e governo dei servizi territoriali e nella realizzazione del Pis.² La SdS si presenta, ai sensi degli articoli 30 e 31 del Testo unico dell'ordinamento degli enti locali, come un consorzio facoltativo costituito, nella zona distretto, tra il/i Comune/i e l'azienda sanitaria locale al fine di: *a)* promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto, *b)* incoraggiare la cultura dell'integrazione del sistema sanitario con quello socio-assistenziale e *c)* controllare l'impiego delle risorse attraverso il governo della domanda e la promozione dell'appropriatezza dei consumi.³

Con la nascita della SdS si è dato vita a un *network* pubblico costituito dall'azienda sanitaria e dagli enti locali che insistono nella zona distretto. Mentre la decisione in merito alla costituzione della SdS è volontaria, gli organi, le funzioni e le modalità di funzionamento della SdS sono definiti dal regolatore regionale nella legge n. 40 del 2005.

La SdS risulta quindi costituita per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate attraverso il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del Terzo settore nella individuazione dei bisogni di salute.

La legge n. 40 del 2005 prevede che siano affidate alla SdS la programmazione, tanto strategica che operativa, delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate, le funzioni di con-

trollo nonché l'organizzazione e gestione delle attività individuate dal Pis.

Gli organi della SdS sono: *a)* la giunta esecutiva, *b)* il presidente, *c)* il direttore e *d)* il collegio sindacale.

La giunta esecutiva è composta, per i comuni, dai sindaci o assessori delegati (competenti nelle materie trasferite alla SdS), per le aziende sanitarie dal direttore generale. La giunta, in materia di servizi socio-sanitari territoriali, assume le funzioni dell'articolazione zonale della Conferenza dei sindaci, alla quale restano attribuite le funzioni connesse alla programmazione ospedaliera.

Mentre al presidente della SdS è affidata la rappresentanza generale del consorzio, il direttore della SdS è il titolare delle funzioni direzionali attribuite dalla normativa al responsabile della zona-distretto e ai dirigenti comunali competenti in materia. Inoltre, il direttore predispone gli atti di programmazione e ne cura l'attuazione, assicura la programmazione e la gestione operativa delle attività ed esercita la direzione amministrativa e finanziaria della SdS. La SdS concretizza la propria funzione programmatica attraverso la predisposizione del Pis che, al momento, risulta essere l'unico strumento di programmazione e controllo utilizzato dal *network* socio-sanitario.

La legge n. 40 del 2005 definisce il Pis come lo strumento partecipato di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie a livello di zona-distretto. Ha durata triennale e sostituisce i precedenti strumenti di programmazione, ovvero, il Piano operativo di zona e il Piano sociale di zona. Il Pis si declina annualmente attraverso il Programma operativo annuale (d'ora in poi Poa). La redazione di quest'ultimo documento costituisce il momento per l'aggiornamento del Pis.

Secondo quanto disposto dalla legge n. 40 del 2005, la costruzione del Pis deve avere come costante punto di riferimento gli atti programmatici e di indirizzo regionali e comunali.

Il presupposto che sta alla base della costruzione del Pis è la disponibilità di numerose informazioni tra cui la conoscenza dei bisogni e dei problemi di salute del territorio, delle opportunità e delle risorse che possono essere messe a disposizione dai diversi soggetti per la sua attuazione.

Il processo di predisposizione, formazione e approvazione del Pis si articola

attraverso momenti di concertazione e di confronto fra Asl, Comuni, organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, della cooperazione sociale e del Terzo settore. La realizzazione del Pis si sviluppa secondo quattro fasi logico-temporali: *a)* individuazione dei bisogni, delle problematiche e delle opportunità, *b)* definizione delle priorità, *c)* individuazione delle azioni e *d)* stesura dei progetti. Avendo come riferimento le quattro fasi individuate, all'individuazione delle problematiche a cui dare priorità segue la definizione delle politiche d'intervento e quindi la predisposizione di programmi e azioni. Per ciascuna azione devono essere definiti uno o più progetti che rappresentano il percorso operativo, le attività tecniche e professionali, le risorse, le fasi logiche e temporali, i prodotti attesi nonché gli indicatori per verificare il raggiungimento degli obiettivi scelti.⁴ Il piano contiene, infatti, oltre agli obiettivi di salute e benessere anche uno specifico *set* di indicatori in grado di misurarne il raggiungimento. Il Pis ha, infatti, lo scopo di costruire una base di indicatori in grado di quantificare lo stato di salute della zona-distretto e i fattori che concorrono alla sua determinazione. La Regione Toscana ha definito il *set* di indicatori prendendo come riferimento il *set* base proposto dall'OMS a cui si sono aggiunti gli indicatori già in uso in alcune realtà toscane. Tali indicatori si possono suddividere in sette macro-ambiti: *a)* aspetti demografici, *b)* stato di salute, *c)* domanda e offerta sanitaria, *d)* servizi sanitari, *e)* aspetti socio-culturali, *f)* stato dell'ambiente fisico e *g)* stato dell'ambiente urbanistico.

La valutazione dei risultati, resa possibile attraverso la misurazione del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati, permette l'assunzione di decisioni in merito alla possibilità di reiterazione del Pis al suo termine o alla sua revisione annuale contestualmente alla predisposizione del Poa.

3.2. La metodologia della ricerca

Al fine di investigare gli impatti del sistema di programmazione e controllo sulle relazioni interorganizzative, si è proceduto a una selezione di un campione di SdS all'interno delle 19 esistenti in Toscana, con l'obiettivo di ottenere omogeneità e comparabilità dei dati. Delle 19

SdS sono state interpellate soltanto quelle che hanno iniziato la sperimentazione nel 2005 attraverso la predisposizione del relativo Pis per il periodo 2005-2007. Questo ha comportato la costruzione di un campione di 11 casi sui 19 totali. Tale scelta metodologica ha consentito di prendere in considerazione le esperienze temporalmente più mature nella predisposizione e implementazione dei Pis, escludendo quelle che non hanno adottato tempestivamente lo strumento di programmazione previsto dalla normativa regionale.

Negli undici casi selezionati si è proceduto alla somministrazione tramite *email* di un questionario strutturato, contenente dodici affermazioni (cfr. **tabella 1**) rispetto alle quali è stato richiesto di manifestare accordo o disaccordo mediante la scelta di un punteggio coerente con la scala di Likert (Bailey, 1995, p. 399). Il questionario presenta due aree, l'una relativa alla programmazione e l'altra al controllo; gli *item* sono stati individuati facendo riferimento alla letteratura esistente relativa al ruolo del controllo a supporto delle relazioni interorganizzative. Il questionario è stato indirizzato ai direttori delle SdS in quanto soggetti responsabili della gestione e, quindi, in grado più di altri, di percepire gli effetti del sistema di programmazione e controllo sulle relazioni interorganizzative. Per ogni affermazione il rispondente ha avuto a disposizione cinque opzioni identificate da un numero progressivo da 1 a 5 dove 1 corrisponde a totalmente in disaccordo e 5 a totalmente d'accordo. Le affermazioni hanno ad oggetto l'effetto del sistema di programmazione e controllo sui rapporti interorganizzativi sia tra gli attori facenti parte del consorzio della SdS, che con riferimento al Terzo settore e alla società civile.

Dieci destinatari su undici hanno accettato di rispondere al questionario appena descritto. L'analisi dei dieci questionari compilati ha consentito di individuare i due casi che presentavano rispettivamente il punteggio maggiore e quello minore calcolati attraverso la somma dei punti dei giudizi forniti lungo la scala di Likert proposta. Successivamente, questi casi sono stati oggetto di specifico approfondimento per mezzo di interviste semi-strutturate ai rispettivi direttori, al fine di comprendere meglio le ragioni delle risposte da loro fornite.

3.3. L'analisi empirica: l'impatto della programmazione sulle relazioni interorganizzative

L'indagine empirica, come affermato nella parte metodologica, è stata realizzata mediante la somministrazione di un questionario formato da dodici affermazioni. In queste è stato ipotizzato un impatto positivo del sistema di programmazione e controllo sulle relazioni interorganizzative tra i soggetti partecipanti alla SdS (Asl e Comuni) e fra questi e gli altri attori coinvolti nel governo del *network* socio-sanitario. Gli intervistati, attraverso l'utilizzo della scala di Likert graduata in un punteggio da 1 a 5, hanno potuto esprimere il proprio accordo o disaccordo con il contenuto delle affermazioni.

In termini generali, gli intervistati si sono nella quasi totalità mostrati più in accordo che in disaccordo con le ipotesi contenute nelle diverse affermazioni. Infatti, sommando i punti forniti alle diverse affermazioni, nei 10 questionari compilati le varie SdS hanno totalizzato un punteggio che va da un minimo di 33 a un massimo di 49 punti sul totale di 60 disponibili (**tabella 2**).

In particolare, un solo intervistato è risultato essere leggermente più in disaccordo che in accordo con le affermazioni contenute nel questionario, rilevando un punteggio finale di 33 e una media delle risposte fornite di 2,75.

Con riferimento alle affermazioni riguardanti le attività di programmazione in ambito socio-sanitario (Affermazioni 1-7), dall'analisi della somma dei punteggi forniti dagli intervistati è stato possibile rilevare che la realizzazione del Pis ha soprattutto generato un aumento delle occasioni di incontro tra i soggetti coinvolti nelle attività delle SdS (Affermazione 2 – sommatoria delle risposte 43/50). Infatti, con l'affermazione in oggetto il 10% degli intervistati (**tabella 3**) ha manifestato un atteggiamento di neutralità (livello 3), il 50% è stato più in accordo che in disaccordo (livello 4) mentre il restante 40% si è mostrato in totale accordo.

È altrettanto importante ricordare che tale effetto, come suggerito da uno degli intervistati, almeno nella fase iniziale di sperimentazione della SdS potrebbe essere diretta conseguenza dell'obbligo normativo di redigere un documento complesso quale il Pis e non il frutto della volontà dei singoli soggetti a interagire.

Pertanto, nei *network* fra aziende pubbliche costituitisi a seguito di previsione normativa e non in modo completamente volontario, come nel caso in analisi, l'intervento di un soggetto esterno risulta essere importante per lo sviluppo di quelle attività di programmazione che altrimenti difficilmente verrebbero realizzate. Tutto ciò andrebbe a scapito del proficuo sviluppo delle relazioni interorganizzative tra i partecipanti al *network*.

A supporto di tale interpretazione è da rilevare che gli intervistati hanno manifestato un minor livello di condivisione con le affermazioni riguardanti gli impatti in termini operativi che la redazione del Pis avrebbe potuto produrre sulle relazioni interorganizzative tra i soggetti coinvolti nella programmazione socio-sanitaria.

Infatti, i direttori delle SdS si sono mostrati solo moderatamente in accordo con l'ipotesi secondo cui le occasioni di incontro per la redazione del Pis si siano trasformate in vera interazione tra i partecipanti alle stesse (Affermazione 1 – sommatoria delle risposte 36/50).

Gli effetti del Pis sono stati ritenuti ancor meno positivi laddove ci si riferisce alla fissazione di obiettivi condivisi (Affermazione 3 – media delle risposte 35/50).

Pertanto, la scarsa condivisione degli obiettivi in fase di programmazione ha successivamente generato maggiori difficoltà sia nell'individuazione dei rispettivi compiti da attribuire a ogni attore che l'adeguata programmazione di idonei strumenti di misurazione e controllo di quanto realizzato. In queste situazioni, i sistemi di programmazione hanno scarsa possibilità di contribuire all'incremento della motivazione tra gli attori del *network*. Nei diversi partner potrebbe insorgere il timore che alcuni di essi possano porre in essere dei comportamenti di tipo opportunistico non evidenziati da successive attività di controllo.

Il livello di accordo degli intervistati è ulteriormente diminuito relativamente agli effetti positivi che il processo di realizzazione del Pis avrebbe potuto produrre per la più chiara ripartizione di compiti e responsabilità tra i partecipanti al processo di programmazione dell'attività sociale, sanitaria e socio-sanitaria (Affermazione 4 – sommatoria delle risposte 32/50).

Gli intervistati hanno dimostrato analogia percezione con riferimento alla pos-

sibilità che la redazione del Pis potesse contribuire a rendere ancora più chiara l'operatività degli altri attori coinvolti nel processo di programmazione (Affermazione 5 – sommatoria delle risposte 32/50).

Pertanto, dalle risposte fornite al questionario è emerso un non elevato livello di accordo degli intervistati con gli ipotizzati positivi impatti dei sistemi di programmazione sulle relazioni interorganizzative. In particolare, è stato rilevato il modesto contributo dei sistemi di programmazione alla creazione di una «vera» interazione tra i soggetti partecipanti alla redazione del Pis, la successiva difficoltà di fissazione di obiettivi condivisi nonché la poca chiarezza sia nella ripartizione di compiti e responsabilità che nella comprensione dell'operatività dei vari attori. Come si evince dallo stralcio di intervista di seguito riportata, uno degli intervistati, ha spiegato ciò come una conseguenza dell'errata interpretazione, da parte di alcuni soggetti, del ruolo da svolgere nell'ambito del processo di programmazione dell'attività socio-sanitaria.

«La vera interazione e la condivisione tra gli attori coinvolti nel processo di redazione del Pis non è avvenuta a pieno poiché alcuni soggetti, in particolare le aziende del Terzo settore, avevano inteso il processo di redazione del Pis non come un momento di programmazione generale ma come un momento utile per la manifestazione delle proprie singole convinzioni e conseguenti richieste»

Pertanto, il processo di redazione del Pis non è stato considerato dai diversi attori coinvolti come un momento di condivisione di informazioni utili al processo di *problem-solving* sotteso al documento di programmazione dell'attività sanitaria, sociale e socio-sanitaria.

Quanto sin qui riportato non deve, comunque, lasciar pensare che il processo di redazione del Pis non abbia portato a un maggiore «avvicinamento» tra i diversi attori partecipanti al processo di programmazione delle attività sociali, sanitarie e socio-sanitarie. Infatti, tra tutte le affermazioni contenute nel questionario somministrato ai direttori delle SdS, il secondo maggior livello di accordo espresso dagli intervistati è stato rilevato con riferimento al contributo che la redazione

del Pis ha fornito nell'identificare soluzioni condivise alle problematiche della zona-distretto (Affermazione 6 – sommatoria delle risposte 40/50).

Infatti, l'80% degli intervistati ha manifestato un livello di condivisione uguale o maggiore a 4. Relativamente all'aspetto oggetto di discussione è, tuttavia, da rilevare che uno dei soggetti intervistati *de visu* ha rilevato, come riportato in seguito, che la redazione del Pis ha «avvicinato» i soggetti soprattutto a livello strategico mentre a livello operativo le azioni condivise sono state di più difficile individuazione.

«In termini strategici la condivisione per le soluzioni delle problematiche della zona-distretto è stata maggiormente possibile rispetto a quando queste linee strategiche dovevano essere convertite in attività operative da inserire in altri documenti come ad esempio il Poa»

Inoltre, in base alle risposte fornite all'affermazione 7 contenuta nel questionario, un ulteriore effetto positivo del processo di redazione del Pis è stato quello di aumentare il livello di fiducia tra i diversi attori che devono interagire per la programmazione delle attività sociali, sanitarie e socio-sanitarie (Affermazione 7 – sommatoria delle risposte 38/50). Infatti, il 70% degli intervistati ha espresso, relativamente al rapporto ipotizzato tra redazione del Pis e incremento del livello di fiducia tra gli attori, un livello di accordo uguale o superiore a 4. Diverse possono essere le ragioni utili per poter spiegare tale effetto. Come riferito da uno degli intervistati, il principale contributo alla creazione della fiducia potrebbe esser derivato sia dai processi di condivisione delle conoscenze che dall'adozione di una visione sistemica; entrambi elementi necessari per l'efficace ed efficiente programmazione delle attività sociali, sanitarie e socio-sanitarie.

«La redazione del Pis ha generato una maggiore fiducia tra Asl e Comuni poiché vi è stata una maggiore condivisione di conoscenze. Ad esempio, i Comuni hanno maggiormente compreso le problematiche prettamente sanitarie e ciò ha portato loro a ridurre le loro richieste perché maggiormente consapevoli di problematiche che precedentemente poco consideravano. Inoltre, il Pis ha contribuito a

produrre nei diversi soggetti partecipanti al processo di redazione una visione di sistema che prima era mancante e ciò ha reso maggiormente disponibili tutti a cooperare per finalità di sistema e non individuali»

3.4. L'analisi empirica: l'impatto del controllo sulle relazioni interorganizzative

L'indagine empirica ha indagato anche l'impatto che le attività di controllo possono avere sulle relazioni interorganizzative tra i diversi attori sia costituenti la SdS (Comuni e Asl) che esterni a essa (Terzo settore e società civile).

La prima affermazione, sottoposta ai dieci soggetti intervistati, ha cercato di evidenziare se la redazione del Pis, relativamente alle attività da svolgersi in modo integrato tra Asl, Comuni, rappresentanti del Terzo settore e della società civile, abbia contribuito a una definizione condivisa di indicatori di performance cui riferirsi nelle attività di controllo.

Le dieci risposte ricevute non hanno mai assunto le posizioni estreme. Il 40% delle risposte si è concentrato sul livello 4 della scala di valori utilizzabili e il restante 60% si è pariteticamente suddiviso tra i livelli 3 e 2. Ne deriva un quadro solo leggermente favorevole all'affermazione proposta e interpretabile come la percezione di una certa capacità del Pis di consentire la predisposizione condivisa di indicatori di performance sulle attività da realizzarsi da parte dei diversi attori sia interni (Asl e Comuni) che esterni alla SdS (Terzo settore e altri) (Affermazione 8 – sommatoria delle risposte 31/50).

L'affermazione successiva ha per oggetto il contributo dell'adozione del Pis sulla produzione e sullo scambio di informazioni utili ai fini del controllo della realizzazione delle attività tra i diversi attori coinvolti nelle attività sociali, sanitarie e socio-sanitarie.

Le risposte evidenziano che ben il 40% degli intervistati si trova totalmente d'accordo ad affermare che grazie al Pis si sono rese disponibili più informazioni utili al monitoraggio in itinere delle performance. Il 30% delle risposte si è posizionato sul livello intermedio della scala mentre un 20% è abbastanza, ma non totalmente in disaccordo con quanto affermato, scegliendo il livello 2. Il 50% delle risposte si posiziona, invece,

sui due livelli a più alto punteggio evidenziando una percezione relativamente forte dell'utilità dell'adozione del Pis anche ai fini del controllo in itinere sulle attività realizzate dai diversi soggetti (Affermazione 9 – sommatoria delle risposte 37/50).

L'utilità dell'esistenza di una programmazione congiunta per la realizzazione di analisi condivise del raggiungimento degli obiettivi tra gli attori coinvolti è stata posta al giudizio degli intervistati. Delle risposte fornite la maggioranza (60%) si è situata sui livelli della scala con i punteggi più elevati (4 e 5 punti). Due dei direttori delle SdS intervistati risultano completamente in accordo con l'affermazione loro sottoposta, mentre altri quattro esprimono un'opinione riferibile al livello 4. Soltanto in un caso il rispondente si mostra in disaccordo con quanto presentato nell'affermazione da giudicare, sebbene con un punteggio di 2 punti lungo la scala proposta. Ancora una volta dall'analisi delle risposte emerge un quadro di favore per la programmazione integrata, perché ritenuta in grado di consentire la realizzazione di analisi congiunte tra gli attori sul livello di raggiungimento degli obiettivi fissati (Affermazione 10 – sommatoria delle risposte 37/50).

Un'ulteriore affermazione contenuta nel questionario ha avuto l'obiettivo di comprendere se il confronto sul raggiungimento degli obiettivi fissati in fase di programmazione risulta successivamente utile per l'individuazione di soluzioni condivise alle problematiche della zona-distretto. Il 50% delle risposte si è posizionato sul livello medio della scala, non mostrando né un totale accordo né un totale disaccordo da parte degli intervistati (Affermazione 11 – sommatoria delle risposte 36/50). Il restante 50%, tuttavia, ha occupato soltanto il livello 4 (40%) e 5 (10%) della scala. Nessuno degli intervistati ha ritenuto di affermare che l'attività di controllo, realizzata come descritto in precedenza, non risulti poi utile per la risoluzione delle problematiche del territorio.

L'ultima affermazione sottoposta al giudizio dei dieci Direttori ha riguardato l'incremento della fiducia tra i diversi attori (sia interni che esterni alla SdS) derivante dal confronto sul grado di raggiungimento degli obiettivi. Ancora una volta le risposte fornite dagli intervistati evidenziano l'assenza di posizioni estreme

sia in accordo che in disaccordo rispetto all'affermazione proposta (Affermazione 12 – sommatoria delle risposte 36/50). Il 40% dei rispondenti si pone nella posizione intermedia, mentre il restante 60% risulta abbastanza in accordo, avendo scelto il livello 4 della scala di Likert. Pertanto, come evidenziato per le attività di programmazione anche quelle di controllo sono ritenute dagli intervistati utili per sviluppare un maggior livello di fiducia tra i diversi soggetti partecipanti alla programmazione e alla realizzazione delle attività sociali, sanitarie e socio-sanitarie.

«Il confronto sui risultati effettivamente conseguiti rende più visibile l'azione e le responsabilità di ognuno e ciò porta i singoli attori a ragionare maggiormente in modo cooperativo con gli altri partecipanti alla SdS»

Sebbene d'accordo sull'importanza dell'attività di programmazione e controllo nello sviluppare la fiducia tra i soggetti coinvolti nella SdS, per il perseguimento di tal fine l'altro soggetto intervistato ha ritenuto, nel settore pubblico e quindi anche in quello socio-sanitario, le attività di controllo maggiormente importanti e funzionali rispetto a quelle della programmazione. Queste ultime, infatti, sono spesso sentite come il perpetuarsi di comportamenti di tipo adempimentale. Rispetto a ciò, solo la realizzazione delle attività di controllo e l'effettiva constatazione del contributo di ogni soggetto alla realizzazione di quanto programmato può effettivamente attivare un processo di costruzione della fiducia.

«La programmazione serve a creare l'amalgama tra i partecipanti alla realizzazione del Pis. Però, io la fiducia l'acquisisco solo quando quel progetto previsto nel Pis è stato effettivamente realizzato. Alla programmazione nel nostro ambiente ci si avvicina con atteggiamento pessimista. Quindi, ognuno aumenta la propria fiducia negli altri attori quando questi ultimi hanno realizzato quanto promesso. In questo senso l'attività di controllo da parte della SdS diventa fondamentale. Questo, ad esempio, è per noi accaduto quando la SdS ha direttamente controllato, mediante la somministrazione sia agli studenti che ai genitori di un questionario nelle scuole della zona, la

realizzazione di un programma sul disagio giovanile contenuto nel Pis»

Nello stralcio di intervista appena riportato, le attività di controllo hanno reso possibile il realizzarsi del processo di *accountability* non solo nei confronti dei soggetti coinvolti nella SdS ma anche verso coloro che sono destinatari dei programmi contenuti nel Pis. In tal modo, sono evidenziati sia i compiti e le responsabilità dei diversi attori che i risultati complessivamente conseguiti; tale circostanza ha costituito una forte motivazione al cambiamento dell'approccio alla programmazione da parte dei diversi attori partecipanti.

In tutte le risposte alle affermazioni inerenti alla fase del controllo gli intervistati non si sono mai mostrati in completo disaccordo. Anche il livello 2 di (dis)accordo ha trovato scarso utilizzo, in quanto è stato usato soltanto per il 10% dei casi possibili. Le risposte sul controllo si sono, pertanto, posizionate sul livello intermedio ma soprattutto su quello immediatamente successivo, il livello 4. In alcuni casi non sono mancati giudizi ancora più favorevoli sulle affermazioni proposte al giudizio, evidenziando un quadro complessivo di relativa soddisfazione degli effetti derivanti dall'utilizzo di strumentazioni di controllo integrate sui rapporti interorganizzativi.

4. Conclusioni

La Regione Toscana al fine di promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nonché la programmazione integrata dei servizi sanitari territoriali, sociali e socio-sanitari ha previsto la possibilità, per la zona-distretto, di costituire una SdS, alla quale è stata affidata, almeno nella fase di sperimentazione, la realizzazione della programmazione integrata delle attività sociali, sanitarie e socio-sanitarie mediante la redazione del Pis. La predisposizione di questo documento nonché le conseguenti attività di controllo dovrebbero contribuire, sia in termini motivazionali che di coordinamento, al miglioramento delle relazioni interorganizzative tra i diversi soggetti partecipanti alla programmazione e realizzazione dell'attività socio-sanitaria di una zona-distretto.

L'indagine empirica realizzata ha nel suo complesso confermato tale positivo

contributo ma ha anche evidenziato alcune criticità legate sia alla fase transitoria di sperimentazione vissuta dalla SdS nel periodo indagato che alle peculiarità dei *network* tra aziende pubbliche rispetto a quelli tra privati.

La redazione del Pis ha principalmente prodotto un incremento nel numero degli incontri fra i Comuni, l'Asl, il Terzo settore e la società civile. Il numero degli incontri non sembra però essersi sempre trasformato in vera interazione tra gli attori del *network* socio-sanitario. Infatti, gli intervistati non hanno condiviso in modo pieno il contributo che il Pis, si è ipotizzato, dovesse apportare alla definizione condivisa di obiettivi, compiti e responsabilità tra i diversi attori coinvolti nella programmazione delle attività socio-sanitarie.

Pertanto, coerentemente a quanto previsto per i *network* pubblici nati non volontariamente ma a seguito di previsione normativa anche nel caso oggetto di analisi l'interazione generata tra i diversi attori è frutto dell'adozione di comportamenti di tipo adempimentale piuttosto che la risultante dell'effettiva volontà degli stessi di collaborare. Tutto ciò ha conseguentemente affievolito i positivi effetti che la redazione del Pis avrebbe potuto generare sull'individuazione di obiettivi condivisi, sull'identificazione dei compiti e delle responsabilità dei diversi attori coinvolti nella programmazione e realizzazione delle attività socio-sanitarie. Tale situazione è stata dagli intervistati *de visu* giustificata o dal carattere sperimentale del nuovo modello organizzativo della SdS e/o dall'incertezza mostrata, in alcuni casi, dal legislatore regionale sul futuro della SdS. Ciò non deve comunque portare a considerare in modo negativo il contributo del Pis allo sviluppo delle relazioni interorganizzative tra gli attori del *network*. Infatti, gli intervistati hanno evidenziato che la redazione del Pis ha contribuito maggiormente alla creazione di un elemento fondamentale allo sviluppo delle relazioni interorganizzative, vale a dire la fiducia tra gli attori del *network*.

Infatti, è stato rilevato che la redazione del Pis ha fortemente contribuito allo scambio di informazioni e conoscenze tra gli attori, tanto da sviluppare in ognuno di loro una visione di sistema nei processi di *problem-solving* sottesi a qualsiasi attività di programmazione. Infine, relativamente alla programmazione, è da notare che nel *network* socio-sanitario, diversamente da quanto riscontrato in letteratura (si vedano Bolland e Wilson, 1994), la condivisione è stata maggiormente raggiunta sulle linee strategiche da perseguire, cioè sulla definizione dell'agenda del *network*, piuttosto che sugli aspetti maggiormente operativi delle attività socio-sanitarie.

Relativamente alle attività di controllo, gli intervistati, pur non essendo pienamente in accordo con quanto ipotizzato, hanno maggiormente apprezzato il contributo che queste dovrebbero fornire allo sviluppo delle relazioni interorganizzative rispetto alle attività di programmazione. Infatti, in ambito pubblico, queste ultime sono talvolta ancora percepite come adempimenti di carattere burocratico e obbligatorio. Pertanto, laddove realizzate, in modo efficace ed efficiente, le attività di controllo sono risultate essere maggiormente in grado di facilitare l'individuazione di soluzioni condivise e di condurre all'aumento della fiducia tra gli attori del *network* socio-sanitario mediante l'effettuazione di un confronto sul grado di raggiungimento dei risultati.

In sintesi, i sistemi di programmazione e controllo hanno, nella fase di sperimentazione della SdS, contribuito allo sviluppo delle relazioni interorganizzative tra gli attori coinvolti nella programmazione e realizzazione delle attività socio-sanitarie. Tale contributo si è però maggiormente concretizzato, tra i diversi attori del *network*, nell'aumento del numero di incontri e nella creazione di un fattore propedeutico allo sviluppo delle relazioni interorganizzative, vale a dire la fiducia, piuttosto che nell'effettiva cooperazione operativa. Il pieno dispiegarsi degli impatti dei

sistemi di programmazione e controllo richiede sia tempi più lunghi del triennio analizzato in questo studio che l'esistenza di condizioni maggiormente stabili rispetto a quelle esistenti in una fase di sperimentazione. Pertanto, al fine di superare i limiti del presente lavoro, future ricerche potrebbero approfondire gli aspetti in esso trattati su un arco temporale maggiore, in modo da analizzare più cicli di programmazione consecutivi, e soprattutto in un ambiente maggiormente stabile dal punto di vista istituzionale. Inoltre, la percezione del Pis quale strumento a supporto delle relazioni interorganizzative potrebbe essere analizzata intervistando anche soggetti esterni alla SdS, ad esempio le aziende *for profit* e *not for profit* che partecipano alla programmazione e alla realizzazione delle attività socio-sanitarie. In tal modo sarebbe possibile analizzare sia gli attori sia i processi attraverso i quali i sistemi di programmazione e controllo contribuiscono al cambiamento culturale e comportamentale delle aziende pubbliche e private partecipanti in modo diverso a un *network* socio-sanitario che i fattori facilitanti e/o ostativi a tale cambiamento.

Note

1. In tema di strumenti di programmazione e controllo delle relazioni interorganizzative fra imprese, fra i vari contributi, si vedano Birnberg (1998), Groot-Merchant (2000), Van der Meer Kooistra, Vosselman (2000), Tomkins (2001), Dekker (2004, 2005 e 2008), Cooper, Slagmulder (2004), Håkansson, Lind (2004), Coad, Cullen (2006), Kajüter, Kumala (2005) e Mahama (2006).
2. Delibera del Consiglio regionale della Toscana n. 155 del 24 Settembre 2003.
3. Per un approfondimento sulle differenze esistenti tra le *partnership* pubblico-pubblico e quelle pubblico-private e con i *network* in genere si veda in modo approfondito Barretta (2008).
4. Cfr. Strumenti di lavoro per l'avvio dei Piani integrati di salute, a cura del Gruppo di Lavoro Interistituzionale della Regione Toscana: Agenzia regionale di sanità, Giunta regionale, Società della Salute e Comuni.

Public-private partnerships in health and «pilot experiences». An empirical analysis

ANTONELLO ZANGRANDI, DARIO BUTERA

This paper aims at investigating the phenomenon of public-private partnerships in healthcare, analyzing the most relevant issues with a view to understanding the effectiveness of these tools in relation to their purposes, the conditions affecting results, the limitations and opportunities that characterize them. In order to provide a better understanding of the subject of research, it has been deemed appropriate to analyze some practical experiences of public-private partnerships, and specifically the initiatives carried out in Lombardy which, for size and features, seem to represent an interesting sample for the purposes of the study.

Keywords: Public-Private Partnership
Parole chiave: collaborazioni pubblico-privato

Authors

Antonello Zangrandi, Full Professor of Public Administration Management, University of Parma
Dario Butera, PhD in Public Administration Management, University of Parma

1. Public-private partnerships

The issue of the relations between public and private organizations has always been a relevant one in economic systems, particularly in the last twenty years when a number of privatization and liberalization processes have been taking place in many sectors in various Countries.

While the phenomenon has by now become the object of wide interest and appears to be evolving steadily, economic theory and literature have turned their attention to it only recently, especially with regard to a specific type of the manifold relations between public and private organizations, that is public-private partnerships.

The evolution of the context of reference with all the constraints and opportunities it brings about, has led both public and private organizations from every sector to cross their boundaries¹ and to establish a series of relations of a competitive kind, but also of a collaborative kind.

This context clearly shows all the limitations of the traditional view, based on the juxtaposition of public and private sector. Enterprise system and public assistance system, market and State, business and government have frequently been opposing and antithetical concepts. This has been holding true both in terms of theoretical elaboration, which has witnessed somewhat of a divarication, and in terms of practical action, as the intensification of public intervention has meant a reduction in the operational space of business and vice versa (Borgonovi, 1991).

It has been observed that «whether it is capitalism versus communism, privatization versus nationalization, or the markets of

INDEX

1. Public-private partnerships
2. Public-private partnerships in Health
3. An interpretation model of public-private partnerships
4. Empirical research: pilot experiences in the Region of Lombardy
5. Conclusions

business versus the controls of government, the arguments have always pitted private, independent forces against public, collective ones. It is time we recognized how limited that dichotomy really is» (Mintzberg, 1996).

Public-private partnerships represent a means by which a public entity and a private entity each strive for the achievement of their own institutional aims and for the fulfilment of their own interests, when these are convergent, through specific agreements and contractual forms.

No universally accepted definition of public-private partnership can be found in the literature, however a number of meanings can be found with a wide range of nuances which are often strongly differentiated (Venkat Raman, Björkman, 2009), as in the following examples:

- a working relationship characterized by a shared sense of purpose, mutual respect and the willingness to negotiate (Lister, 2000);

- a collaboration of varying duration between public entities and private companies to jointly develop products and services and share the risks, costs and resources relating to these products and services (Van Ham, Koppenjam, 2001);

- a dynamic relationship among diverse actors, based on mutually agreed objectives, pursued through a shared understanding of the most rational division of labour based on the respective comparative advantage of each partner (Brinkerhoff, 2002);

- a collaborative venture between two or more organizations that pool resources in pursuit of common objectives (Gill, 2003);

- a true partnership requires shared objectives, shared risks, shared investments, and shared rewards (Annigeri *et al.*, 2004);

- a form of agreement that entails reciprocal obligations and mutual accountability, voluntary or contractual relationships, the sharing of investment and risks, and joint responsibility for design and execution (World Economic Forum, 2005);

- any form of enterprise or joint venture between public and private entities for the achievement of common objectives. The sharing of common objectives may sometimes prove not be a sufficient condition because partners may have different opinions and interests (Wang, 2000);

and also, with specific reference to the health sector

- a means to bring together a set of actors for the common goal of improving the health of a population based on mutually agreed roles and principles (WHO, 1999).

Nonetheless, if on the one hand a host of heterogeneous definitions can be found in the literature that strive to encompass many of the different ways through which a public and a private entity may establish a relationship, on the other hand the above-mentioned quotations show some consensus at least on the various aspects characterizing public-private partnerships.

They can, therefore, be considered as relationships founded on a convergence of interests and geared towards the achievement of joint economic and noneconomic objectives, from which each single partner indirectly draws some benefits (Borgonovi, Marsilio, Musi, 2006).

The prerequisite for the success of these relationships is a significant involvement of the partners, that occurs through the contribution and exchange of human resources, distinctive competences, financial and technological resources, managerial and entrepreneurial skills.

In general, factors such as the internationalization of competition following market globalization, the steady growth of needs, and the need for the necessary competences and professionals to meet those growing needs, the growing necessity to curb public spending as a consequence of constraints on public debt and on the increase of operating expenditure, have resulted in the spreading of Public Private Partnerships (PPP) across many Countries.

In particular, public-private partnerships have proved to be an important tool of public policy in several Countries since the early Nineties, and they have been tested in various contexts and sectors previously characterized by the presence of public actors only (e.g. transport, health, education, infrastructures, etc.), thus proposing themselves as an alternative solution to complete privatization that allows the public nature of the service delivered by public entities to be saved on one hand and, on the other, leads to recover-

ing the efficiency, efficacy and economic viability of public action as a result of the synergies implemented through the involvement of private entities.

In the international arena, there are several examples of these experiences that have been carried through with varying levels of success. In the United Kingdom, public-private partnerships have been a pivotal reference in developing the stakeholder society of the Labour government and an essential tool for implementing significant social policies, such as the requalification of urban areas and the fight against youth unemployment (Falconer, Ross, 1998). In Hungary, a prime example of the several instances in which the purpose of public-private partnerships is to promote the development of emerging Countries,² they have been taken into consideration as a means to improve the provision of public services in order to meet social needs and to develop civil society after the collapse of communist regimes (Osborne, Kaposvari, 1997). Within the development policies of EU Member Countries, public-private partnerships have been viewed as a supplementary public policy tool which is essential to fight against various forms of social exclusion and to strengthen the development of local communities (Jones, 1998). In the United States they are the core of the initiatives launched by various governments to support local communities (Aspen Institute, 1997).

The issue thus takes on international relevance. In Italy, too, the phenomenon now appears to be evolving, and the health sector has proven to be the most active sector in this process. There are many experiences underway in the health sector, and the conditions underpinning their success are quite different. They will be discussed in depth by this paper, which will be focusing specifically on analyzing «pilot experiences», a specific form of implementation of public-private partnerships in health.

2. Public-private-partnerships in health

Factors such as the financial constraints of the public sector, the steady growth of the health needs of populations, the ensuing need for increasingly evolved competences to meet these needs effectively, and the

growing attention being paid to issues like equity, efficiency and quality of services, have helped in disseminating public-private partnerships in the health sector. Another issue to consider is also the noticeable impact of the health care expenditure weighing directly on low-income populations in several Countries.³ With particular reference to this issue, an interesting datum is given by the fact that many governments have decided to opt for public-private partnerships starting from the assumption that partnering with the private sector could lead to improving the quality and efficiency of healthcare services and, in some cases, to increasing their accessibility – without however any strong supporting evidence in these specific contexts – and with the ultimate goal of achieving these results without weighing heavily on government budgets (Hodge, Greve, 2007).

In OECD Countries, public-private partnerships in the health sector can now be considered as a widespread experience. In particular, in the first phase of their dissemination, a public entity's involvement with private companies would concern noncore services (such as catering, laundry, house-keeping, etc.), while in a later phase partnerships have been increasingly encompassing core services too, in other words healthcare services themselves (England, 2004). The experiences carried through in these Countries show how public-private partnerships are potentially effective tools for obtaining benefits in terms of cost containment, productivity increase and quality improvement, for transferring financial risks, for improving access to services, and for pursuing technological and managerial innovation, thus allowing governments to focus attention on their priority responsibilities (Liu *et al.*, 2004).

There are numerous and diverse legal and management forms through which public-private partnerships have been implemented in health care.⁴ The most widespread, however, especially when considerable investments are made for building infrastructures (even though it should not be understood as a tool for financing infrastructures only, but also for service provision) is the Private Finance Initiative (PFI). Overall, it is a tool based on the feasibility of a given project and on its propensity to reward the debt made

through operating proceeds, rather than on an economic-financial assessment of the borrowing entity.

In OECD Countries, PFI experiences have been running for quite some time now, especially in Great Britain, one of the first countries to use this tool.

In Italy, the encounter between public and private sectors in health seems to be heading towards a phase of greater dissemination following a preliminary phase characterized by some slowness, probably due to still unclear and undefined regulations on the matter.

With specific reference to the Italian context, several factors such as the modernization process of Public Sector, the learning effect due to the large number of successful experiences of public-private partnership developed by local governments,⁵ and also the reorganization of Local Health Authorities into Hospital NHS Trusts and Strategic Health Authorities following the enforcement of legislative decree no. 502/92, have been the most influential driving forces that have led to reconsidering the role of private for-profit and not-for-profit organizations within the health care system, thereby evaluating their growing collaborative involvement with public healthcare organizations.

With regard to the last factor mentioned above, it can be observed how, before the 1992 reform, Local Health Authorities were entities characterized by a strong internal concentration of a high number of heterogeneous activities carried out for the protection of health. This made them basically self-sufficient institutions with little ability to interact with other actors in their environment of reference. In this context, the relationships with private organizations would be limited to relations of pure exchange, mainly geared towards getting inputs. Following the health system reforms of the Nineties, there has been a trend towards institutional specialization with a consequent reduction in the self-sufficiency of healthcare organizations, which basically pushed the relationships between public health organizations and other (public and private) organizations towards taking on a new shape.

The set of factors highlighted above, together with the possibilities offered by the new legislation, has determined a shift in the boundaries of the economic space oc-

cupied by public healthcare organizations, the broadness of which is now dependent on the intensity (quantity and quality) of the relationships that organizations are urged to enter into (Cavalieri, 1999).

The decrees which the reform of the Nineties is based upon (legislative decrees 502/92; 517/93; 229/99) were aimed at recovering efficiency and efficacy in the health sector, and have actually determined an expansion of the strategic space available to health managers, with the consequent, significant development of public-private partnerships.

In Italy, too, as previously observed about the other OECD Countries, the partnership between public health organizations and private organizations was initially focused on services and functions which are not essential health care services for public health organizations. The emphasis here is on so-called «outsourcing», that has concerned – especially at the very beginning – noncore services and – in more recent years – has also been affecting more relevant services for the achievement of institutional aims (e.g. nursing services). In this phase, in particular, the need has prevailed of looking for higher levels of efficiency by assigning to a third party the task of carrying out certain steps in the production process, which used to be carried out by the public entity internally, with a view to cost containment to allow the health activity to focus only on strategic activities.

The growing demand for high quality health services has gradually led public health organizations to reconsider the role of private entities within the context of reference. A new role is thus being outlined for private entities, that are no longer just counterparts from which inputs are acquired or which noncore services are handed over to, but actors with which public health organizations can collaborate in a broader sense for the achievement of their institutional aims, including the performance of health activities.

In the Italian context, therefore, public-private partnerships in the health sector can be considered as the result of a process that has chiefly favoured efficiency goals in its initial phase (occurring at the same time as the reforms of the Nineties), and then has also shifted attention towards goals of greater efficacy, de facto involving private enti-

ties on a larger scale with a view to creating synergies. A public health organization's involvement with private organizations has thus shifted from a transactional approach, i.e. limited to the provision of services more or less belonging to core activities, to an approach based on an increasingly structured, durable, and pervading relationship that may even concern the performance of the very core activity of inpatient admission and care. Under this perspective, the goal to be achieved through partnership is no longer greater efficiency as a result of cost containment only, but also an enhancement of the quality of the services delivered to patients through the private entity's contribution of specialized-professional know-how, as well as managerial know-how.

The numerous and profound transformations that have changed the shape of the Italian health system over the last fifteen years, have made it possible, among other things, to introduce and adopt innovative organizational and management models geared towards pursuing efficacy and efficiency goals in the health system through the partnership between public health organizations and private organizations.

Against this backdrop, a significant role is played by a specific tool, that has been introduced into the Italian system by some law provisions allowing healthcare organizations to experiment with new forms of service management «even by way of derogation from current law», with a view to improving the efficiency of the health system.

These are the so-called «pilot experiences», an institution introduced by law no. 412 of 30-12-1991 (art. 4), the intent of which is to respond to the need of fostering the relationship between public health organizations and private (for-profit and not-for-profit) organizations with a view to the adoption of innovative organizational and management models geared towards the achievement of higher levels of efficiency.

The law does not provide for any specific definition of «pilot experience» and, above all, does not provide for how these initiatives should be carried out. This has led, in last few years, to several other interventions made by the legislature,⁶ as the all too generic formulation of the law may have hindered a large dissemination of partnership

experiences, at least in the first few years. However, it is worth emphasizing the significant innovation brought about by the reform, through which the legislature intended to overcome the structural stiffness of the health system by providing the possibility of using new management models. Today, the jurisdiction over pilot experiences lies with the Regions, that can adopt their own regulations, obviously in compliance with current national law.

The observations made so far, clearly underscore the innovative scope of this tool, which – albeit through a rather tortuous route – was meant to facilitate the use of innovative management models geared towards mitigating the stiffness of the health system and improving its conditions of efficacy and efficiency.

The following pages illustrate the results of a research study that set itself the goal of highlighting the aspects characterizing public-private partnerships in the health sector, with specific reference to pilot experiences, and the conditions having the greatest impact on the outcomes of such initiatives. In order to give more validity to the study, the pilot experiences implemented in the Region of Lombardy have been analyzed, that shows all the features of a significant observation ground in the light of the numerous and diverse initiatives launched in this regard.

3. An interpretation model of public-private partnerships

An analysis of public-private partnerships, and consequently of pilot experiences that are discussed further on, can be based on a reference framework comprised of the following three variables:

- aims and goals;
- risk and contractual arrangements;
- governance.

The financial dimensions (both in terms of equity and of annual costs and revenues) complete an understanding of the phenomenon.

From a general standpoint, the model enables the definition of the various types of pilot experiences, differentiating them on the basis of the characteristics and expectations

of the actors implementing them. In other words, the identification of the pilot with the three variables described leads to outlining its characteristics and specific management features.

The choice of the three variables is logically associated with:

1) finalism, or rather the motivations that public and private entities have in common, that is the area of common interest that determines the implementation of the pilot experience;

2) the assumption of the risks and benefits stemming from new management;

3) the forms of governance of the pilot experience. This is a major issue, considering that interests may change over time, the environment evolves, and finalism can also change.

As a matter of fact, the aspects that mostly characterize pilot experiences,⁷ are related to opportunities for development and for actual experimentation with innovation. The element at the basis of these initiatives is undoubtedly the search for new modes of management leading to the attainment of specific goals.

In a few years it may be possible to identify an *ex post* rationalization of this important phenomenon as a whole, that has witnessed the implementation of numerous experiences in Italy and, above all, has stirred up debate, has led to investigating into different themes and to developing action plans, albeit not always actually implemented.

A possible reflection on this phenomenon and on what it has brought about, should probably be linked to more complex paradigms and to a very rigid Italian institutional arena.

Along this line of thought, it should be recalled that the organizational forms of the national health service have always been very well defined by the law: local health authorities, independent hospitals, hospital NHS trusts, strategic health authorities, etc. Against this backdrop, the role of private entities, whether they be for profit or not for profit, had to be related directly to the area of arrangements to provide services under the NHS, then of institutional accreditation with

the RHS and now, in some Regions, of contracting out.

With regard to the forms defined by the legislation, there are only very few exceptions, oftentimes also somehow identified by the law, such as the so-called classified hospitals or the experiences of the Galliera hospital (national, tertiary referral hospital) and of the Gaslini hospital (Research Hospital) of Genoa. As a matter of fact, the experience of public research hospitals has a rigid collocation in the public framework and has undergone a slower reform process than that of other public health organizations.

With regard to private organizations, the legal forms identified by the civil code are diverse and manifold (corporations, foundations, associations, social cooperatives, consortia, etc.). This wealth of models is available to private actors to meet the most diverse needs: institutional issues, related to specific historical phases, possibility to agree upon the line of action, etc.

Pilot experiences should have brought about, and they have actually brought about new actors capable of adapting action modes and convergent interests on the basis of new, not rigidly public models. Therefore, it is this search for managerial and organizational innovation capable of attracting the private sector, that represents the real ground for reflection to set off from.

Pilot experiences thus pursue the goal of modifying the rigid forms of the structures of the national health service (initially) and the regional health service (in a second phase, starting from 2001) while seeking out the forms that best allow the desired results to be determined. In summary, attention is focused on the finalism-organization relationship, thereby overturning the widespread idea of organization-aims existing in the national and regional health service.

Aims and goals

With regard to this issue, it should be considered that the aims and expediency criteria characterizing pilot experiences are not only the ones traditionally pinpointed, that are investments, organizational and managerial skills of private entities, but are also to be related to the flexibility of the system and to the associated organizational and institution-

al learning, although this whole issue will be discussed further on.

Overall, the specific aims that inspire pilot experiences can be identified as follows:

– *aims related to the realization of investments, in the absence of adequate financing*: this aim has characterized several experiences for many years, for instance before the legislation developed on the issue of project financing. Service management is handed over to an entity that also makes the necessary investments. Numerous alternative tools to pilot experiences have been developed over the last few years in order to meet this need which, however, appears to be a significant one within the national health service;

– *aims related to the qualification or re-qualification of management* (new service or service re-launch accompanied by new investments): in this case, the aim is to innovate the service profile, by making a formerly inexistent service available to the population or by improving or re-launching an already existing service. A managing entity with specific managerial competences is handed over the implementation of this intervention, including technical, organizational and managerial competences as well as investment financing, if any. In this case, the managerial competence of a third party capable of operating in the desired direction, is extremely relevant;

– *aims related to technological innovation*: in this case, the substantial ground for pilot experiences lies in the management of specific technologies, that are obviously also financed. The goal, therefore, is not only to allow a public health organization to use a given technology through the economic-financial contribution of a private entity, but also to be able to merge the specialized and professional competences of both actors with a view to effective technology utilization.

These aims have been met also through other forms, such as outsourcing, the accreditation of new facilities, etc. These instances are not called pilot experiences, but rather different forms of private engagement.

Another criterion for understanding the importance of pilot experiences is related to the impact of the service delivered on the supply system. Roughly speaking, it can be

assumed that a pilot experience produces a formerly inexistent service or, on the contrary, continues to produce an already existing service in the community. In the first instance there is some real service innovation, whereas in the second instance there is an innovation in service management. This distinction is very useful for understanding the impact at a local level: a new service means entering a new network, developing the supply to meet a specific need, probably entering into competition with other services delivered in other communities or with substitute services. In the latter instance, management takes over an already existing situation for its re-qualification, however with an already identified target and with potential management continuity.

Risk and contractual arrangements

A strongly characterizing element of pilot experiences is associated with risk. Risk concerns manifold aspects (economic risk, service quality, credibility) that are worth considering separately.

Economic risk is direct co-accountability of both the public health organization and the private entity for the results attained by the newly created entity. This risk is directly related to the results to be found in the income statement of the pilot experience and concerns both profits and losses. How this risk is shared between public entities and private entities is a critical issue of all public-private partnerships.

It seems relevant to draw a distinction between accountability stemming directly from legal status and accountability stemming from other forms of risk «transfer» implemented through other methods such as memorandums of understanding or other contractual arrangements.

This is a pivotal issue for pilot experiences. The existence of considerable economic risk for the public entity, therefore the public entity as an entrepreneur, would seem to be an element that, albeit interesting to evaluate as a whole, is hard to understand under the profile of the policies to be pursued through pilot experiences.

The purpose of partnering with a private entity is to use the capacities made available to achieve set goals. If these capacities do

not allow the purposes to be achieved, there is an issue in terms of either design or implementation. If it is a design issue, the responsibility for this lies with the public entity. If, in the contrary, it is an implementation issue, the responsibility lies with the entity in charge of management.

A second type of risk is related to *the quality of service delivery* that is likely to also translate into economic risk in the long term, however not necessarily in an explicit and direct manner. Obviously, this risk is more complex to evaluate *ex ante*, but not necessarily less problematic than economic risk. Quality-related risk translates into service delivery which is not up to expectations, and/or into inadequate service levels to meet needs which in turn either requires other health services (duplication) or creates user dissatisfaction.

Finally, the *credibility risk*, which is hard to evaluate, is the ability to provide adequate and innovative responses to needs, it is the ability to design. Therefore, credibility is the ability to generate consensus around projects, a consensus which is confirmed by the positive results achieved not only under an economic profile but also under the profile of service quality and appropriateness of project design responses. A consequence of negative results would require the public organization to redesign delivery processes and responses to needs.

Governance

The legal framework of pilots highlights their specific governance. Additional aspects are then identified through pacts and contracts of various kind and nature.

With regard to governance, there are two highly relevant issues: on the one hand, the role of public organizations in the key decision-making processes of the pilot experience and, on the other, the processes for selecting managers.

The solutions adopted by the pilots are undoubtedly as diverse as their oversight and assessment processes.

Overall, a wide range of solutions have been adopted in Italy, which reflects the ability of each context to develop a major prospect that can highlight strong attention to feasibility and oversight.

A common approach may be summarized as follows: reducing risk; ensuring strong direction through strategic accountability (to be ensured to the public); letting the managing entity free to best operate.

This simple schema is implemented through a variety of legal formulas and memorandums of understanding. The seemingly most relevant issue to be drawn attention to is the key role of regional planning, that is the ability to identify the goals that pilot experiences should be systematically directed towards and assessed against.

A typical characteristic of some of the legal forms developed is to avoid an actual and thorough call for tenders, thus creating not only opportunities but also some complexity.⁸ Opportunities are related to the process for selecting a partner, which is not conditioned by any legal and/or procedural constraints, whereas complexity lies in operating within an institutional setting which is not consistent with public law.

An additional, particularly critical issue concerns the room for action,⁹ which should allow the private entity to build a durable technical and economic solution.

From this standpoint, a somewhat contrasting situation occurs – on the one hand, the private entity is asked to join project design which is mainly public in scope and, on the other, the private entity is also asked to contribute its own project design. This contrasting alternative can be partly mitigated through two different options – on the one hand, developing a sufficiently free partnering project, in which the private entity can perform its own specific action by stating how the delivery system will be implemented; on the other hand, calling for real projects to be submitted from private entities and to be subsequently managed through a publicly open procedure, similar to the procedure used for project financing.

4. Empirical research: pilot experiences in the Region of Lombardy

Pilot experiences in the health sector are complex experiences that, as discussed in the previous pages, can be implemented in many different ways and can take on manifold connotations in terms of the purposes pursued,

types of relationship between partners, and legal status.

For a better understanding of the phenomenon under study, some concrete experiences of public-private partnerships in the health sector have been analyzed, and specifically the form of pilot experiences. Reference is made to the initiatives implemented in Lombardy, which seem to represent an interesting sample for the purposes of the study, due to the sample size and features.

As a matter of fact, the Region of Lombardy has activated 22 pilot experience projects as at today, thereby adopting different legal and managerial solutions.

The Lombardy context has been considered to be particularly suitable for study both because of the overall significance in terms of the amount of experiences which yield a significant sample, and also because of the characteristics owned in terms of pursued aims, legal forms used, and progress made.

The analysis has taken into consideration almost all of these experiences, and specifically 17 of them, for which it was possible to garner the necessary data and information.

Both projects in an advanced implementation stage and projects still in the design phase, have been considered, despite the awareness that the latter may change their frameworks during the implementation phase.

The analysis has used the case method. All cases have been analytically studied through:

- a description of the partnership project (mission, goals, investments, resources for operating management, activities delivered, delivery processes, etc.);
- an analysis of the economic results achieved and of activity levels. With regard to quality issues, reference has been made to the quality standards of Joint Commission International, drawn from a quality implementation project currently underway in the Region of Lombardy;
- structured interviews with the CEOs of the partnerships;
- interviews with contact persons from public organizations (Region, hospital NHS Trusts).

The results of the analysis have then been summarized into the charts found in the attachments to this paper.

From a methodological standpoint, the analysis was conducted in the first place by examining all the documentation available (regional resolutions, feasibility studies, memorandums of understanding, bylaws, additional studies and subsequent intense analyses where available). This has led to identifying the following aspects for each single pilot experience: the aims and goals pursued, the characteristics of supply in the reference communities; the healthcare choices; the investments to be made and the related financing requirements; the legal solution adopted; the criteria for choosing the private entity; the economic, financial and equity outlooks linked to the project; staffing issues.

The data and information thus garnered have been compared to the data and information contained in a report that the Regional Health Board of Lombardy requires each pilot experience to submit every six months with a view to monitoring their results.

It is a report where the CEO of the pilot experience, duly identified for each initiative, enters a set of project-related information: activities carried out, investments made, staff used, economic results pursued.

This data flow processing has enabled a comparison to be drawn between expected and actual data with a view to also understanding the achievement of set goals for each single pilot.

The following sections provide a description of the historical-legislative evolution followed by Lombardy pilot experiences, and an illustration of the results of analysis in relation to the experiences identified.

4.1. Some history

Today, the authority over pilot experiences lies with the Regions. Following law no. 405 of 2001 (art. 3) that bestows on the Regions and Autonomous Provinces the power to independently adopt pilot experience programs (all they need to do is to send a copy of the program to the competent Ministries together with an annual report on the results achieved), the Regions have been variously taking action in the last few years with re-

gard to the implementation of these models in the various sectors and environments.

Against this backdrop, the Region of Lombardy boasts a significant production of laws and a remarkable number of ongoing pilot experience projects, which are differentiated and heterogeneous for their characteristics and progress stages.

Starting from regional law no. 31 of 1997, that issued the rules for the reorganization of the Regional Health Service and for its integration with the activities of social services,¹⁰ the Region of Lombardy undertook a process for regulating public-private partnerships in the health sector, thus actually opening up the regional health system to the implementation of these initiatives.

Therefore, public-private partnerships are identified as potentially fit tools for seeking out the necessary economic, managerial and know-how resources for delivering services and programmes with a view to pursuing the goals of efficacy, efficiency and economic viability sanctioned by the introduction of the pilot-testing model of Lombardy and, more in general, by the introduction of business management systems in the public health sector.

On the basis of the first few measures introduced, many projects have started to be implemented that will form the basis for the development of the necessary expertise which is required for devising more detailed legislation on the subject matter.

A review of regional legislation makes it possible to detect a clear direction of the Region of Lombardy towards considering public-private partnerships as a tool to be developed in order to pursue the goals of improving the regional health system, in terms of an improvement of healthcare facilities, service quality and resource rationalization.

Among the most significant legislation on public-private partnerships in the health sector (see **box 1**), it is worth underscoring regional board resolution VII/18575 of 5 August 2004 (amended and revised by regional board resolution VIII/7854 of 30 July 2008). It harmonizes and completes the measures previously issued by defining more clearly the goals to be pursued, integrating the instruments to be used for partnering with private entities and introducing a specific authoriza-

tion procedure to be followed for starting up pilot experiences.

The orientation of the Region of Lombardy towards promoting the development of public-private partnerships within the scope of regional health policies, emerges even more clearly when reviewing planning documents.

Besides the Regional Development Plan of the VII legislature (regional council resolution VII/39 of 2000), that made reference to the possibility of establishing public-private partnerships for seeking out resources to be used for upgrading healthcare facilities, the Regional Development Plan of the VIII legislature (regional council resolution VIII/25 of 2005) further confirmed this trend. It establishes that the regional activity shall be marked by the continuous quality improvement of services and by the care for the communities, thereby identifying the key actions with the improvement of the network of healthcare facilities through initiatives for the construction and/or renovation of healthcare buildings, including the use of innovative financing models (e.g. project financing) and pilot experiences, as well as the evolution of the model of public hospitals through the establishment of foundations with majority ownership held by public entities.

Still in the area of planning documents, the 2002-2004 Regional Socio-Health Plan (regional council resolution VII/462 of 13 March 2002) devotes special attention to the partnering initiatives between public health organizations and private entities, in view of the blunt need to introduce innovative forms of service organization and management.

In particular, it tries to orient, on the one hand, the Strategic Health Authorities towards this direction, specifically directing them towards forms of outsourcing of some socio-health and social services so that they may concentrate on governing demand and on their key functions of surveillance and oversight. On the other hand, with regard to the supply of hospital care, the document provides for an upgrading of the hospital network and for the reorganization of the network of emergency medical services. In order to pursue these goals and to make the necessary investments in human capital, professional development, technologies and facility logistics, the 2002-2004 Regional

In 1999 the Lombardy Regional Board issued regional board resolution VI/42178, that includes the «Criteria for seeking out new resources for the health sector of the Region of Lombardy» and defines the procedure to be used for starting up partnering experiences between public health organizations and private entities, thereby establishing the goals and aims to be pursued by Healthcare Organizations and by the regional health system. The resolution identifies the chief aims of partnerships with the search for greater operational and managerial flexibility for health organizations and with the support to the necessary investments for upgrading healthcare facilities and for implementing technological assets. The legislation states quite clearly the regional orientation directed towards identifying new organizational models that, through the contribution of greater operational and managerial skills provided by other entities, may lead to an increase in the efficacy and efficiency of service delivery, whilst always maintaining the priority interest of the public health service. A non-exhaustive list of legal instruments is provided for the implementation of partnerships, that allows the entities potentially interested in undertaking these initiatives, to identify the most suitable solution for starting a partnership. These instruments are the contract for services (pursuant to legislative decree 157/95), concession for construction and management (pursuant to art. 19, law 109/94), project financing (pursuant to art 37-bis and ff, law 109/94), integrated concession, sponsorship and co-operation agreements, and mixed enterprise.

Later on, regional board resolution VII/18575 of 19 August 2004 was issued, that defines the «Guidelines for starting up partnerships between Public Health Organizations and private entities». The resolution establishes the goals to be pursued, the instruments to be used for partnering with private entities, and, most notably, the authorization procedure to be followed for starting up pilot experiences. With regard to legal instruments, the resolution integrates the listing provided by the previous resolution, which still remains non exhaustive, by including: mixed enterprise (nowadays ruled out following the subsequent amendments introduced by regional board resolution VIII/7854 of 30 July 2008), foundation (harmonization with the provisions of regional law 3/2003, art. 4, paragraph 7 and regional law 2/2004, art. 3), partnership association, contract for services, concession for construction and management, project financing, integrated concession, sponsorship and co-operation agreements.

The 2004 legislation has recently been amended and revised by regional board resolution VIII/7854 of 30 July 2008. Specifically, the main amendments introduced by the new resolution are the following: the mixed enterprise has been cancelled from viable legal forms; Strategic Health Authorities have been included in the list of entities that are allowed to implement public-private partnerships; greater attention is now paid to oversight issues with the introduction of the Oversight Committee; publicly open procedures are the only way for identifying private entities; the parties involved are invited to underwrite a protocol providing more exact regulations for staffing issues.

Socio-Health Plan provides for these investments to be made by the public sector and also for the possibility of identifying alternative sources through the involvement of other public and private entities at a national and international level. In addition, it also provides for the transformation of public hospitals into foundations with a view to involving private entities, with the ultimate goal of ensuring greater managerial flexibility and efficiency, rapid implementation of decisions, investments in facilities and technologies, and a greater orientation of the management towards economic-financial balance.

Finally, the 2007-2009 Regional Socio-Health Plan (regional council resolution VIII/257 of 26 October 2006) goes deeper into the subject of public-private partnerships

and pilot experiences. It clearly recognizes the importance of «exploring the contribution of the private sector that – as evidenced by the pilot experiences currently underway – can offer a major, qualified and balanced contribution in service management in relation to available resources». The document pays considerable attention to pilot experiences, especially to the assessment of ongoing experiences, and yet, at the same time, underscores the importance of some factors that will have to be taken into account for the launch of future initiatives. Among these factors, the role of Strategic Health Authorities, that will have to be involved in pilot experiences not when the project is already underway, but rather the pilot will have to obtain the prior opinion of planning consistency by

the Strategic Health Authority having jurisdiction over the community concerned. In addition, the document re-affirms the pivotal principle upon which pilot experiences must be based, that is that governance and activity planning must «always» be in public hands, both at a regional and a local level.

The regulations and measures examined so far have represented the main reference framework for the development of pilot experiences across Lombardy. This same set of regulations has also been enhanced over time following the assessment of the experiences made.

It can be stated that the dissemination of pilot experiences in Lombardy seems to have been determined chiefly by an expectation of change and by a vision that identifies private investors with an asset for public health, a way for generating greater efficacy and greater efficiency at the level of the system as a whole. The intent of the Regional Government through the introduction of pilot experiences, was to pursue the goal of improving healthcare facilities as well as the quality of health services, and – at the same time – to try and contain the growth of health spending, by reconciling it with system economic balance.¹¹

The amendments to the law reveal the willingness to carry on the pilot experiences, while modifying the institutional, organizational and financial conditions on the basis of empirical evidence and with a view to facilitating better feasibility conditions. In other words, the amendments to the law are based on the results of the experiences run, and speak for an active system that is capable of rectifying and modifying the conditions for attaining positive results.¹² The partnering experiences implemented, that have undoubtedly met with considerable problem areas and critical issues, seem to have gone in the desired direction, and this has determined their greater dissemination on the one hand and, on the other, an enhancement of the system of regulations on the subject matter, resulting from an analysis of the problems areas encountered.

Before moving on to the results of the research study conducted on the pilot experiences of Lombardy, and with a view to providing a better understanding of the context under study, the chart 1¹³ reports a summary

of these experiences, that briefly describes the goals pursued by each single project, the starting date, the economic dimensions in terms of turnover, the units of staff involved in the pilot activities, and the legal status adopted.

4.2. The results of the study

As described in the previous pages, the Region of Lombardy has so far initiated 22 pilot experience projects, that are diversified in terms of pursued aims, adopted organizational and management forms, and results achieved.

All the projects have been developed from 1999 until today, even though the greatest dissemination has been occurring since the year 2003, as shown by the relevant approval resolutions.

The results of analysis, that are reported in the following pages, have been evaluated against the variables of the interpretation model illustrated in the previous pages (cf. section 3). In addition, some other aspects have been taken into consideration due to their relevance for the evaluation of these initiatives.

With specific reference to the interpretation model, the analysis is based on an evaluation of the aims of the pilot experiences observed, of risk and of governance. The other aspects under study are the achievement of the expected economic goals and investment goals, and staffing issues.

With regard to the aims that a public health organization and a private entity can pursue by means of a pilot experience, it can be stated that the various changes in the law that have been taking place in the last few years in Lombardy on the one hand and the intrinsic heterogeneity of the cases examined on the other, provide a diverse and complex scenario.¹⁴

In relation to the categorization identified by the proposed interpretation model, the results of the analysis make it possible to state that the majority of the Lombardy pilot experiences (14 cases, approximately 82% of total cases) set themselves the aim of management requalification (**table 1**).

The main role taken on by pilot experiences in Lombardy is that of an instrument allowing the public sector to re-qualify and

Chart 1

Pilot Experiences	Project goals	Start date	Turnover (€)	Staffing (units)	Legal status
Project submitted by the Poma Hospital NHS Trust of Mantua for the conversion of the Suzzara Hospital	The priority goals of the pilot experience can be considered the conversion and renovation of the Suzzara Hospital and its coming into compliance with RHS accreditation requirements and with the safety regulations provided for by the law, to be achieved by seeking out the resources needed through a partnership with the private sector. The project also provides for improving the hospital's attraction capacity, ensuring the resources required for the hospital's technological and professional upgrading, and for improving the overall economic situation.	November 2004	26,439,485	344	Partnership foundation
Project submitted by the Poma Hospital NHS Trust of Mantua for the conversion of the Castiglione delle Stiviere Hospital	The pilot experience sets itself the goals of renovating the Hospital and reorganizing the beds so as to carry out acute orthopedic activities, thus differentiating the hospital from the nearby Volta Mantovana Hospital, which is a Post-Acute Rehabilitation Centre. The project is also aimed at containing passive mobility, seeking out financial resources for carrying out the necessary facility ameliorations, and improving the economic situation.	January 2005	28,927,086	352	Partnership foundation
Project submitted by the San Gerardo Hospital NHS Trust of Monza for establishing the Foundation named «Monza for children and their mothers»	The project provides for the realization of a new Mother & Child Department within the current S. Gerardo hospital organization of Monza. The programme will be characterized by the twofold mission to provide excellence in care not only for patients of pediatric and adolescent age, but also before birth, thus involving their pregnant mothers.	Activities still to be started	Activities still to be started	Activities still to be started	Partnership foundation
Project submitted by the «Bolognini» Hospital NHS Trust of Seriate for upgrading, reorganizing and re-launching the «Faccanoni» Hospital of Sarnico	The goal of the pilot experience is to create a multifunctional and multi-area rehabilitation Centre inside the Sarnico Hospital, with a Specialized Rehabilitation ward and a General and Geriatric Rehabilitation ward.	January 2002	7,319,502	130	Partnership association
Project submitted by the «Bolognini» Hospital NHS Trust of Seriate for upgrading the «Sant'Isidoro» Hospital of Trescore Balneario	The goal of the pilot experience is to increase the number of rehabilitation beds and to open some long-term care beds, thereby reducing the number of acute medicine beds. At the same time, diagnostic, outpatient and same-day care services should also be re-qualified.	May 2003	7,134,238	135	Partnership association
Project submitted by the «Bolognini» Hospital NHS Trust of Seriate for upgrading and managing nephrology and dialysis programs	The project sets itself the goals of expanding and reorganizing the provision of dialysis treatments for uremic patients and of care services for kidney patients, by increasing the capacity of the Low Care Centres of Gazzaniga and Trescore, of Piario, and by creating a new Low Care Centre within the Lovere facility.	July 2004	6,798,438	77	Partnership association

segue Chart 1

Pilot Experiences	Project goals	Start date	Turnover (€)	Staffing (units)	Legal status
Project submitted by the «Bolognini» Hospital NHS Trust of Seriate for creating and managing a centre for excellence in Alzheimer's care at the Briolini Hospital of Gazzaniga	The main goal being pursued by the pilot experience is the creation of a Centre for excellence in research, care and rehabilitation of patients with Alzheimer's disease.	June 2005	2,569,365	26	Partnership association
Project submitted by the Mellino Mellini Hospital NHS Trust of Chiari for converting the Palazzo sull'Oglio Hospital to social and nursing care activities	The goal of the pilot experience is the conversion of the Hospital, now an acute care facility, to social and nursing care activities for the geriatric population. The purpose is to expand the range of services provided also through the creation of an Experimental Unit for Alzheimer's disease and to consolidate the functions of outpatient diagnostic imaging.	January 2002	6,400,026	81	Concession contract
Project submitted by the S. Paolo Hospital NHS Trust of Milan for establishing the enterprise called «Dental Building», for the purpose of managing the activities of the Trust's Odontostomatology Clinic	The goals of the pilot experience chiefly consist in using the partnership model to raise the funds needed for making the necessary investments for renovating the facility (physical environment and furnishings) and, as a result, creating the preliminary conditions for re-launching the Hospital's Odontostomatology Clinic. The intent is also to implement self-financing forms aimed at increasing the capacity of the institutional activities delivered under the NHS and to attract additional funding for research and teaching activities. In addition, the project also aims at creating a private-pay area to provide excellence services at competitive prices with the private market.	July 2003 (terminated in 2005)	2,960,254 (June 2005)	79 (June 2005)	Mixed enterprise
Project submitted by the Mellino Mellini Hospital NHS Trust of Chiari for the functional conversion of the E. Spalenza Hospital of Rovato to a multi-purpose rehab centre	The pilot experience chiefly pursues the aim of converting the Hospital's activities to post-acute rehabilitation activities for cardiology, neurology, respiratory and orthopedic patients through a multi-purpose reorganization into specialty care teams.	October 2006	10,940,589	174	Management concession
Project submitted by the Spedali Civili Hospital NHS Trust of Brescia for renovating and extending the Spedali Civili Hospital of Brescia	The pilot experience is based on project financing with the aim of improving the Hospital's facilities through the renovation of a specific section of the facility (staircases 3 and 5 of the building) and the construction of a new seven-storey building.	January 2003	unavailable	unavailable	Project financing
Project submitted by the S. Carlo Hospital NHS Trust of Milan for designing, developing and implementing a research programme and for using the cyber-knife technology for the diagnosis and care of cancer patients	The aim of the project is to develop medical-scientific research in the field of neuro-sciences and oncology diseases. To this end, the public organization and private entities co-operate under a partnership association on implementing an inter-organizational Department for the establishment of a Cyber-Knife Stereotactic Radiation Therapy Centre. The Centre will use this special technology for the diagnosis and care of cancer patients.	July 2004	3,151,300	21	Partnership association

segue
Chart 1

Pilot Experiences	Project goals	Start date	Turnover (€)	Staffing (units)	Legal status
Project submitted by the Hospital NHS Trust of Desenzano del Garda for the re-qualification of the intensive rehabilitation programme in the Catchment Area of Alto Garda and Valsabbia	The purpose of the public-private partnership is to re-qualify the Rehab Unit and the diagnostic and outpatient services of the Hospital NHS Trust, by moving 44 NHS beds from the Saibò Hospital to a private nursing home, i.e. Casa di Cura Villa Barbarano (Villa Gemma spa).	April 2004	2,962,883	48	Partnership association
Project submitted by the Hospital NHS Trust of Desenzano del Garda for opening a Residential Treatment Facility for the mentally ill in the Town of Pontevico	The pilot experience is carried out by the partners involved with the main goal of opening and managing a Residential Treatment Facility and a Day Care Centre for the mentally ill in the Town of Pontevico, thereby networking with the activities of the Mental Health Department of the Hospital NHS Trust of Desenzano del Garda. The aim is to increase the services for these patients, within a community where there are no other residential facilities of this kind.	May 2005	1,011,783	18	Partnership association
Project submitted by the Hospital NHS Trust of Desenzano del Garda for reorganizing and re-qualifying the Leno Hospital within the scope of a networking integration model of the rehab programme in the area south of Brescia	Through the pilot experience, the Hospital NHS Trust of Desenzano del Garda sets itself the goal of re-qualifying rehabilitation activities, by handing over to a private entity the management of 50 Rehab beds allocated to the Leno Hospital.	February 2006	4,817,293	80	Partnership association
Project submitted by the Ospedale di Circolo Hospital NHS Trust of Melegnano for organizing and managing the Specialized Rehabilitation and General and Geriatric Rehabilitation activities at the «Uboldo» Hospital of Cernusco sul Naviglio	The pilot experience was launched with the goal of implementing a Specialized Rehabilitation and General and Geriatric Rehabilitation facility at the Uboldo Hospital of Cernusco sul Naviglio, with a main focus on neurological conditions, and especially on Parkinson's disease.	December 2005	5,884,357	65	Partnership association
Project submitted by the Carlo Poma Hospital NHS Trust of Mantua for the conversion of the Volta Mantovana Hospital	The goal at the basis of the public-private partnership is the conversion of the Volta Mantovana Hospital through the realization of a long-term care and neuromotor rehabilitation Centre, providing inpatient activities and same-day care activities. The aim of the pilot experience is to achieve these goals by seeking out funds and resources in terms of professional and managerial know-how that can be contributed by the private entity.	June 2004	11,829,082	137	Construction and management concession

Type	No.
Aims related to the realization of investments in the face of inadequate funding	1
Aims related to the requalification of management (re-launching the service also with the aid of new investments)	14
Aims related to technological innovation	2
Total	17

Table 1
The aims of the pilot experiences of Lombardy
Source: Own data processing

to attain an improvement in quality and efficiency through directly controlled activities. There are other motivations of course, however the requalification of the public service appears to be the element that triggers off the management choices of reorganization.

With regard to risk, the economic risk has been taken into greater consideration, as it is easier to evaluate on the basis of the information available for empirical analysis.

One of the most remarkable elements of pilot experiences is how economic risk is shared among the partners, and the extent to which it affects each partner involved.

Overall, the cases observed in the Lombardy context highlight some varying degrees of accountability, however with a consistent lack of risk being taken by the public entity. In the Lombardy experience, each project is characterized by its own risks that are taken by private partners in the first instance. The Region, that is responsible for approving the projects, can be considered as the chief risk assessor, and it prudently and substantially transfers risk – and benefit – to the private entity that is a partner in management.

Finally, the other aspect taken into consideration by the analysis model is governance, i.e. the set of legal and economic rules that are aimed at governing an organization according to principles of efficacy, efficiency

Table 2
Legal set-ups adopted
Source: Own data processing

LEGAL FORM	No.
Partnership association	9
Partnership foundation	3
Concession contracts	3
Mixed Enterprise	1
Project financing	1
Total	17

and appropriateness in the interest of stakeholders.¹⁵

Overall, the pilot experiences reviewed appear to be chiefly oriented to the identification of the appropriate legal set-up to be adopted, and seem to pay much less attention to organizational principles and tools that, like the legal set-up, also bear heavily upon the governance of any partnership. Only in very few cases were indicator measures used by the partners for a systematic assessment of the various (economic, financial, health, etc.) aspects relating to the pilot experience. These types of indicator measures can be a useful tool for partnership governance, as they allow the public entity to exert greater control over the activity carried out by the private entity in terms of compliance with expected standards. However, indicator measures are scarcely used in the pilots under study.

Therefore, at least in this phase of the Lombardy pilots, there has been a greater impact both of the specific legal forms chosen for starting up the projects and of the memorandums of understanding and diverse agreements that determine the legal set-up to be adopted.

In detail, the legal set-ups adopted by the Lombardy pilots are mostly partnership associations (9 cases, approximately 52% of total cases), as shown in the **table 2**.

This is probably due to the fact that the legal form of partnership does not necessarily require a publicly open call for tenders for choosing the private entity, as it allows the public entity to choose the private entity directly. It is interesting to observe how private partners have been chosen directly in about 2/3 of the experiences reviewed.

As already mentioned, the empirical analysis conducted on the Lombardy experiences has also examined economic aspects and staffing issues with a view to highlighting any other outstanding elements of the phenomenon under study.

With regard to the achievement of economic goals and investment goals (**table 3**), the results attained by the Lombardy pilots still seem to be below expectations.¹⁶

In detail, the income statements of the projects analyzed show that annual operating results are below expectations in half of the cases reviewed (50%).

The analysis shows that the pilot experience is deemed by the actors involved also as an action mode for modifying economic frameworks while searching for greater efficiency. However, a number of factors have oftentimes determined a difference between the actual operating results attained and the expected results.

In some instances, the actual difficulty in attaining economic performances in line with expectations seems to be due to lower production levels than expected, principally as a result of delays in investments that have hindered the achievement of optimum activity levels within due timeframes that would have resulted in an operating balance. In some other instances, the private entity who is involved in the partnership and is in charge of managing activities, has had to tackle the critical issue of having to deal with organizations characterized, at the start of the project, by particularly critical economic situations which were very hard to recover in the short term, with a very few exceptions only. In some other instances still, there was an actual deficiency on the part of the private entity in terms of activity management, which has led to negative operating results.

With regard to investments, 10 projects have achieved their set goals (approximately 67% of total projects). The remaining pilot experiences have suffered from a certain delay in making the investments, which are a responsibility of the private entity in almost all the cases analyzed. Therefore, even though the orientation towards the partnering process between the public and private sectors is well accepted by the parties involved, there are some instances of difficulty in complying with the investment timeframes established by the partnership agreements. Nonetheless, it should be noted that, at a regional health system level, there is a situation of overall quality improvement and requalification of hospital facilities, that would hardly be attained through regional funding alone, in consideration of the limited resources available.

With regard to the staffing issues, it can be stated that the pilot experiences have met with some problem areas in terms of human resource management, especially during the phase of staff secondment from the activity areas previously carried out inside the public

GOALS	Met	Not met	No.
Economic	8	8	16
Investments	10	5	15

(*) The table does not report the data of all 17 pilots. Economic data could only be collected for 16 experiences, whereas investment data for 15 only

Table 3
Achievement of economic goals and investment goals(*)

Source: Own data processing

health organization involved in the partnership to the activity areas carried out inside the new entity resulting from the pilot experience.

This specific problem area is mainly due, on the one hand, to the management of two different types of public and private law contracts which, although based on similar underlying principles, still carry a few differences, and to the new organizational frameworks resulting from the new management run by the private entity, on the other.

The Lombardy pilot experiences have addressed the staffing issue by using the tool of secondment, i.e. by sending staff to work for the new entity after obtaining their willingness to be seconded, and offering them incentives to opt for switching to a private-law employment contract with new company. In this context, the staff seconded to the new entity are integrated and/or replaced with newly hired staff under private-law employment contracts.

4.3. Some evidence

The results emerging from the analysis of the cases reviewed, have led to highlighting the main features and problem areas characterizing the varied and complex panorama of the pilot experiences of Lombardy. In the light of these results, it is worth making some considerations also with a view to providing some food for thought that may be useful for the implementation of future projects.

The first aspect which is worth underscoring is the role to be taken on by the Region in this type of public-private partnerships. The Region must be a solid reference point for the parties involved, in order to have an active stance on the development and consolidation of partnerships in the long term. This must be carried out not only through the

definition of an organic and comprehensive legislation that regulates the subject matter and through systematic project oversight,¹⁷ but also through its steady involvement that can allow the actors involved in partnerships to resolve more easily the incidental problems that frequently arise in these kind of initiatives.

To this end, it would be interesting to consider the opportunity of devising policies for ensuring adjustment and change processes over time.

Another interesting issue relates to the project design of pilot experiences.

In the cases reviewed, the projects have been put forward by a public health organization, and a private entity has participated by contributing managerial innovation and professional and financial resources. The role taken on by private entities, therefore, leads them to be acting within a pilot experience that has been designed by the public sector. In this regard, it would be interesting to consider the involvement of private entities also in the design phase of the pilot with a view to devising models and solutions that would allow them to express their full potential, still within the scope of the goals set by regional policies.

Finally, another aspect that is worth focusing attention on, is the need to implement adequate measurement systems for systematically reviewing the achievement of the goals that the pilot experience is accountable for pursuing throughout the various phases of pilot implementation.

The Region of Lombardy has developed and systematically implements a tool (information flow) for the periodic (six-monthly) monitoring of currently pilot experiences. An additional effort should be made at an organizational level, i.e. the public health organizations involved in partnerships should define, identify, and systematically utilize systems that can effectively allow the results attained to be measured against expected results throughout the various project stages, with a view to evaluating the ability to achieve the results expected, and within the expected timeframes. These systems should be an integral part of the design of all management projects and should be as consistent as possible across the various pilots in order to allow a critical and constructive compari-

son to be made across the various experiences underway.

The analysis makes it possible to state that, despite the organizational and managerial difficulties encountered by the experiences under scrutiny, these difficulties do not seem to be insurmountable at all, as pilot experiences can be deemed to be potentially suitable models for the achievement of set goals.

There seems to be strong evidence for the continuous search enacted by the public sector for innovative models geared towards overcoming the stiffness of the system. This translates into a re-design and re-interpretation of partnering relations with the private actors operating within the same environment, taking on the form of pilot experiences, and allowing private entities to have more tools available to smoothly and easily address the critical issues characterizing the current health system.

5. Conclusions

Public-private partnerships appear to be very complex to implement, especially the ones reviewed by this research study, i.e. partnerships with the object of managing clinical activities and not only organizational, hotel or merely financing issues.

If, on the one hand, the potential appears considerable (requalification of public intervention, absorption of know-how from the private sector, etc.), the conditions for the life and durability of partnerships seem difficult to maintain over time, on the other.

Project design which only comes from the public sector, the lack of tools for revising the mission of pilot experiences, the lack of formal systems for exploring new organizational conditions do not facilitate the possibility of achieving set goals.

The analysis presented here is not intended to evaluate the policies on public-private partnerships of the Region or of any Strategic Health Authorities, but rather to explore the possibility that partnerships with markedly clinical contents (i.e. the core of the health service) may adequately respond to the goals of health expenditure containment and service level requalification and improvement.

The key point emerging from the analysis with particular reference to risk and gov-

ernance is the difficulty to generate positive conditions over time, to generate economically viable conditions in the long term.

The policies of Health Authorities and/or Regions play a key role for the life and development of partnership initiatives.

With regard to this latter issue, it appears necessary to overcome the paradigm of public-private partnerships as pilots, in order to promote innovative management formulas that introduce evolutionary dynamics leading to organizational, output, qualitative and outcome innovation over time. In other words, this means, for instance, diversifying governance forms increasingly, identifying more explicitly who takes on the risk, and certainly also identifying simple and transparent processes for developing the mission of partnerships.

As far as the case reviewed is concerned, that is the case of the Region of Lombardy, it will be possible to evaluate over the next few years whether or not the regional policies have been able to determine greater efficiency and quality of services through pilot experiences on the one hand and, on the other, whether development needs have been met through accountability decentralization or through decision-making centralization at a regional level.

Notes

1. Boundaries are meant here as the limits of an organization's area of influence, whereas the environment is considered in terms of institutions with which the organization interacts.
2. In these instances, the need is to overcome the fragmentation of the interventions made by the Governments of non-developed Countries, by international organizations for the promotion and funding of development, by humanitarian non-governmental organizations. Public Private Partnerships are a possible formula that can ensure these conditions.
3. It is estimated that the expenditure which is not covered by the health system and which weighs directly on citizens amounts to at least half of the overall health care expenditure in at least 50 Countries (WHO, 2000).
4. The most widespread legal models for implementing public-private partnerships include the following: mixed enterprise; (operating, financial, building) lease; foundation; project financing; general contracting; sponsorships; (service or construction and management) concession; global servicing.
5. «The dissemination of public-private partnerships in the health sector also stems from a sort of emulation effect of Local Governments that, following the introduction of law 142/90 on local autonomy, have been experimenting with a wide range of innovative models, including outsourcing, project financing for facility construction and management, global servicing for logistics management, for information and communication technology implementation, for property and equipment management» (Cuccurullo, 2005).
6. This is a list of the most significant legislative measures: a) legislative decree 502 of 1992, that, among other things, talks about public-private mixed enterprises for the implementation of pilots experiences and sets a limit of maximum nine pilots that can be launched across the country; b) legislative decree no. 229 of 1999, that lifts the limit of nine pilots and introduces warranty criteria with regard to the composition of the corporate framework (public majority) and to the characteristics of the private (not-for-profit) organizations involved; c) law no. 405 of 2001, that regulates the matter in terms of procedures while the authority to launch the pilots devolves upon regional governments only, thus cancelling the authorization formerly required of the State-Regions Conference and devolving full autonomy in the matter on the Regions and Autonomous Provinces.
7. See also the research study conducted by the agency of regions ASSR (2003) on this issue.
8. The process for choosing the private partner does not emerge clearly for all the legal forms of public-private partnerships. For mixed enterprises, for instance, the scholars and the administrative courts are basically agreed on considering that the choice of the private partner should occur through competitive bidding procedures in order to ensure the transparency and impartiality of Government, although there are no established rules in this regard. For partnerships, however, there is no such indication, although the transformation into a mixed enterprise, if this is scheduled to happen at the termination of the partnership, should occur by competitive bidding.
9. With regard to the concept of room for action, see Borgonovi, Zangrandi (1988).
10. Among other things, the law sanctions the separation between the entities purchasing health services and the providers, and the full equality of the rights and responsibilities of the providers contracted by the RHS, thus favoring a management model that hands over to the Strategic Health Authorities the main task of planning for and financing the health services of diagnosis and care, and of monitoring them for quantity and quality, and over to Hospital NHS Trusts the task of delivering these services. This has proven to be fertile ground for developing a specific set of regional rules and regulations governing pilot experiences.
11. The Region of Lombardy, with a population of nearly 10 million, is one of the few Italian regions that has maintained economic balance over time.
12. These ongoing amendments to the law that have been taking place over the last few years, have now been stopped, also in the light of the political decision not to increase the overall number of pilots currently underway.
13. The data and information reported in the table are updated as at December 2007.

14. In Regional Board Resolution 18575 of 5 August 2004 («Guidelines for starting up partnerships between Public Health Organizations and private entities»), the Region of Lombardy highlights the complexity of identifying goals and how these goals are identified by public organizations on the basis of multi-purpose aims. It then provides a long list of 10 points ranging from an improvement in the standard of services delivered to the public to the transfer of entrepreneurial risk. It also underscores how public-private partnerships must be used for projects of scientific excellence. In particular: «improvements in user services; coming into compliance with the requirements of the law on RHS accreditation and on facility safety; innovation and technological upgrading; pilot-testing of new management models so that the healthcare organization can concentrate its efforts on improving outcomes; appropriate staff utilization to facilitate the concentration of existing staff and, above all, of managing staff on the organization's core business; seeking out financial resources; maintenance of provider facilities in the community; cost reduction; transfer of entrepreneurial risk; greater integration between health care and welfare, thereby protecting the weakest population groups such as the elderly».
15. For the various meanings of governance in public management, see Airolidi and Forestieri (1998); Del Vecchio (2001); Borgonovi (2002); Longo (2005), among others.
16. It would be interesting to quote some international literature about the overly optimistic benefits to be expected of the development of inter-organizational relations (Hamel, 1998).
17. The Region of Lombardy has established the «Monitoring, review and oversight commission on pilot experiences and public-private partnerships» by Regional Health Board resolutions no. 22671 of 14.12.2004 and no. 2944 of 16.03.2006.

R E F E R E N C E S

- AIROLIDI G., FORESTIERI G. (a cura di) (1998), *Corporate Governance. Analisi e prospettive del caso italiano*, Etas, Milano.
- AMATUCCI F. (1998), «Applicabilità del modello del project finance in Sanità», *Mecosan*, 27.
- ANNIGERI V.B., PROSSER L., REYNOLDS J., ROY R. (2004), *An assessment of Public Private Partnership opportunities in India*, Poptech, n. 2004-207-032, www.poptechproject.com.
- ASPEN INSTITUTE (1997), *Voices from the field*, Aspen Institute, Washington.
- BALCET G., VIESTI G. (1986), «Fra mercato e gerarchia: alcune riflessioni sugli accordi cooperativi tra imprese», *Economia e Politica Industriale*, 49.
- BARRESI G. (2005), *Dalla competizione alla collaborazione: nuovi modelli per la gestione dei servizi sanitari*, Giappichelli, Torino.
- BORGONOV E. (1991), «Pubblico e privato: un problema di integrazione», *Economia e Management*, vol. 18.
- BORGONOV E., MARSILIO M., MUSÌ F. (2006), *Relazioni pubblico privato. Condizioni per la competitività*, Egea, Milano.
- BORGONOV E., ZANGRANDI A. (1988), *L'ospedale: un approccio economico aziendale*, Giuffrè, Milano.
- BRINKERHOFF J.M. (2002), «Government Nonprofit Partnership: a defining framework», *Public Administration and Development*, 22.
- CAVALIERI E. (1999), *Strutture e dinamiche delle relazioni interaziendali*, in Atti del XXII Convegno AIDEA, Parma.
- CONTRACTOR F., LORANGE P. (1990), *La cooperazione tra imprese*, Etas, Milano.
- CUCCURULLO C. (2005), *Le collaborazioni tra pubblico e privato in sanità. Meccanismi di governance*, Cedam, Padova.
- DEL VECCHIO M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Egea, Milano.
- ENGLAND R. (2004), *Experiences of contracting with the private sector: a selective review*, DFID Health Systems Resource Centre, London.
- FALCONER P., ROSS K. (1998), *Public Private Partnership and the «new» labour government in Britain*, in L. Montanheiro, B. Haigh, D. Morris, N. Hrovatin, *Public and Private Sector Partnerships: fostering enterprise*, Sheffield Hallam University Press.
- GILL M. (2003), *Policy Partnerships: essential elements of effective government/NGO relationships*, Synergy Associates, www.synergyassociates.ca/publications/PolicyPartnerships.htm
- HAMEL G. et al. (1989), «Collaborate with your competitors and win», *Harvard Business Review*, 67.
- HODGE G.A., GREVE C. (2007), «Public-Private Partnerships: an international performance review», *Public Administration Review*, 67.
- JONES R. (1998), *The European Union as a promoter of Public-Private Partnerships*, in L. Montanheiro, B. Haigh, D. Morris, N. Hrovatin, *Public and Private Sector Partnerships: fostering enterprise*, Sheffield Hallam University Press.
- LISTER S. (2000), «Power in Partnerships? An analysis of an NGO's Relationship with its Partners», *Journal of International Development*, 12.
- LONGO F. (2005), *La governance dei network di pubblico interesse*, Egea, Milano.
- LIU X., HOTCHKISS D.R., BOSE S., BITRAN R., GIEDION U. (2004), *Contracting for Primary Health Services: evidence on its effects and a framework for evaluation*, ABT Associates, Bethesda.
- MACINATI M.S. (2004), *Le relazioni interaziendali di collaborazione in sanità*, Franco Angeli, Milano.

- MINTZBERG H. (1996), «Il fragile equilibrio tra pubblico e privato», *Harvard Business Review*, nov.-dic.
- OSBORNE S. (2000), *Public-Private Partnerships. Theory and practice in international perspective*, Routledge, London.
- OSBORNE S., KAPOSVARI A. (1997), «Towards a civil society? Exploring in meanings in the context of post-communist Hungary», *Journal of European Social Policy*, 7.
- POLLOCK A.M., SHAOUL J., ROWLAND D., PLAYER S. (2001), «Public Services and the private sector: a response to IPPR», *Catalyst Working paper*, London.
- VAN HAM H., KOPPENJAM J. (2001), «Building Public-Private Partnerships: Assessing and Managing Risks in Port Development», *Public Management Review*, 3.
- VENKAT RAMAN A., WARNER BJÖRKMAN J. (2009), *Public Private Partnerships in Health Care in India*, Routledge, New York, London.
- WANG Y. (2000), *Public Private Partnerships in the social sector: issues and country experiences in Asia and the Pacific*, Policy Paper n.1, Asian Development Bank Institute, Tokio.
- WORLD ECONOMIC FORUM (2005), *Building on the Monterrey consensus: the growing role of Public Private Partnerships in mobilizing resources for development*, United Nations High-level Plenary Meeting On Financing for Development, Settembre, Ginevra.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999), *WHO Guidelines on collaborations and Partnership with commercial Enterprise*, WHO, Ginevra.
- ZANGRANDI A. (2003), *Management pubblico e crisi finanziaria*, Egea, Milano.
- ZUFFADA E. (2000), *Amministrazioni Pubbliche e Aziende Private. Le relazioni di collaborazione*, Egea, Milano.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengano figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

Collaborazioni pubblico-privato in sanità e sperimentazioni gestionali: un'analisi empirica

ANTONELLO ZANGRANDI, DARIO BUTERA

1. Collaborazioni tra amministrazioni pubbliche e soggetti privati

Il tema delle relazioni tra aziende pubbliche e private è stato da sempre rilevante nei sistemi economici, in particolar modo nell'ultimo ventennio che ha visto l'avvicinarsi, in diversi Paesi, di vari processi di privatizzazioni e liberalizzazioni in numerosi settori.

Il fenomeno è divenuto oramai oggetto di un diffuso interesse e appare in costante evoluzione, tuttavia si riscontra in dottrina e in letteratura economica un'attenzione relativamente recente, in particolare con riferimento a una delle diverse tipologie di relazioni tra amministrazioni pubbliche e aziende private, ossia quella di collaborazione.

L'evoluzione dell'ambiente di riferimento con tutti i vincoli e le opportunità che esso genera ha indotto le aziende di ogni settore, anche pubbliche e private, a superare i propri confini¹ e a stabilire una serie di relazioni, non solo di carattere competitivo, ma anche di tipo collaborativo.

In tale contesto, emergono evidenti tutti i limiti insiti nella visione tradizionale, basata sulla contrapposizione tra pubblico e privato. Sistema delle imprese e sistema degli interventi pubblici, mercato e stato, impresa e amministrazione pubblica sono stati sovente concetti alternativi e contrapposti. E ciò sia sul piano dell'elaborazione teorica, che ha visto una certa divaricazione, sia sul piano del concreto operare, dato che il rafforzamento dell'intervento pubblico ha voluto dire riduzione dello spazio operativo per l'impresa e viceversa (Borgonovi, 1991).

È stato osservato, infatti, che «sia che si tratti di capitalismo contro comunismo, di privatizzazione contro nazionalizzazione, o di libero mercato contro controllo statale, le diverse argomentazioni contrappongono da sempre le forze private e indipendenti a quelle pubbliche e collettive. È tempo di riconoscere i limiti di tale dicotomia» (Mintzberg, 1996).

Le collaborazioni pubblico-privato esprimono una modalità attraverso la quale il soggetto pubblico e quello privato, attraverso specifici accordi e forme contrattuali, ricercano ciascuno il raggiungimento dei propri fini istituzionali e il soddisfacimento dei propri interessi, laddove questi ultimi siano convergenti.

In letteratura non si riscontra una definizione di collaborazione pubblico-privato universalmente accettata, ma si individuano numerose accezioni del termine talvolta molto ampie e tra loro spesso fortemente differenziate (Venkat Raman, Björkman, 2009), come si può rilevare dagli esempi seguenti:

– rapporto caratterizzato da uno scopo comune, rispetto reciproco e volontà di negoziare (Lister, 2000);

– collaborazione di varia durata tra soggetti pubblici e privati attraverso la quale sviluppare congiuntamente prodotti e servizi e condividere rischi, costi e risorse relativi a tali prodotti e servizi (Van Ham, Koppenjam, 2001);

– rapporto dinamico tra diversi soggetti basato su obiettivi concordati reciprocamente, perseguiti attraverso una visione condivisa e razionale della divisione del lavoro basata sui vantaggi comparativi di ciascun partner (Brinkerhoff, 2002);

– collaborazione tra due o più organizzazioni che mettono in comune risorse nel perseguimento di obiettivi comuni (Gill, 2003);

– una vera collaborazione richiede obiettivi condivisi, rischi condivisi, investimenti condivisi e remunerazioni condivise (Annigeri *et al.*, 2004);

– forma di accordo che prevede obblighi e responsabilità reciproche, rapporti informali o contrattuali, condivisione degli investimenti e dei rischi e comune responsabilità per la progettazione e l'esecuzione (World Economic Forum, 2005);

– ogni forma di impresa o sforzo congiunto da parte di soggetti pubblici e privati per la rea-

SOMMARIO

1. Collaborazioni tra amministrazioni pubbliche e soggetti privati
2. Collaborazioni pubblico-privato in sanità
3. Un modello interpretativo delle collaborazioni pubblico-privato
4. Una ricerca empirica: le sperimentazioni gestionali in Regione Lombardia
5. Conclusioni

lizzazione di obiettivi comuni. A volte la condivisione degli obiettivi comuni può non essere condizione sufficiente perché i partner possono avere diverse opinioni e interessi (Wang, 2000);

– e, inoltre, con specifico riferimento al settore sanitario, mezzo per mettere insieme diversi attori con il comune obiettivo di migliorare la salute della popolazione, sulla base di ruoli e principi reciprocamente concordati (WHO, 1999).

Tuttavia, se da un lato in letteratura si rileva una grande eterogeneità di definizioni che tendono a comprendere molte delle modalità attraverso le quali soggetto pubblico e privato stabiliscono una relazione, dall'altro, dai contributi sopra riportati, è possibile riscontrare un certo consenso quantomeno sui diversi aspetti che caratterizzano le collaborazioni pubblico-privato.

Esse, dunque, possono essere considerate come rapporti fondati sulla convergenza di interessi e finalizzati al conseguimento di congiunti obiettivi economici e non economici, da cui i singoli partecipanti traggono indirettamente dei vantaggi (Borgonovi, Marsilio, Musi, 2006). Il presupposto per il successo di tali relazioni è un significativo coinvolgimento dei partner che si concretizza con l'apporto e lo scambio di risorse umane, competenze distintive, risorse finanziarie e tecnologiche, capacità manageriali e imprenditoriali.

In generale, fattori quali l'internazionalizzazione della concorrenza conseguente alla globalizzazione dei mercati, la continua crescita dei bisogni e la necessità delle competenze e delle professionalità necessarie per farvi fronte, la crescente esigenza di un contenimento della spesa pubblica determinata dai vincoli all'indebitamento e alla crescita della spesa corrente, hanno determinato la diffusione in diversi Paesi delle collaborazioni tra amministrazioni pubbliche e soggetti privati, delle cosiddette *Public Private Partnership (PPP)*.

In particolare, dagli inizi degli anni Novanta, le collaborazioni pubblico-privato si sono rivelate un importante strumento di politica pubblica in numerosi Paesi e sono state sperimentate in diversi contesti e settori in precedenza caratterizzati dalla presenza del solo soggetto pubblico (es. trasporti, sanità, educazio-

ne, infrastrutture, ecc.), ponendosi come soluzione alternativa alla completa privatizzazione che permette da un lato di salvaguardare la natura pubblicistica del servizio erogato dal soggetto pubblico e, dall'altro, un recupero di efficienza, efficacia ed economicità dell'azione pubblica conseguente alle sinergie realizzate tramite il coinvolgimento del soggetto privato.

Nello scenario internazionale, numerosi sono gli esempi di queste esperienze portate avanti con diversi gradi di successo. Nel Regno Unito, le collaborazioni pubblico-privato hanno rappresentato un riferimento centrale nello sviluppo della *stakeholder society* del governo laburista e uno strumento essenziale per l'attuazione di politiche sociali significative, quali la riqualificazione delle aree urbane e la lotta contro la disoccupazione giovanile (Falconer, Ross, 1998). In Ungheria, uno tra i numerosi casi in cui lo scopo delle collaborazioni pubblico-privato è di promuovere lo sviluppo di Paesi emergenti,² esse sono state prese in considerazione come un mezzo attraverso il quale migliorare la fornitura di servizi pubblici per soddisfare i bisogni sociali e sviluppare la società civile dopo la caduta dei regimi comunisti (Osborne, Kaposvari, 1997). Nell'ambito delle politiche di sviluppo dei Paesi dell'Unione europea, le collaborazioni pubblico-privato sono state ritenute uno strumento integrativo di politica pubblica fondamentale per contrastare le diverse forme di esclusione sociale e per rafforzare lo sviluppo delle comunità locali (Jones, 1998). Negli Stati Uniti sono al centro delle iniziative mosse dai diversi governi volte a sostenere le comunità locali (Aspen Institute, 1997).

Il tema assume dunque rilevanza internazionale. Anche in Italia ormai il fenomeno appare in evoluzione e quello sanitario si è dimostrato tra i settori più attivi di questo processo. Numerose sono le esperienze in essere in ambito sanitario e diverse le condizioni che ne determinano il successo. Queste saranno oggetto di approfondimento del presente lavoro, che avrà come oggetto privilegiato di analisi le sperimentazioni gestionali che, delle collaborazioni pubblico-privato in sanità, rappresentano una forma di attuazione.

2. Collaborazioni pubblico-privato in sanità

Fattori quali i vincoli finanziari del settore pubblico, la crescita continua dei bisogni di salute della popolazione, la conseguente necessità di competenze sempre più evolute per rispondervi efficacemente e la crescente attenzione verso aspetti come l'equità, l'efficienza e la qualità dei servizi hanno contribuito alla diffusione delle collaborazioni pubblico-privato in ambito sanitario. Un altro aspetto da tenere in considerazione è rappresentato anche dalla rilevante incidenza in numerosi Paesi³ delle spese per servizi sanitari gravanti direttamente sulle classi a basso reddito. In particolare, con riferimento a tale aspetto, un dato che appare interessante è costituito dal fatto che molti governi, partendo dal presupposto che la collaborazione con il settore privato potrebbe consentire un miglioramento nella qualità e nell'efficienza dei servizi sanitari e aumentarne in alcuni casi anche l'accessibilità, senza tuttavia una forte evidenza empirica su questo in tali contesti, hanno deciso di percorrere la via delle collaborazioni pubblico-privato con l'obiettivo di ottenere tali risultati senza gravare eccessivamente sui bilanci pubblici (Hodge, Greve, 2007).

Nei Paesi Ocse, le collaborazioni pubblico-privato in ambito sanitario possono essere ormai considerate un'esperienza diffusa. In particolare, in una prima fase della loro diffusione il coinvolgimento del soggetto privato da parte di quello pubblico ha riguardato i servizi *no core* (come ad esempio la ristorazione, la lavanderia, la pulizia, ecc.), mentre in una fase successiva la collaborazione ha abbracciato sempre più spesso anche la parte *core* del servizio, in altri termini la prestazione sanitaria (England, 2004). Le esperienze condotte in tali Paesi, mostrano che le collaborazioni pubblico-privato sono strumenti potenzialmente efficaci per ottenere benefici dal punto di vista del contenimento dei costi, dell'aumento della produttività, del miglioramento della qualità, per consentire il trasferimento del rischio economico, per migliorare l'accessibilità del servizio, perseguire l'innovazione tecnologica e gestionale, consentendo ai governi di concentrarsi sulle loro responsabilità prioritarie (Liu *et al.*, 2004).

Numerose e differenziate sono le forme giuridiche e gestionali attraverso le quali le collaborazioni pubblico-privato in ambito sanitario si sono realizzate.⁴ La più diffusa, tuttavia, in particolare in presenza di investimenti rilevanti per la realizzazione di infrastrutture (anche se non è da intendersi solo come strumento per finanziare queste ultime ma anche per la fornitura di servizi) è quella del *Private Finance Initiative* (PFI). In generale, si tratta di uno strumento basato sulla fattibilità di un determinato progetto e sulla sua attitudine a restituire, attraverso i proventi generati dalla gestione, il debito contratto, più che sulla valutazione economico-patrimoniale del soggetto che richiede il prestito.

Nei Paesi Ocse le esperienze di PFI sono da tempo molto diffuse, in particolare in Gran Bretagna, tra i primi a utilizzare tale strumento.

In Italia, l'incontro fra pubblico e privato nel settore sanitario, dopo una prima fase caratterizzata da una certa lentezza, probabilmente dovuta a una normativa di riferimento ancora poco chiara e definita, sembra essersi avviato verso una fase di maggiore diffusione.

Con specifico riferimento al contesto italiano, diversi fattori quali il processo di modernizzazione della pubblica amministrazione, l'effetto di apprendimento dovuto al gran numero di esperienze di successo di collaborazione pubblico-privato sviluppate dagli enti locali,⁵ ma anche la trasformazione delle Unità sanitarie locali in Aziende ospedaliere e in Aziende sanitarie locali in seguito all'applicazione del D.L.vo n. 502/92, hanno rappresentato tra le spinte più decise che hanno contribuito a riconsiderare il ruolo dei soggetti privati *profit* e *non profit* nell'ambito del sistema sanitario, valutandone il crescente coinvolgimento in chiave collaborativa rispetto all'azienda sanitaria pubblica.

Rispetto all'ultimo dei fattori sopra richiamati, è possibile osservare come le Unità sanitarie locali, prima della riforma del 1992 fossero soggetti caratterizzati al loro interno da una forte concentrazione di un elevato numero di attività eterogenee svolte per la tutela della salute. Ciò le rendeva istituti tendenzialmente autosufficienti con una scarsa capacità di interazione nei confronti degli altri soggetti dell'ambiente di riferimento. In tale contesto, i rapporti con i soggetti privati

si limitavano a relazioni di puro scambio, finalizzate in particolar modo al reperimento degli input. In seguito alle riforme del sistema sanitario degli anni Novanta si determina una tendenza verso la specializzazione istituzionale con una conseguente riduzione dell'autosufficienza delle aziende sanitarie, spingendo di fatto i rapporti tra aziende sanitarie pubbliche e altri soggetti (pubblici e privati) verso una nuova configurazione.

Il complesso dei fattori messi in evidenza, unitamente alle possibilità offerte dalla nuova normativa, ha determinato una modificazione dei confini dello spazio economico occupato dalle aziende sanitarie pubbliche, la cui ampiezza viene a dipendere dall'intensità (quantità e qualità) delle relazioni che le aziende sono sollecitate ad attivare (Cavalieri, 1999).

In effetti, i decreti sui quali si è basata la riforma degli anni Novanta (D.L.vo 502/92; D.L.vo 517/93; D.L.vo 229/99) hanno determinato, anche ai fini del recupero di efficienza e di efficacia in tale settore, l'ampliamento degli spazi strategici a disposizione del management sanitario, con un conseguente sviluppo significativo delle relazioni di collaborazione tra soggetti pubblici e privati.

Anche in Italia, così come osservato in precedenza per gli altri Paesi Ocse, la collaborazione tra azienda sanitaria pubblica e soggetti privati inizialmente ha avuto come oggetto quei servizi e quelle funzioni che non sono configurabili come servizi sanitari essenziali per l'azienda sanitaria pubblica. Si parla delle cosiddette «esternalizzazioni», che hanno riguardato, soprattutto inizialmente, i servizi *no core* ma che stanno spingendosi negli ultimi anni anche verso quei servizi che assumono maggior rilievo nel conseguimento delle finalità istituzionali (es. servizi infermieristici). In particolare in tale fase ha prevalso la necessità della ricerca di più elevati livelli di efficienza, tramite l'attribuzione a terzi del compito di svolgere determinate fasi del processo produttivo, prima realizzate dal soggetto pubblico al proprio interno, al fine del contenimento dei costi, potendo in tal modo concentrare l'attività sanitaria solo sulle attività considerate strategiche.

Gradualmente, la crescente richiesta di servizi sanitari di elevata qualità ha indotto le aziende sanitarie pubbliche a riconsiderare il ruolo dei soggetti privati all'interno del contesto di riferimento.

Si viene a configurare per il soggetto privato un nuovo ruolo che non è più esclusivamente quello di interlocutore dal quale acquisire input o al quale affidare servizi *no core*, ma quello di soggetto con il quale l'azienda sanitaria pubblica può collaborare in senso più ampio per il perseguimento dei propri fini istituzionali, anche nello svolgimento dell'attività sanitaria.

Nel contesto italiano, dunque, le collaborazioni pubblico-privato in ambito sanitario possono essere considerate il risultato di un percorso che ha privilegiato maggiormente obiettivi di efficienza nella sua fase iniziale (coincidente con le riforme degli anni Novanta), per poi spostare l'attenzione anche su obiettivi di maggiore efficacia, coinvolgendo, di fatto, in maniera più ampia i soggetti privati allo scopo di creare sinergie. Il coinvolgimento del soggetto privato da parte dell'azienda sanitaria pubblica passa quindi da una logica di tipo transazionale, limitata alla fornitura di servizi più o meno appartenenti alle attività *core*, a una logica basata su un rapporto tra tali soggetti sempre più strutturato, duraturo e pervasivo che può riguardare anche lo svolgimento della stessa attività di ricovero e cura. In tale prospettiva l'obiettivo che si intende raggiungere attraverso la collaborazione non è più solo quello di una maggiore efficienza conseguente al contenimento dei costi, ma è anche quello di incrementare la qualità dei servizi erogati al paziente attraverso l'apporto di *know-how* specialistico-professionale, oltre che gestionale, da parte del soggetto privato.

Le numerose e profonde trasformazioni che, nel corso degli ultimi quindici anni, hanno modificato la configurazione del sistema sanitario italiano hanno reso possibile, tra l'altro, l'introduzione e l'adozione di formule organizzative e gestionali innovative volte, tramite la collaborazione tra azienda sanitaria pubblica e soggetti privati, a perseguire obiettivi di efficacia ed efficienza del sistema sanitario.

All'interno di questo scenario, riveste un ruolo significativo uno specifico strumento, introdotto nel nostro ordinamento da alcune disposizioni di legge, attraverso il quale il legislatore ha previsto, al fine di migliorare le condizioni di efficienza del sistema sanitario, che le aziende sanitarie potessero sperimentare «anche in deroga

alla normativa vigente» nuove forme di gestione dei servizi.

Si tratta delle «sperimentazioni gestionali», istituto introdotto dalla legge n. 412 del 30-12-1991 (art. 4), che intende rispondere all'esigenza di favorire il rapporto tra aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati (*profit* e *non profit*) per l'adozione di modelli organizzativi e gestionali innovativi volti al raggiungimento di più elevati livelli di efficienza.

La legge non fornisce una specifica definizione di sperimentazione gestionale e soprattutto non fornisce le modalità attraverso le quali poter realizzare tali iniziative. Ciò determinerà, negli anni successivi, diversi altri interventi da parte del legislatore⁶ e probabilmente la formulazione troppo generica del testo non consentirà, almeno in un primo tempo, una grande diffusione delle esperienze di collaborazione. Tuttavia occorre evidenziare la significativa innovazione apportata dalla norma, tramite la quale il legislatore ha inteso superare le rigidità strutturali del servizio sanitario attraverso il possibile ricorso a nuovi modelli gestionali. Oggi la competenza in materia di sperimentazioni gestionali spetta alle Regioni, le quali possono procedere attraverso una propria regolamentazione in materia, ovviamente nel rispetto della normativa vigente.

Dalle osservazioni fatte finora, emerge chiaramente la portata innovativa di questo strumento, attraverso il quale si è inteso, sia pure attraverso passaggi non sempre lineari, agevolare il ricorso a modelli gestionali innovativi volti ad attenuare le rigidità del sistema sanitario e migliorarne le condizioni di efficacia ed efficienza.

Nelle pagine che seguono saranno illustrati i risultati di una ricerca che si è posto l'obiettivo di mettere in luce gli aspetti caratterizzanti le collaborazioni pubblico-privato in ambito sanitario, con specifico riferimento alle sperimentazioni gestionali, e le condizioni che maggiormente influiscono sugli esiti di tali iniziative. Al fine di conferire maggiore validità allo studio sono state analizzate le sperimentazioni gestionali realizzate nel contesto regionale lombardo, che alla luce delle numerose e differenziate iniziative attivate, si presenta come un terreno di osservazione significativo a tale scopo.

3. Un modello interpretativo delle collaborazioni pubblico-privato

Un'analisi delle collaborazioni pubblico-privato, e quindi delle sperimentazioni gestionali cui si farà di seguito riferimento, si può basare su un modello di riferimento composto dalle seguenti tre variabili:

- le finalità e gli obiettivi;
- il rischio e gli aspetti contrattuali;
- la *governance*.

Le dimensioni economiche (sia patrimoniali, sia in termini di costi e ricavi annuali) completano la comprensione del fenomeno.

Da un punto di vista generale, il modello permette di definire le diverse tipologie di sperimentazioni gestionali, differenziate sulla base delle caratteristiche dei soggetti che le pongono in essere e delle loro aspettative. In altri termini, attraverso l'individuazione della sperimentazione nelle tre variabili considerate è possibile delinearne le caratteristiche e gli specifici tratti gestionali.

La scelta delle tre variabili si collega logicamente:

- 1) al finalismo, o meglio alle motivazioni che i soggetti pubblici e privati hanno in comune, ossia l'area di interesse comune che determina la realizzazione della sperimentazione gestionale stessa;
- 2) all'assunzione dei rischi e dei benefici derivanti dalla nuova gestione;
- 3) alle modalità di governo della sperimentazione. Questo è un aspetto di grande rilevanza, in considerazione del fatto che nel tempo gli interessi possono mutare, l'ambiente si evolve, i finalismi stessi si modificano.

In realtà gli aspetti maggiormente caratterizzanti delle sperimentazioni gestionali⁷ sono da collegarsi a opportunità di sviluppo e di effettiva sperimentazione dell'innovazione. L'elemento alla base di queste iniziative è sicuramente la ricerca di nuove modalità di gestione che permettano di realizzare specifici obiettivi.

Tra qualche anno sarà forse possibile individuare una razionalizzazione *ex post* di questo importante fenomeno nel suo complesso, che ha visto in Italia la realizzazione di numerose esperienze, ma che ancora di più ha fatto discutere, appro-

fondire le tematiche, sviluppare piani di intervento, magari non sempre effettivamente realizzati.

Una possibile riflessione su questo fenomeno e su ciò che ha portato è probabilmente da collegarsi a paradigmi più complessi e a una situazione istituzionale italiana molto rigida.

In questa direzione appare utile ricordare che le forme organizzative del servizio sanitario nazionale sono state molto definite a livello normativo: le unità sanitarie locali, gli ospedali autonomi, le aziende ospedaliere, le aziende sanitarie locali, ecc. In questo scenario il ruolo del soggetto privato, *profit* o *non profit*, era da collegarsi direttamente all'area del convenzionamento e poi dell'accreditamento e, ora in alcune Regioni, del contrattualizzato.

Rispetto alle forme definite dalla normativa, solo poche eccezioni, spesso anch'esse individuate dalla legge, come ad esempio i cosiddetti ospedali classificati o le esperienze del Galliera (Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione) e del Gaslini di Genova (Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico). In realtà, l'esperienza degli istituti scientifici pubblici si colloca nel quadro pubblico in modo rigido e ha subito un processo di riforma più lento rispetto a quello delle altre istituzioni sanitarie pubbliche.

Per quanto riguarda l'ambito del privato, le forme giuridiche, individuate dal codice civile, sono varie e differenziate (società, fondazioni, associazioni, cooperative sociali, consorzi, ecc.). Questa ricchezza di modelli è a disposizione dei soggetti privati per rispondere alle esigenze più diverse: aspetti istituzionali, legati a specifiche fasi storiche, possibilità per i soggetti di concordare l'azione, ecc.

Attraverso le sperimentazioni gestionali dovevano nascere, e in realtà sono nati, soggetti nuovi, capaci di adattare le modalità di azione e gli interessi convergenti sulla base di nuove modalità non rigidamente pubbliche. È dunque questa ricerca di innovazione gestionale e organizzativa, capace di attrarre il privato, che rappresenta la vera base di riflessione da cui muovere.

Le sperimentazioni gestionali perseguono pertanto l'obiettivo di modificare le rigide forme delle strutture del servizio sanitario nazionale (prima) e regionale (in una seconda fase, a partire dal 2001) alla ricerca di quelle modalità

che meglio di altre permettono di determinare i risultati desiderati. In sintesi si focalizza l'attenzione sul rapporto finalismo-organizzazione, ribaltando la diffusa idea organizzazione-finalità presente nel servizio sanitario nazionale e regionale.

Le finalità e gli obiettivi

Rispetto a questo aspetto, occorre considerare che le finalità e i criteri di convenienza che caratterizzano le sperimentazioni gestionali non sono solo quelli tradizionalmente individuati, che si riferiscono agli investimenti, alle capacità organizzative e gestionali del soggetto privato, ma sono da collegarsi anche alla flessibilità del sistema e all'apprendimento organizzativo e istituzionale correlato, ma su questo tema si rimanda a una riflessione successiva.

In linea generale le specifiche finalità che ispirano le sperimentazioni gestionali possono essere così identificate:

– *finalità legate alla realizzazione degli investimenti, in assenza di adeguati finanziamenti*: questa finalità per numerosi anni, prima ad esempio della normativa sviluppata sul tema della finanza di progetto, ha caratterizzato numerose esperienze. Si tratta di affidare la gestione di un servizio a un soggetto che provvede a realizzare anche gli investimenti necessari. In questi ultimi anni sono stati messi a punto numerosi strumenti alternativi alla sperimentazione gestionale per rispondere a questa esigenza che appare comunque significativa all'interno del servizio sanitario nazionale;

– *finalità legate alla qualificazione o riqualificazione della gestione* (nuovo servizio o suo rilancio accompagnato da nuovi investimenti): in questo caso la finalità è di innovare sotto il profilo del servizio, mettendo a disposizione della popolazione un servizio prima inesistente oppure migliorare o rilanciare un servizio già presente. Si affida a un gestore con competenze gestionali specifiche la realizzazione di questo intervento, affidandogli oltre alle competenze tecniche, organizzative e gestionali anche eventualmente il finanziamento degli investimenti. È rilevante in questo caso la competenza gestionale del soggetto terzo, capace di operare nella direzione desiderata;

– *finalità legate alla innovazione tecnologica*: in questo caso la sperimentazione gestionale trova ragione sostanziale nella gestione di specifiche tecnologie, che vengono naturalmente anche finanziate. L'obiettivo, quindi, non è soltanto quello di consentire all'azienda sanitaria pubblica di disporre di una determinata tecnologia attraverso l'apporto economico-finanziario del soggetto privato, ma anche di poter coniugare le competenze specialistiche e professionali dei due soggetti al fine del suo efficace utilizzo.

Tali finalità hanno trovato risposta anche attraverso altre modalità, come ad esempio l'*outsourcing*, l'accreditamento di nuove strutture, ecc. In questi casi non si parla di sperimentazioni gestionali, ma di forme differenti di coinvolgimento del soggetto privato.

Un altro criterio per comprendere la rilevanza delle sperimentazioni gestionali è da collegarsi all'impatto del servizio erogato sul sistema di offerta. In linea di prima approssimazione, si può ipotizzare che la sperimentazione gestionale produca un servizio prima inesistente oppure, all'opposto, continui a produrre un servizio già esistente sul territorio. Nel primo caso si ha una vera e propria innovazione di servizio, mentre nel secondo una innovazione delle modalità di gestione del servizio. Questa distinzione appare molto utile per comprendere l'impatto a livello locale: un nuovo servizio significa inserirsi in una nuova rete, sviluppare un'offerta rivolta a uno specifico bisogno, probabilmente entrare in competizione con altri servizi erogati in altri territori o con servizi succedanei. Nel secondo caso la gestione subentra in una situazione già presente per una riqualificazione, ma con un target già identificato e con una potenziale continuità di gestione.

Il rischio e gli aspetti contrattuali

Un elemento fortemente caratterizzante le sperimentazioni gestionali è da collegarsi al rischio. Il rischio riguarda molteplici aspetti (economico, qualità del servizio, credibilità) che è bene considerare separatamente.

Il *rischio economico* rappresenta la diretta corresponsabilizzazione dell'azienda sanitaria pubblica e del soggetto privato per i risultati che la nuova realtà consegue. Tale rischio è da collegarsi

direttamente ai risultati espressi dal conto economico della sperimentazione gestionale e concerne sia gli utili sia le perdite. Come si suddivide questo rischio tra i soggetti pubblici e i soggetti privati è un aspetto critico di tutte le collaborazioni pubblico-privato.

Appare significativo distinguere tra la responsabilità derivante direttamente dalla forma giuridica e quella derivante da altre forme di «cessione» del rischio realizzate attraverso metodi quali i patti parasociali o altre forme contrattuali.

Questo tema appare centrale nelle sperimentazioni gestionali. Infatti, l'esistenza di un rilevante rischio economico per il soggetto pubblico, dunque l'ente pubblico come imprenditore, parrebbe un elemento, seppure interessante da valutare in via generale, poco comprensibile sotto il profilo delle politiche che si vogliono perseguire attraverso le sperimentazioni gestionali.

Le collaborazioni con il soggetto privato hanno lo scopo di utilizzare le capacità messe a disposizione per realizzare gli obiettivi prefissati. Se tali capacità non consentono di raggiungere gli scopi occorre risalire o al problema di natura progettuale o di natura attuativa. Se di natura progettuale effettivamente si può leggere una responsabilità dell'ente pubblico, se, viceversa, di natura realizzativa occorre fare riferimento a chi ha la guida della gestione.

Una seconda tipologia di rischio è quella relativa alla *qualità del servizio erogato* che probabilmente si traduce nel lungo periodo anche in rischio economico, ma non necessariamente in modo esplicito e diretto. Naturalmente questo rischio è maggiormente complesso da valutare *ex ante*, ma non necessariamente meno problematico del rischio di natura economica. Il rischio per la qualità si traduce in una prestazione erogata non all'altezza delle aspettative, in un livello di servizio non adeguato a soddisfare il bisogno, che genera o altri servizi sanitari (duplicazioni) oppure insoddisfazione nell'utenza.

Infine, il *rischio della credibilità*, difficilmente valutabile, esprime la capacità di dare risposte adeguate e innovative ai bisogni, cioè capacità di progettazione. La credibilità esprime perciò una capacità di generare consenso intorno ai progetti, consenso confermato dai risultati positivi realizzati, non solo sotto il profilo econo-

mico ma anche di qualità del servizio, di adeguatezza delle risposte progettuali. In realtà, la conseguenza di risultati negativi impone che l'azienda pubblica ridefinisca modalità di erogazione e di risposta ai bisogni.

La governance

La struttura giuridica della sperimentazione evidenzia la specifica *governance*. Ulteriori aspetti sono poi identificati attraverso patti e contratti di vario genere e natura.

Per quanto riguarda questo aspetto appaiono di grande rilevanza due questioni: da un lato il ruolo delle aziende pubbliche nelle decisioni fondamentali della sperimentazione e dall'altro le modalità di scelta degli amministratori.

Le soluzioni considerate dalle sperimentazioni sono sicuramente tra loro differenti e differenti sono le modalità di controllo e di valutazione.

In generale si assiste in Italia a una varietà di soluzioni che esprime la capacità di ciascun contesto di sviluppare una importante prospettiva in grado di mettere in luce una forte attenzione alla fattibilità e al controllo.

Una impostazione comune può essere così riassunta: ridurre il rischio; assicurare un orientamento forte attraverso la responsabilità strategica (da assicurare al pubblico); lasciare libero il gestore di operare al meglio.

Questo semplice schema si realizza attraverso molteplici formule giuridiche e patti parasociali. Ciò che appare rilevante e su cui si vuole richiamare l'attenzione è il ruolo fondamentale di programmazione regionale, ossia la capacità di individuare obiettivi su cui indirizzare e valutare in modo sistematico le sperimentazioni gestionali.

Una caratteristica propria di alcune tipologie giuridiche sviluppate è quella di non procedere a una vera e propria procedura concorsuale, generando con ciò non solo opportunità ma anche una certa complessità.⁸ Le opportunità sono legate a una modalità di scelta del partner svincolata da condizionamenti di natura giuridica o procedurale, la complessità è quella di operare all'interno di un ambito istituzionale non congruente con la legislazione pubblica.

Un ulteriore aspetto particolarmente critico concerne gli spazi di azione,⁹ che

dovrebbero essere tali da consentire al soggetto privato di costruire una soluzione sotto il profilo tecnico ed economico che abbia la caratteristica della durabilità.

Da questo punto di vista, si realizza in un certo senso una situazione contrastante: da un lato al soggetto privato è chiesto di aderire a una progettualità di derivazione prevalentemente pubblica e dall'altro si richiede a esso di apportarne una propria. Questa contrastante alternativa si può in parte lenire attraverso due diverse opzioni: da un lato sviluppare un progetto di collaborazione sufficientemente libero, dove il soggetto privato possa esprimere una propria specifica azione indicando le modalità per realizzare il sistema erogativo; dall'altro richiedere veri e propri progetti da parte degli stessi soggetti privati, da gestire successivamente con una procedura a evidenza pubblica, simile a quella prevista per il *project financing*.

4. Una ricerca empirica: le sperimentazioni gestionali in Regione Lombardia

Le sperimentazioni gestionali in ambito sanitario rappresentano fenomeni complessi che, come visto nelle pagine precedenti, possono realizzarsi attraverso molteplici modalità, possono assumere differenti connotazioni in termini di scopi perseguiti, tipologia di rapporto tra i soggetti partecipanti, forme giuridiche.

Per una maggiore comprensione del fenomeno indagato si è ritenuto opportuno analizzare alcune esperienze concrete di collaborazioni pubblico-privato in sanità, nella specifica forma delle sperimentazioni gestionali. Si fa riferimento alle iniziative realizzate in Lombardia, che per numero e caratteristiche appaiono rappresentare un campione interessante ai fini dello studio.

La Regione Lombardia, infatti, ha attivato, a oggi 22 progetti di sperimentazione gestionale, realizzati attraverso diverse soluzioni giuridiche e gestionali.

Si è ritenuto, quello lombardo, un contesto particolarmente adatto all'osservazione dell'oggetto di indagine sia per la rilevanza quantitativa delle esperienze, che per numero rappresentano un campione significativo, ma anche per le caratteristiche presentate in termini di fi-

nalità perseguite, forme giuridiche utilizzate e stati di avanzamento.

L'analisi ha preso in considerazione la quasi totalità di queste esperienze, nello specifico 17 di esse, per le quali è stato possibile reperire i dati e le informazioni necessari.

Sono stati presi in considerazione sia progetti con un livello avanzato di attuazione sia quelli ancora in fase di progettazione, pur nella consapevolezza che per questi ultimi sono possibili, in fase attuativa, modifiche negli assetti.

L'analisi ha utilizzato come metodo quello dei casi. Si sono studiati analiticamente tutti i casi attraverso:

- la descrizione del progetto di *partnership* (*mission*, obiettivi, investimenti, risorse per la gestione corrente, attività erogate, modalità di erogazione, ecc.);

- l'analisi dei risultati raggiunti in termini economici e di livelli di attività. Per gli aspetti di natura qualitativa si è fatto riferimento agli standard di qualità *Joint Commission International*, derivanti da un progetto di implementazione della qualità presente nella Regione Lombardia;

- interviste strutturate con il Ceo della *partnership*;

- interviste con i referenti della proprietà pubblica (Regione, aziende ospedaliere).

I risultati raggiunti dall'analisi sono stati poi schematizzati negli allegati presentati in via sintetica in questo scritto.

Dal punto di vista metodologico, l'analisi è stata condotta innanzitutto attraverso la disamina di tutto il materiale documentale disponibile (delibere regionali, studi di fattibilità, protocolli d'intesa, statuti, ulteriori studi e approfondimenti successivi ove disponibili). Ciò ha consentito, per ciascuna sperimentazione gestionale, di individuare i seguenti aspetti: le finalità e gli obiettivi perseguiti, le caratteristiche dell'offerta nei territori di riferimento; le scelte di natura sanitaria; gli investimenti da realizzare e il relativo fabbisogno finanziario per la copertura; la soluzione giuridica adottata; i criteri di scelta del soggetto privato; le previsioni economiche, finanziarie e patrimoniali legate al progetto; gli aspetti riguardanti il personale.

I dati e le informazioni così rilevati sono stati messi a confronto con quelli

contenuti in un *report* che la Direzione generale sanità della Regione Lombardia richiede semestralmente a ciascuna sperimentazione al fine di monitorarne i risultati.

Si tratta di un *report* nel quale il CEO della sperimentazione gestionale, opportunamente individuato per ciascuna iniziativa, indica una serie di informazioni riguardanti il progetto: attività svolte, investimenti realizzati, personale utilizzato, risultati economici perseguiti.

L'elaborazione dei dati di tale flusso ha consentito di effettuare un confronto tra dati previsionali e consuntivi al fine di poter conoscere, per ciascuna sperimentazione, anche il grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Rispetto alle esperienze individuate, nei paragrafi seguenti, dopo una descrizione dell'evoluzione storico-normativa che ha seguito le sperimentazioni gestionali lombarde, sono illustrati i risultati emersi dall'analisi

4.1. Un po' di storia

Oggi la competenza in materia di sperimentazioni gestionali spetta alle Regioni, le quali, in seguito alla legge n. 405 del 2001 (art. 3), che attribuisce alle Regioni e alle Province autonome il potere di adottare autonomamente i programmi di sperimentazione gestionale (per i quali è sufficiente la loro trasmissione in copia ai Ministeri competenti insieme a una relazione annuale sui risultati conseguiti), si sono variamente attivate negli ultimi anni rispetto all'applicazione di questi modelli all'interno dei diversi contesti.

All'interno di questo scenario, la Regione Lombardia presenta una produzione normativa significativa e un cospicuo numero di progetti di sperimentazione gestionale in atto, che si presentano eterogenei e differenziati per caratteristiche e stadi di avanzamento.

A partire dalla legge regionale n. 31 del 1997, che emana le norme per il riordino del Servizio sanitario regionale e la sua integrazione con le attività dei servizi sociali,¹⁰ la Regione Lombardia intraprende un percorso volto a regolamentare le collaborazioni pubblico-privato in sanità, aprendo di fatto il sistema sanitario regionale alla realizzazione di tali iniziative.

Si individuano, dunque, nelle collaborazioni pubblico-privato strumenti poten-

zialmente adeguati per il recupero di risorse economiche, gestionali e di know-how necessari a erogare prestazioni e servizi nell'ottica del perseguimento degli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità sanciti con l'introduzione del modello sperimentale lombardo e più in generale con l'introduzione dell'aziendalizzazione in sanità.

Sulla base dei primi provvedimenti, cominciano a realizzarsi diversi progetti che costituiranno la base per lo sviluppo di esperienza necessaria ad addivenire a una normativa maggiormente dettagliata della materia.

Dall'analisi della rassegna normativa regionale è possibile individuare un chiaro orientamento della Regione Lombardia a considerare le collaborazioni pubblico-privato uno strumento da sviluppare per il perseguimento di obiettivi di miglioramento delle condizioni del sistema sanitario regionale, in termini di miglioramento delle strutture sanitarie, qualità delle prestazioni e razionalizzazione delle risorse.

Tra le norme più significative in tema di collaborazioni pubblico-privato in ambito sanitario si veda **box 1**, occorre mettere in evidenza la del. G. reg. VII/18575 del 5 agosto 2004 (integrata e aggiornata dalla del. G. reg. VIII/7854 del 30 luglio 2008). Essa armonizza e completa i provvedimenti emanati precedentemente definendo più chiaramente obiettivi da perseguire, integrando gli strumenti utilizzabili per la collaborazione con i soggetti privati e introducendo uno specifico *iter* autorizzativo da seguire per l'attivazione delle sperimentazioni gestionali.

In realtà, l'orientamento della Regione Lombardia di promuovere lo sviluppo delle collaborazioni pubblico-privato nell'ambito delle politiche sanitarie regionali, emerge più chiaramente se si osservano i documenti di programmazione.

Oltre al Piano regionale di sviluppo (PRS) della VII legislatura (del. C. reg. VII/39 del 2000), che faceva riferimento alla possibilità di ricorrere alle collaborazioni pubblico-privato per reperire risorse finalizzate al miglioramento delle strutture sanitarie, anche il Prs dell'VIII legislatura (del. C. reg. VIII/25 del 2005) conferma tale tendenza. Esso infatti rileva che l'attività regionale dovrà essere improntata al miglioramento continuo della qualità dei servizi e all'attenzione al territorio, prevedendo tra le azioni prin-

cipali il miglioramento della rete di strutture sanitarie attraverso la realizzazione di interventi di edilizia sanitaria, che contemplano l'utilizzo di modelli finanziari innovativi (es. *project financing*) e sperimentazioni gestionali, e l'evoluzione del modello degli ospedali pubblici tramite la costituzione di fondazioni a maggioranza pubblica.

Ancora in ambito di documenti programmatori, il Piano socio-sanitario regionale 2002-2004 (del. C. reg. VII/462 del 13 marzo 2002) riserva una particolare attenzione alle iniziative di collaborazione tra aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati, in considerazione della necessità rilevata di introdurre forme innovative di organizzazione e gestione dei servizi.

In particolare, esso cerca di orientare in questa direzione da un lato le Asl, al fine di indirizzarle verso forme di esternalizzazione di alcune prestazioni socio sanitarie e sociali in modo che esse possano concentrarsi sul governo della domanda e sulle fondamentali funzioni di vigilanza e controllo. Dall'altro lato, in merito all'offerta di assistenza ospedaliera, il documento prevede una riqualificazione della rete degli ospedali e la riorganizzazione della rete di emergenza urgenza. Per perseguire questi obiettivi e realizzare i necessari investimenti in capitale umano, sviluppo delle professionalità, tecnologie e logistica delle strutture, il Pssr 2002-2004 contempla, oltre all'effettuazione degli stessi da parte pubblica, anche la possibilità di individuare fonti alternative attraverso il coinvolgimento, a livello nazionale e internazionale, di altri soggetti pubblici e privati. Esso inoltre prevede la trasformazione degli ospedali pubblici in fondazioni al fine di coinvolgere soggetti privati, con l'obiettivo di garantire maggiore flessibilità ed efficienza nella gestione, rapidità nell'esecuzione delle decisioni, investimenti in infrastrutture e tecnologie, e maggiore orientamento del management all'equilibrio economico finanziario.

Infine, il Piano socio-sanitario regionale 2007-2009 (d.c.r. VIII/257 del 26 ottobre 2006) affronta diffusamente il tema delle collaborazioni pubblico-privato e delle sperimentazioni gestionali. Esso riconosce chiaramente l'importanza di «esplorare il contributo del privato che, come testimoniato dalle sperimentazioni gestionali in atto, può offrire un contribu-

to importante, qualificato ed equilibrato rispetto alle risorse a disposizione, nella gestione dei servizi». In realtà il documento pone una certa attenzione alle sperimentazioni gestionali, anche sulla base delle valutazioni delle esperienze in essere, ma precisa al contempo l'importanza di alcuni fattori di cui si dovrà tenere conto per l'attivazione delle iniziative future. Tra questi, il ruolo delle Asl, le quali dovranno essere coinvolte nelle sperimentazioni gestionali non a progetto ormai avviato, ma la stessa sperimentazione dovrà essere corredata dal parere di congruità programmatica dell'Asl competente per territorio. Inoltre, ribadisce il principio cardine su cui devono basarsi le sperimentazioni gestionali, ossia che il governo e la programmazione delle attività devono essere «sempre» in mano pubblica, sia a livello regionale che locale.

Le norme e i provvedimenti esaminati finora hanno rappresentato la base di riferimento principale sulla quale si sono sviluppate le sperimentazioni gestionali realizzate nel territorio lombardo. E lo stesso complesso di norme nel tempo si è perfezionato anche in seguito alla valutazione delle esperienze condotte.

È possibile affermare che la diffusione delle sperimentazioni gestionali nel contesto lombardo sembra essere stata determinata principalmente dalla attesa di un cambiamento e da una *vision* che individua nel privato investitore una ricchezza per la sanità pubblica, un modo per generare maggiore efficacia e maggiore efficienza a livello di sistema nel suo complesso. La Regione, infatti, attraverso le sperimentazioni gestionali, ha inteso perseguire l'obiettivo di migliorare le strutture e la qualità dei servizi sanitari, cercando di contenere la crescita della spesa sanitaria, rendendola compatibile con l'equilibrio economico di sistema.¹¹

L'adeguamento normativo, deve essere interpretato come volontà di continuare nelle sperimentazioni gestionali, modificando, in base alle evidenze empiriche, le condizioni istituzionali, organizzative e finanziarie al fine di favorire migliori condizioni di fattibilità. In altri termini l'adeguamento normativo è basato sui risultati delle esperienze e dice di un sistema attivo e in grado di correggere e modificare le condizioni per realizzare risultati positivi.¹² Le esperienze di collaborazione realizzate, che sicuramente

hanno incontrato anche criticità rilevanti, sembrano essere andate nella direzione desiderata e questo ha determinato da un lato una maggiore diffusione delle stesse, dall'altro un perfezionamento dell'impianto normativo sul tema, conseguente all'analisi delle criticità riscontrate.

Prima di procedere con la rappresentazione dei risultati della ricerca condotta sulle sperimentazioni gestionali lombarde e al fine di consentire una migliore conoscenza del contesto analizzato, si riporta nella tabella¹³ una sintesi di tali esperienze, che descrive brevemente per ciascun progetto gli obiettivi perseguiti, la data di avvio, le dimensioni economiche in termini di fatturato, le unità di personale coinvolto nelle attività oggetto della sperimentazione e la formula giuridica adottata (**tavola 1**).

4.2. I risultati dello studio

Ad oggi, come messo in evidenza nelle pagine precedenti, la Regione Lombardia ha attivato 22 progetti di sperimentazione gestionale, che si presentano tra loro differenziati per finalità perseguite, modalità organizzative e gestionali adottate, risultati raggiunti.

Tutti i progetti si sono sviluppati dal 1999 a oggi, anche se in realtà la maggiore diffusione si constata, come mostrano le relative delibere di approvazione, negli anni che vanno dal 2003 in poi.

I risultati emersi dall'analisi, che saranno esposti nelle pagine che seguono, sono stati valutati rispetto alle variabili del modello interpretativo illustrato nelle pagine precedenti (cfr. § 3). Sono stati inoltre presi in considerazione alcuni altri aspetti anch'essi ritenuti rilevanti per la valutazione di queste iniziative.

Nello specifico, rispetto al modello interpretativo, l'analisi si è basata sulla valutazione delle finalità delle sperimentazioni gestionali osservate, del rischio e della *governance*. Gli altri aspetti indagati sono stati il raggiungimento degli obiettivi economici e di investimento previsti e gli aspetti relativi al personale.

Con riferimento alle finalità che l'azienda sanitaria pubblica e il soggetto privato possono perseguire attraverso una sperimentazione gestionale, è possibile affermare che nel contesto regionale lombardo i diversi interventi normativi che si sono succeduti negli ultimi anni, da un lato, e l'intrinseca eterogeneità dei

casi esaminati, dall'altro, offrono uno scenario differenziato e complesso.¹⁴

Rispetto alla classificazione individuata nel modello interpretativo proposto, i risultati emersi dall'analisi consentono di affermare che la maggioranza delle sperimentazioni gestionali lombarde (14 casi, circa l'82% del totale) si pone come finalità la riqualificazione della gestione (**tabella 1**).

Il ruolo principale assunto dalle sperimentazioni gestionali in Lombardia è quello di strumento volto a consentire al pubblico di riqualificarsi e di realizzare, attraverso attività direttamente controllate, un miglioramento qualitativo e di efficienza. Sono naturalmente presenti anche altre motivazioni, ma la riqualificazione del servizio pubblico appare come elemento determinante le scelte gestionali di riorganizzazione.

In merito al rischio, è stato preso in considerazione in particolare il rischio economico, in quanto di più agevole valutazione in relazione alle informazioni disponibili ai fini dell'analisi empirica.

Uno degli elementi di maggiore rilievo nelle sperimentazioni gestionali è rappresentato dalle modalità di ripartizione del rischio economico tra i soggetti partecipanti e in che misura esso incide su ciascuno di essi.

Nel complesso, i casi osservati nel contesto lombardo evidenziano una certa varietà di responsabilità, ma una costanza di assenza di rischio da parte del soggetto pubblico. Nell'esperienza lombarda ciascun progetto è caratterizzato da propri rischi che trovano nei partner privati un primo punto di riferimento. La Regione, cui compete l'approvazione dei progetti, può essere considerata il principale valutatore di questo rischio: essa prudentemente realizza un sostanziale trasferimento del rischio, e naturalmente anche del beneficio, in capo al soggetto privato partecipante alla gestione.

Infine, l'altro aspetto preso in considerazione dal modello di analisi è quello della *governance*, ossia del complesso di regole giuridiche, ma anche economiche, finalizzate a rendere il governo dell'azienda efficace, efficiente e corretto ai fini della tutela dei portatori di interesse.¹⁵

Nel complesso, le sperimentazioni gestionali osservate appaiono orientate in particolare all'individuazione della corretta formula giuridica da adottare, e

sembrano porre meno attenzione ai principi e strumenti aziendali che, come la prima, producono anch'essi riflessi importanti sul governo della collaborazione. Soltanto in pochissimi casi, infatti, è stato rilevato un utilizzo di indicatori per la valutazione sistematica della sperimentazione gestionale nei suoi vari aspetti (economico, finanziario, sanitario, ecc.) da parte dei soggetti partecipanti. Indicatori di questo genere possono rappresentare uno strumento utile per il governo della collaborazione, in quanto consentono un maggiore controllo da parte del soggetto pubblico sulla conformità, rispetto a standard attesi, dell'attività svolta dal soggetto privato. La loro presenza nelle sperimentazioni osservate può ritenersi trascurabile.

Più evidenti, dunque, quantomeno in questa fase delle sperimentazioni lombarde, appaiono i riflessi derivanti sia dalle specifiche soluzioni giuridiche prescelte per l'attivazione dei progetti, sia dai patti parasociali e contratti di vario genere che vanno a incidere sulle prime.

Nello specifico, le formule giuridiche adottate dalle sperimentazioni lombarde vedono una netta prevalenza rispetto alle altre, dell'associazione in partecipazione (9 casi, circa il 52% del totale), come è possibile vedere nella **tabella 2**.

Ciò probabilmente è dovuto al fatto che questa formula giuridica non richiede necessariamente una gara a evidenza pubblica per la scelta del soggetto privato, ma consente la modalità della scelta diretta. È interessante notare, infatti, come in circa i 2/3 delle esperienze osservate, per la scelta del partner privato, è stata quest'ultima la modalità di individuazione.

Come detto in precedenza, l'analisi empirica effettuata sulle esperienze lombarde ha analizzato, al fine di evidenziare altri elementi rilevanti del fenomeno indagato, anche gli aspetti di tipo economico e quelli riguardanti il personale.

Per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi economici e di investimento (**tabella 3**), i risultati conseguiti dalle sperimentazioni lombarde appaiono ancora al di sotto di quelli attesi.¹⁶

Nello specifico, dal punto di vista economico, i conti economici dei progetti analizzati mostrano che per la metà dei casi individuati (50%) si rilevano risultati economici di gestione inferiori rispetto alle attese.

Dall'analisi emerge che la sperimentazione gestionale è ritenuta dagli attori coinvolti anche una modalità di azione attraverso la quale modificare gli assetti economici, tramite la ricerca di maggiore efficienza. Tuttavia, si sono riscontrati diversi fattori che hanno determinato spesso una divergenza tra risultati economici conseguiti e previsioni formulate.

In alcuni casi l'effettiva difficoltà a realizzare performance economiche in linea con le attese sembra imputabile a livelli di produzione inferiori a quelli previsti, conseguenti soprattutto a ritardi negli investimenti che non hanno consentito di realizzare nei tempi dovuti livelli di attività ottimali ai fini dell'equilibrio economico della gestione. In altri casi, il soggetto privato partecipante alla collaborazione e deputato a gestire le attività ha dovuto affrontare le criticità derivanti da strutture caratterizzate, fino al momento dell'inizio del progetto, da situazioni economiche particolarmente critiche e difficilmente recuperabili, a parte poche eccezioni, nel breve periodo. In altri ancora si è rilevata un'effettiva carenza da parte del soggetto privato nella gestione delle attività che ha condotto a risultati economici negativi.

Con riferimento agli investimenti, si rileva per 10 progetti il raggiungimento degli obiettivi fissati (circa il 67% del totale). Le sperimentazioni gestionali rimanenti hanno risentito di un certo ritardo nella realizzazione degli investimenti, che nella quasi totalità dei casi sono di competenza del soggetto privato. Se dunque, l'orientamento verso il percorso di collaborazione intrapreso tra pubblico e privato si presenta accettato dalle parti coinvolte, si evidenziano in alcuni casi difficoltà nel rispetto dei tempi di realizzazione degli investimenti previsti dagli accordi di collaborazione. Occorre sottolineare, tuttavia, a livello di sistema sanitario regionale, una situazione di complessivo miglioramento qualitativo e di riqualificazione delle strutture ospedaliere, difficilmente realizzabile tramite i finanziamenti da parte regionale, considerando la limitatezza delle risorse disponibili.

Con riguardo agli aspetti relativi al personale, si può affermare che nelle sperimentazioni gestionali la gestione delle risorse umane spesso assume una certa problematicità, in particolare nella fase di passaggio del personale dalle aree di atti-

vità precedentemente svolte nell'ambito dell'azienda sanitaria pubblica partecipante alla collaborazione a quelle svolte presso il nuovo soggetto derivante dalla sperimentazione gestionale.

Tale criticità è dovuta principalmente, da un lato, alla gestione di due diversi tipi di contratto, pubblico e privato, che, sebbene basati su concetti di fondo analoghi presentano differenze talvolta rilevanti, dall'altro, anche ai nuovi assetti organizzativi derivanti dalla nuova gestione da parte del soggetto privato.

La questione relativa al personale è stata affrontata nelle sperimentazioni gestionali lombarde con l'impiego dell'istituto del comando, ossia del distacco del personale alle dipendenze funzionali del nuovo soggetto gestore delle attività, previa concessione di disponibilità da parte degli operatori stessi e con opzione di passaggio, attraverso specifici incentivi, al contratto di diritto privato alle dipendenze della nuova società. In tale contesto, al personale comandato presso il nuovo soggetto si aggiunge o si sostituisce a seconda dei casi, personale di nuova assunzione regolato direttamente con contratto di diritto privato.

4.3. Alcune evidenze

I risultati emersi dall'analisi dei casi osservati hanno consentito di mettere in evidenza le caratteristiche e le criticità principali che caratterizzano il composito e articolato panorama delle sperimentazioni gestionali lombarde. Alla luce di tali risultati si ritiene opportuno esprimere alcune considerazioni anche al fine di fornire spunti di riflessione che possano essere di qualche utilità nella eventuale realizzazione di progetti futuri.

Un primo aspetto che si vuole mettere in evidenza è quello del ruolo che assume la Regione in questo tipo di collaborazioni pubblico-privato. La Regione deve rappresentare un solido punto di riferimento per le parti coinvolte, allo scopo di contribuire attivamente allo sviluppo e al consolidamento nel lungo periodo della collaborazione. Ciò deve realizzarsi non solo tramite la definizione di una normativa organica e completa che disciplini la materia e il controllo sistematico dei progetti,¹⁷ ma anche attraverso una presenza costante che consenta agli attori partecipanti alla collaborazione di risolvere più agevolmente i problemi contin-

genti che in questo tipo di iniziative diffusamente si verificano.

Sarebbe interessante, a questo scopo, considerare l'opportunità di prevedere politiche tese a generare processi di adeguamento e di cambiamento nel tempo.

Un altro aspetto che si ritiene interessante è legato alla progettualità delle sperimentazioni gestionali.

Nei casi osservati, i progetti sono stati proposti dall'azienda sanitaria pubblica e il soggetto privato ha partecipato contribuendo attraverso l'apporto di innovazione gestionale e risorse professionali e finanziarie. Il ruolo assunto dai soggetti privati, dunque, fa sì che essi si muovano all'interno di una sperimentazione gestionale la cui progettualità è di derivazione pubblica. A questo proposito, sarebbe interessante considerare l'ipotesi di un coinvolgimento del soggetto privato anche nella fase progettuale della sperimentazione al fine di pervenire a modelli e soluzioni che possano consentirgli maggiormente, sempre all'interno degli obiettivi posti dalle politiche regionali, di esprimere le proprie potenzialità.

Infine, un ultimo aspetto sul quale si intende richiamare l'attenzione, riguarda la necessità di implementare sistemi di misurazione adeguati per verificare sistematicamente il grado di raggiungimento degli obiettivi che la sperimentazione è chiamata a perseguire nelle varie fasi del suo svolgimento.

La Regione Lombardia ha predisposto e impiega sistematicamente uno strumento (flusso informativo) per il monitoraggio periodico (semestrale) delle sperimentazioni gestionali in atto. Ma un ulteriore sforzo dovrebbe essere compiuto a livello aziendale, tramite la definizione, l'individuazione e l'impiego sistematico da parte delle aziende sanitarie pubbliche partecipanti alla collaborazione di sistemi che possano consentire efficacemente la misurazione dei risultati conseguiti, durante i diversi stadi di evoluzione del progetto, rispetto alle attese dello stesso, al fine di valutarne la capacità di raggiungerli nei livelli e nei tempi previsti. Tali sistemi dovrebbero far parte integrante del progetto di gestione elaborato, e avere, rispetto alle varie sperimentazioni il maggior grado di omogeneità possibile, al fine di un confronto critico e costruttivo delle varie esperienze in essere.

L'analisi condotta permette di affermare che, sebbene le esperienze osservate

abbiano incontrato diverse difficoltà sul piano organizzativo e gestionale, queste appaiono comunque superabili, potendosi ritenere le sperimentazioni gestionali modelli potenzialmente adeguati al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Appare emergere con evidenza una continua ricerca da parte del soggetto pubblico di modelli innovativi finalizzati al superamento delle rigidità del sistema. Ciò si traduce nella reimpostazione e reinterpretazione in senso collaborativo dei rapporti con gli attori privati operanti all'interno del medesimo contesto, che prendono forma attraverso le sperimentazioni gestionali, che consentono al soggetto pubblico di disporre di maggiori strumenti per affrontare più agevolmente le criticità che caratterizzano l'attuale sistema sanitario.

5. Conclusioni

Le partnership pubblico privato, con particolare riferimento a quelle prese in considerazione nell'ambito di questa ricerca, ossia le collaborazioni aventi a oggetto la gestione delle attività di natura clinica e non limitate ai soli aspetti organizzativi, alberghieri o di puro finanziamento, appaiono molto complesse da realizzare.

Se, da un lato, le potenzialità sembrano molto rilevanti (riqualificazione dell'intervento pubblico, assorbimento del *know how* dal privato, ecc.), dall'altro le condizioni per la vita e la durabilità della partnership appaiono difficili da mantenere nel tempo.

La progettualità di sola derivazione pubblica, l'assenza di strumenti di revisione della *mission* della sperimentazione gestionale, l'assenza di sistemi formalizzati di verifica di nuove condizioni organizzative non facilitano la possibilità di raggiungere gli obiettivi prefissati.

L'analisi qui presentata non ha l'intenzione di valutare le politiche in ambito di partnership pubblico-privato della Regione o di altre *Health Authorities*, ma quella di verificare la possibilità che collaborazioni con spiccati contenuti di natura clinica (quindi il *core* del servizio sanitario) possano rispondere opportunamente agli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria e di riqualificazione e miglioramento del livello di servizio.

Il punto centrale che emerge dall'analisi con particolare riferimento al rischio

e alla *governance* è la difficoltà di generare nel tempo condizioni positive, generare condizioni di economicità nel lungo periodo.

Le politiche delle *Health Authorities* o delle Regioni rivestono un ruolo determinante per la vita e lo sviluppo delle iniziative di collaborazione.

Quello che appare necessario, in merito a questo aspetto, è il superamento del paradigma della partnership pubblico-privato come sperimentazione, per promuovere formule gestionali innovative che permettano una dinamica evolutiva che possa produrre nel tempo innovazione organizzativa, di *output*, qualitativa e di *outcome*. In altri termini, ciò significa, ad esempio, rendere maggiormente variegata le forme di *governance*, individuare in modo più esplicito il soggetto che si assume il rischio e sicuramente individuare modalità semplici e trasparenti per lo sviluppo della *mission* della partnership stessa.

Per quanto riguarda il caso preso in esame, ossia quello della Regione Lombardia, nei prossimi anni si potrà valutare, da un lato, se le politiche regionali sono state in grado di determinare una maggiore efficienza e qualità dei servizi attraverso le sperimentazioni gestionali e, dall'altro, se le esigenze di sviluppo sono state realizzate attraverso un decentramento di responsabilità o attraverso un accentramento decisionale a livello regionale.

Note

1. Per confine, in questo caso, si intendono i limiti dell'area di influenza delle aziende, considerando l'ambiente in termini di istituti con i quali l'azienda stessa interagisce.
2. In questi casi l'esigenza è quella di superare la frammentazione degli interventi da parte dei governi dei Paesi non ancora sviluppati, degli organismi internazionali di promozione e finanziamento allo sviluppo, di organizzazioni non governative a scopo umanitario. Le *Public Private Partnership* sono una possibile formula che può garantire queste condizioni.
3. Si stima che in almeno 50 Paesi le spese non coperte dal sistema sanitario che gravano direttamente sui cittadini ammontano almeno alla metà della spesa sanitaria complessiva (WHO, 2000).
4. Tra i più diffusi modelli giuridici per la realizzazione delle collaborazioni pubblico-privato in sanità si mettono in evidenza i seguenti: società mista; *leasing* (operativo, finanziario, immobiliare); fondazione; *project financing*; *general contractor*; sponsorizzazioni; conces-

- sione (di servizi o di costruzione e gestione); *global service*.
5. «La diffusione delle collaborazioni pubblico-privato in campo sanitario ha origine anche da una sorta di effetto di emulazione degli enti locali che, a seguito della legge 142/90 sulle autonomie locali, hanno sperimentato una ampia varietà di formule innovative dall'*outsourcing*, al *project finance* per la costruzione e la gestione delle infrastrutture, alle formule di *global service* per la gestione della logistica, per l'implementazione dell'*information communication technology*, per la gestione del patrimonio immobiliare e delle attrezzature» (Cuccurullo, 2005).
 6. Tra i più significativi si ricordano i seguenti provvedimenti: a) D.L.vo 502 del 1992, che, tra le altre cose, parla di società mista a capitale pubblico-privato per la realizzazione delle sperimentazioni gestionali e pone un limite massimo di nove sperimentazioni che è possibile attivare nell'ambito del territorio nazionale; b) D.L.vo n. 229 del 1999, che supera il limite delle nove sperimentazioni e introduce criteri di garanzia in ordine alla composizione dell'assetto societario (maggioranza pubblica) e alle caratteristiche dei soggetti privati coinvolti (privati *non profit*); c) legge n. 405 del 2001, che regola la materia nei suoi aspetti procedurali e riconduce le sperimentazioni alla sola volontà regionale, sopprimendo l'autorizzazione della Conferenza Stato-Regioni e attribuendo totale autonomia in materia alle Regioni e alle Province autonome.
 7. Su questo tema si veda anche la ricerca dell'Agenzia delle regioni Assr (2003).
 8. Non per tutte le forme giuridiche previste per le collaborazioni tra pubblico e privato emerge chiaramente la modalità di scelta del socio privato. Se, ad esempio, nella società mista, nonostante nulla sia stabilito in merito, la giurisprudenza amministrativa e la dottrina sono sostanzialmente concordi nel ritenere che la scelta del socio privato debba avvenire attraverso procedure concorsuali, a garanzia della trasparenza e della imparzialità della Pubblica amministrazione, nell'associazione in partecipazione non emerge una tale indicazione, sebbene sia previsto comunque che alla fine della durata dell'associazione, l'eventuale passaggio a una società mista debba avvenire secondo procedura concorrenziale.
 9. Sul concetto di spazio di azione si veda Zangrandi, 1988.
 10. La norma sancisce, tra l'altro, la separazione fra i soggetti acquirenti di prestazioni sanitarie e gli erogatori e la piena parità dei diritti e dei doveri dei soggetti erogatori a contratto a carico del Ssr, privilegiando un modello gestionale che affida alle Aziende sanitarie locali il compito prevalente di programmare e finanziare le prestazioni sanitarie di diagnosi e cura e di controllarne quantità e qualità e alle Aziende ospedaliere quello di erogare tali prestazioni. Ciò ha rappresentato terreno fertile per addivenire a una specifica regolamentazione a livello regionale delle sperimentazioni gestionali.
 11. La Regione Lombardia con quasi 10 milioni di abitanti è tra le poche regioni italiane che ha mantenuto nel tempo un equilibrio economico.
 12. Negli ultimi anni questo continuo adeguamento normativo si è bloccato, anche in considerazione delle decisioni di natura politica di non aumentare il numero delle sperimentazioni in atto.
 13. I dati e le informazioni riportati nella tabella sono aggiornati a dicembre 2007.
 14. La Regione Lombardia nella del. G. reg. 18575 del 5 agosto 2004 («Linee guida per l'attivazione di collaborazioni tra Aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati») evidenzia da un lato la complessità di identificare gli obiettivi e che questi sono individuati dalle aziende pubbliche sulle basi di articolate finalità. Fornisce poi un lungo elenco di 10 punti che spaziano dal miglioramento dei requisiti dei servizi resi al pubblico al trasferimento del rischio di impresa. Sottolinea anche che le collaborazioni pubblico e privato devono essere utilizzate per i progetti di eccellenza scientifica. In particolare: «miglioramenti dei servizi resi all'utenza; adeguamento delle strutture ai requisiti previsti dalla normativa sull'accreditamento e sulla sicurezza; innovazione e adeguamento tecnologico; sperimentazione di nuove formule gestionali, affinché l'azienda sanitaria possa concentrare i propri sforzi sul miglioramento dell'*outcome*; corretto utilizzo del personale, favorendo la concentrazione del personale esistente e soprattutto del personale dirigente sul *core-business*; reperimento di risorse finanziarie; mantenimento di strutture erogatrici sul territorio; riduzione dei costi; trasferimento del rischio di impresa; maggiore integrazione tra sanità e assistenza, salvaguardando le fasce deboli della popolazione come gli anziani».
 15. Per le diverse accezioni del termine *governance* nelle amministrazioni pubbliche si veda, tra gli altri, Airoidi, Forestieri (1998); Del Vecchio (2001); Borgonovi (2002); Longo (2005).
 16. Sembra interessante richiamare parte della letteratura internazionale in tema di eccessivo ottimismo rispetto ai benefici attesi dallo sviluppo di relazioni interaziendali (Hamel, 1998).
 17. Si ricorda che la Regione Lombardia, con i d.d.g. n. 22671 del 14.12.2004 e n. 2944 del 16.03.2006, ha costituito la «Commissione di monitoraggio, verifica e controllo delle sperimentazioni gestionali e collaborazioni pubblico-privato».

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

Backsourcing in healthcare organizations. The experiences of AOU Trieste and ASL Rm B

MANUELA S. MACINATI, ANTONIO D'URSO, FLORI DEGRASSI, MARCO FACHIN, ANTONELLA LETO

This paper focuses on backsourcing (bringing some or all of the previously outsourced activities back in-house), introduces backsourcing as the final part of the outsourcing process, and considers the outsourcing/backsourcing process as a continuum. To analyse the outsourcing/backsourcing phenomenon, a qualitative research based on case-studies has been conducted involving two Italian public healthcare organizations that have made the decision to backsource. Results show that more strategic and operative control is needed to manage the outsourcing relationship. In this sense, the outsourcing/backsourcing decision-making may be interpreted as an experience-based managerial phenomenon based on a critical evaluation of the past results.

Keywords: outsourcing; backsourcing
Parole chiave: outsourcing; backsourcing

Authors

Manuela S. Macinati: Università Cattolica del Sacro cuore, Facoltà di Economia;
Antonio D'Urso, Flori Degrassi e Antonella Leto: Asl Roma B;
Marco Fachin: Azienda Ospedaliero-Universitaria «Ospedali Riuniti di Trieste»

1. Introduction

Starting from the '90, in healthcare NPM-inspired reforms were introduced and managerial and economic practices from the private sector were launched aiming at pursuing greater efficiency, cost containment and effectiveness. In particular, the national health policy has created many incentives for healthcare organization to outsource services and activities previously performed in-house. In particular, under managerialism, public healthcare providers were given greater decision-making autonomy coupled with incentives to specialize both on the delivery of certain services and on the core service. From this last point of view, public healthcare providers were expected, but not forced, to outsource non-core services in order to achieve higher efficiency and quality (Ministry of Health Guidelines, 1996), while core services could be outsourced by creating a public-private partnership (Sperimentazioni gestionali, art. 9-bis, Legislative Decree 502/92).

Within this environment, Italy witnessed increasing use of outsourcing in healthcare organizations. Nevertheless, recent researches on outsourcing (Macinati, 2008; Young, 2008) have showed that the benefits of outsourcing did not always align to managers' expectations, especially in the cost containment and efficiency area. This phenomenon may be particularly noteworthy in the light of the concern that has emerged in recent years about the outcomes of NPM-inspired reforms and the lack of effectiveness in part due to poor implementation (Hood, 1998; Lapsley, 1992, 2008; Pettersen, 2001; Robbins, 2007; Groot and Budding, 2008; Young, 2007).

INDEX

1. Introduction
2. Outsourcing and backsourcing: literature review and research model
3. The backsourcing experiences
4. Discussion and conclusions

This concern has also been expressed by the Italian National Health Plan 2005-2008, which stated that the lack of effectiveness of the Italian healthcare sector reform is also a consequence of «management inaptitude to adopt effective decisions making in the organizational rationalization and services sourcing».

Considering the lack of effectiveness of outsourcing, many healthcare organizations are reconsidering their decision and opting for bringing back to internal provision these outsourced services. This phenomenon of «pulling back in-house [previously outsourced] activities as outsourcing contracts expire or are terminating» has been defined as backsourcing (Hirschherim, 1998; see also Kern and Willcocks, 2001). While the backsourcing phenomenon is somewhat studied within the private sector, to date no research on this topic has been carried out in the public healthcare sector.

Against this background, the present study aims to focus on the backsourcing practices and the related decision-making process as a means to better understand the management of Public Private Partnerships (PPPs). To this end a qualitative research based on case-studies has been applied involving two healthcare organizations.

2. Outsourcing and backsourcing: literature review and research model

Research (Young 2005, 2007; Macinati, 2008; Kakabadse and Kakabadse, 2000; Avery 2000) has thus found that decision makers have outsourced for a number of reasons: a desire to reduce costs and increase efficiency; a desire to focus on competitive advantage (also see Quinn 1999); a desire to introduce workforce flexibility; a desire to improve department management; a desire to improve industrial relation (labour relations); a desire to satisfy personal objectives; and a desire to adhere to government ideology. Additional reasons such as taking advantage of innovation (Cannadi and Dollery 2005), spreading risk (Kremic, Tukul and Rom, 2006), have also been found to be influential. In relation more specifically to the intersection of industrial relations and management, in Italy institutional pressure reduction, especially concerning labour force hiring and

management, has been found a driving force for outsourcing (Macinati, 2008).

In regard to outcomes, that it is generally agreed that outsourcing has advantages in allowing organisations to reduce costs (Hodge, 1996; Cubbin, Domberger and Meadowcroft, 1987; Domberger and Rimmer, 1994), introduce labour market flexibility (Rimmer, 1993), and focus on core competencies (Rimmer, 1993). Costs have been reduced through job losses (Cannadi and Dollery, 2005), changing work practices (Young, 2007), improving departmental skills and practices (Young, 2007), and reducing standards of service (Cannadi and Dollery, 2005). Notwithstanding, empirical evidence has found outsourcing to be problematic with those who have looked at international evidence suggesting that merely transferring ownership from the public to the private sector has achieved limited results (Macinati, 2008), and may even be counter-productive (Ernst, 1997:14 as cited in CDIH & HIC, 2001). Public sector resource management, accountability and employment are all impacted upon when changes to policy of this magnitude are conducted (Colling and Ferner, 1995).

Furthermore it has been reported that in relation to costs, increases on re-awarding of contracts have been found (Rimmer, 1993; Evatt Research Centre, 1990) and indeed the costs have not completely evaluated in the initial decision to outsource (Young, 2007, 2008; Rimmer 1993; Willcocks 1994; Macinati, 2008). Problems have arisen in areas such as service quality (Young, 2007, 2008; Domberger and Rimmer 1994), employee safety (Kochan *et al.*, 1994) and employee morale (Young, 2008; Arnett and Jones, 1994), in relationships between the host organization and the contractor (Kremic *et al.*, 2006) and generally there has been found to be a lack of control over the functioning of the service and behavior of contract staff (Young, 2008). And in some cases organizations have sought to bring back the service to internal provision due to the problems that had eventuated. Indeed Young (2005) found that health organizations were intending to bring back the outsourced service due to lack of control over outcomes and where outsourcing resulted in enhancing staff skills and knowledge.

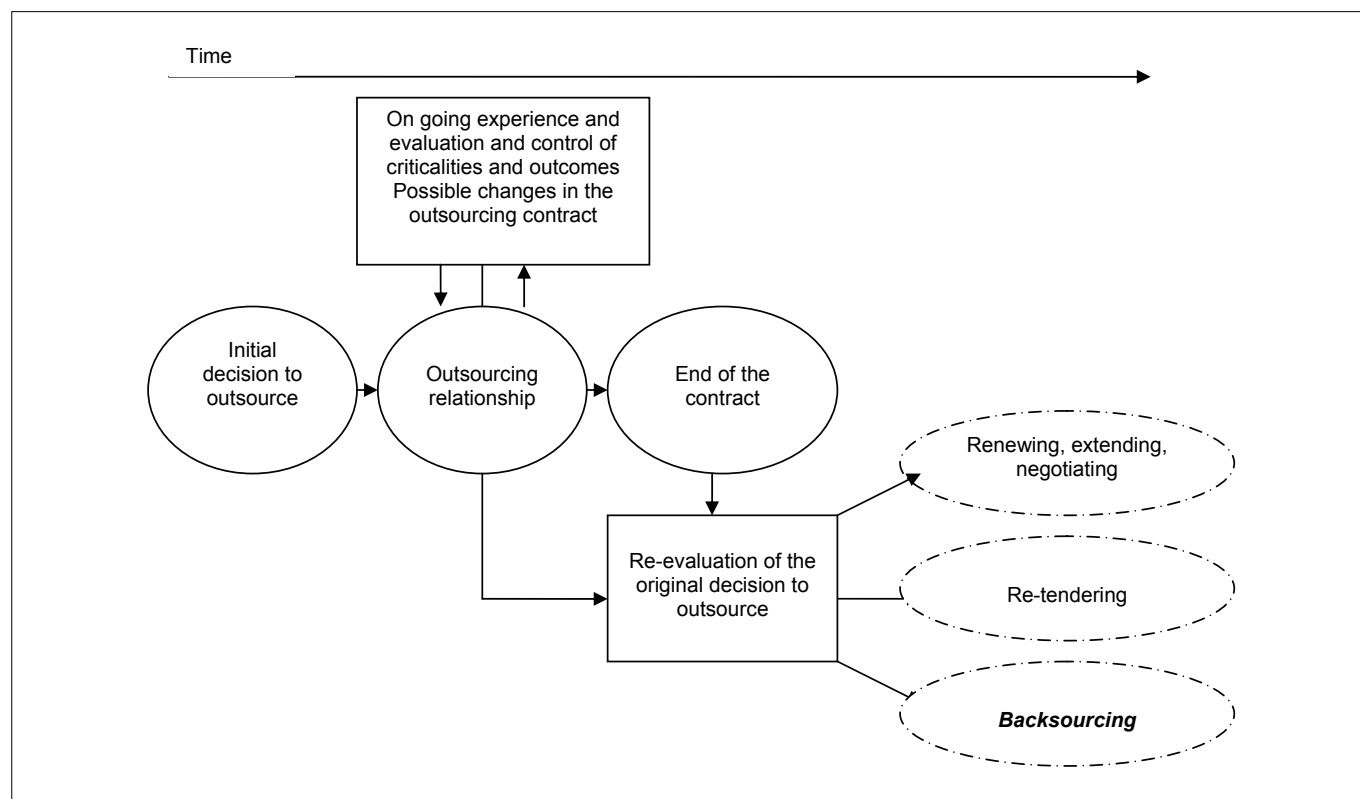
Indeed in discussing this relatively new phenomenon of bringing services back to internal provision Tadelis (2007) has reported that in a recent Deloitte Consulting Survey of 25 «world- class organizations» that one-quarter of companies had brought back business functions in house after realizing that they could do the work more successfully themselves and at a lower cost. Nearly half identified hidden costs as the most common problem with firms finding that unexpected complexity, lack of flexibility amongst outsourced providers and friction translated into higher costs than originally anticipated.

The above reported definition of back-sourcing by Hirschheim, and by Kern and Willcocks implies that there is an active decision to bring the activities back in-house, and that this decision is made having considered other options such as extending, renewing, or renegotiating the existing contract, or re-tendering to test the market and potentially find a new outsourcing vendor. Following the McLaughlin and Peppard (2006) reasoning, after the contract is awarded to the vendor, and after an initial transition period, the

client begins to experience the services and deliverables of the outsourcing contract. The contract may proceed normally and reach the end of its term uneventfully. Alternatively, several types of change can occur during the contract: a change in the management team, or changes in key individuals, or business change and evolution – either extension into new product areas or new markets, or the reverse – contraction due to poor business performance, can lead to the choice to re-evaluate the original decision to outsource. At that point, the main options for this decision are: 1. To renew, extend, or renegotiate some or all of the outsourcing contract with the original outsourcing vendor for better terms in the light of experience and expected new needs; 2. To re-tender some or all of the outsourcing contract to the market to establish whether a different vendor can meet the needs of the organisation better; 3. To backsource some or all of the previously outsourced activities and carry them out in-house.

The model in **figure 1** is based on the above evaluations and illustrates a summary of the issues leading towards the re-eval-

Figure 1



uation of the outsourcing decision, and the main options available at that point.

The above presented interpretative model highlights that research should consider the entire outsourcing/backourcing continuum as it can be interpreted as a sole decision-making process. This continuum involves the initial decision to outsource, which should be supported by an appropriate cost-benefit analysis (see, for example, Cepiku and Meneguzzo, 2006), the outsourcing relationship, and the end of the contract. In such a continuum, the control over criticalities and results plays a crucial role. During the contract the control can suggest to renegotiate some or all of the outsourcing contract with the original outsourcing vendor; at the end of the contract, the control can lead to backsource some or all of the previously outsourced activities.

The above illustrated model has been employed to analyse the backourcing experiences of two Italian public healthcare organizations

3. The backourcing experiences

3.1. The backourcing experience of AOU «Ospedali Riuniti di Trieste»: backourcing internal transports

The make or buy decision-making process

Starting from the '90s, many ancillary services have been outsourced by AOU «Ospedali Riuniti di Trieste». Many reasons were at the basis of this choice. The first reason involved cost reductions and efficiency improvements. To this end, AOU «Ospedali Riuniti di Trieste» started contracting out services and activities previously performed internally according to the common belief that obtaining the service externally is less expensive than performing it internally. The second reason stands from strategic considerations. By outsourcing activities that are peripheral or non-core, the management aimed at focusing the available resources on areas where the organization had core competitive advantages. Finally, the third reason had to do with political ideology and management «fad and fashion».

The belief that outsourcing services is less expensive than performing it in-house was

the most powerful argument for outsourcing at AOU «Ospedali Riuniti di Trieste». This aprioristic belief did not always allow doing an evidence-based choice supported by cost analyses. Often, in fact, non-core activities are outsourced too automatically and insufficient consideration is given to the full economic impact of outsourcing.

The outsourced activities were: catering, cleaning, laundry, waste management, internal transportation. With reference to this last outsourced activity, in addition to the above mentioned reasons for outsourcing, the contracting-out was due the retirement of the personnel employed in the service and the hiring freeze (i.e. *blocco delle assunzioni*) intended to contain public spending. Under these circumstances, outsourcing was used to solve the problems of human resource turnover, compensation, selection and training (Pfeffer, 1992) and thus avoid or even do away with institutional pressures. Recently, the outsourcing practice has been extended to the building maintenance service.

Relationship management and control

Over the time, the outsourcing experiences analysis showed room for improvement both in the outsourcing contract and relationship management and control area. Starting from 2004 - as the AOU «Ospedali Riuniti di Trieste» was created from the Azienda Ospedaliera aiming at integrating care, teaching and research - the new management team began to face the outsourcing related issues. In that period, in fact, many important outsourcing contracts were expiring (cleaning, laundry, waste management, catering, building and equipment maintenance). Under these circumstances, the management revised the outsourcing contracts in order to improve the relationship management and cost analysis. To this end, the outsourcing contracts were analysed and grouped according to two different variables: i) their impact on patients (high/low), and ii) investments required (high/low). As a consequence, different groups of services were defined: i) services with a high impact on patients as cleaning, laundry, waste management, ii) services with a low impact on patients, as building and equipment maintenance, iii) services

which require high investments in organization and technology capacity, as catering.

Cleaning, laundry, waste management and building and equipment maintenance were outsourced by a global service contract. Under global service, the provider were responsible for delivering the service as well as a range of activities including planning (accordingly with the AOU objectives), monitoring and improvement of the outsourced service. Consequently the provider was required to manage a range of activities which encompassed pre and post-operative service including internal and external customer satisfaction. This was considered a means to improve quality and reduce costs. At the same time, the «AOU di Trieste» new management devoted particular attention to the relationship with the provider in order to increase the information on the outsourced service. In fact, up to that time the available information on the outsourced service were limited and inaccurate. The achievement of the desired levels of information availability for outsourced service critical information was considered important for decision-making processes and potential future modification of the outsourcing contract. In the past, important phenomenon of information asymmetry had emerged with the provider having relevant information that was unknown to the hospital. Among them, information on the hospital structure (e.g. n. of square meters) and hospital processes (e.g. n. of hospital bedding per patient). This created the imbalance of power in transactions and could cause the transaction to be unsuccessful and inefficient as a consequence of adverse selection or moral hazard phenomenon.

To reduce the information asymmetry, starting from 2005 for catering and 2006 for cleaning, a new information system has been adopted to exchange information between «AOU di Trieste» and the provider. The information flow includes the quality and the quantity of the services provided, data on pre and post-service activities, and cost data organised by service and cost centres. Data are monthly updated by AOU. Bi-annually, face-to-face meetings between AOU and the provider are organised to evaluate the process and quality of the provided service as well as to verify the contract specifications and objectives (e.g. outsourcer personnel train-

ing). To this end, an additional 10% random sample analysis on the outsourcer personnel' payroll is performed to make sure that the outsourcer respects the entire employment legal obligations.

The back sourcing process of internal transports

The outsourcing relationship control and higher information availability were the determinants of the contract modification and back sourcing decision-making.

Starting from 2006, the internal transports outsourcing contract (contract value: 650.000 €/year) was re-evaluated. Initially, the contract was renegotiated with the original provider for better terms in the light of experience to make it more efficient and controllable for «AOU di Trieste». The original contract stated the price to be based upon the outsourcer personnel working hours. This did not allow an effective risk sharing between AOU di Trieste and the outsourcer and hindered the control over the real number of worked hours. In 2007, the contract price terms were renegotiated and a price based on a unit price for each type of transport service provided (e.g. equipment transportation within the same building; move of an office in another building). The control activities involve both the outsourcer monthly notation of the provided services and the requests of transport services made by the different departments and offices of AOU di Trieste. If the notation matches the requests, AOU di Trieste proceeds with the payment.

The renegotiation of the contract allowed AOU di Trieste to save 250.000 €/year. However, the outsourcing contract was again revaluated to achieve better results. In particular, the back sourcing option of internal transports was considered as a part of a strategic management change process based on a reengineering process. In particular, it was evaluated whether the internal personnel could perform the non-exceptional internal transport activity. In fact, the hospital had personnel who were in charge of warehouse transport and logistic activities. Through a better internal organization, these personnel could have been devoted to managing non-exceptional internal transports.

<i>Outsourcing costs</i>	<i>Backsourcing costs</i>
€ 300.000 (external supplier costs)	€ 8.000 (financial incentives) € 10.000 (safety equipment)

Table 1
The cost analysis

The backsourcing decision-making was supported by a cost-based evaluation. In particular, a cost-benefit analysis based on a cost comparison of backsourcing vs outsourcing was performed (**table 1**). The total costs of bringing outsourced services back in-house were both fixed and variable. The considered variable costs were mainly related to financial incentives to personnel, whilst fixed costs mainly pertained to safety equipments and measures, and training. Those costs were compared to current costs of outsourcing, namely the external supplier costs.

Cost analysis did not involve the reengineering and switching costs.

The logistic department was considered in charge of the backsourced activity. Within this department, a new office has been created aiming at managing the internal transport service.

The encountered criticalities were mainly related to low morale amongst personnel and union resistances. These criticalities were overcome through personnel involvement in decision-making and financial incentives.

Results of backsourcing are aligned with the cost containment and efficiency objectives. The comparison between current costs (year 2008) with external supplier costs shows that costs decreased of around 70% in 2005-2008 (**table 2**).

3.2. The backsourcing experience of Asl Rm B: backsourcing nursing service

The make or buy decision-making process

Starting from the second half of the '90s, the past management of the Asl Rm B out-

sourced many services. Outsourcing involved both ancillary (catering, cleaning, internal transports, etc.) and essential clinical services (nursing, integrated home-care, health assistance centres – RSA, etc.).

Reasons for outsourcing were wide-ranging: i) coping with the lack of personnel and avoiding institutional rules concerning labour force recruitment and management ii) gaining additional skilled and specialized workforce, iii) developing a strategic management change process, iv) assuring the delivery of public services.

The decision-making process involved the strategic management and the department managers of the outsourced services. No new organizational units were created to control and manage the outsourcing relationship.

Achieved results varied across outsourced services. When the reason for outsourcing had been related to recruiting difficulties, outsourcing allowed Asl Rm B to higher efficiency and assure the delivery of the considered service. This is the case of the liquid oxygen home delivery service. Outsourcing allowed Asl Rm B to save € 7.782 (excluding VAT) in a three year period and to deliver a service that included telemedicine. In other cases, the outsourcing relationship was strategically re-evaluated. This is the case of nursing, which had been outsourced starting from 1999 when the «solvent» ward had been created. Under these circumstances, the management outsourced the nursing service within the ward. Afterwards, the partial outsourcing of nursing had been chosen to cope with the lack of personnel and avoid institutional rules concerning labour force recruitment and management. In 2005, 120 outsourced nurses (provider nursing staff) worked together with the personnel from Asl Rm B. The partial outsourcing of nursing encountered many difficulties mainly related to the union resistance and the poor morale of the internal personnel coupled with re-

Table 2
Costs of the internal transport activity (2005-2008)

Year	Cost (€)	Price terms	Outsourcing/In-house
2005	650.000	Working hour price	Outsourcing
2006	650.000	Working hour price	Outsourcing
2007	450.000	Fee for service	Outsourcing
2008	200.000	Fee for service	In-house+outsourcing

relationship problems between internal and outsourced nurses. Nevertheless, the partial outsourcing of nursing allowed Asl Rm B to obtain workforce that would not otherwise be available and thus deliver healthcare services to patients and avoid problems related with personnel management (i.e. personnel replacement in case of illness).

Relationship management and control

Starting from 2005, when the budgeting was introduced, the outsourcing relationship management and control have been strengthened. Within the organizational unit «Professioni sanitarie assistenza infermieristica e ostetrica» a new organizational structure has been created to manage and control the outsourcing relationship. The outsourcing relationship management and control is currently based on budgeting. Monthly, the outsourcing manager receives a budget that includes the goals to be achieved in the budget period. Then, a control on the achieved results based on activity and costs data is performed and a variance analysis is carried out. The control procedure includes both ex ante and ex post control. Ex ante control focuses on budget data and its consistency with activity data, whilst ex post payment orders are checked and verified against the budget. This procedure makes sure that the outsourcing is in accordance with budget and purchasing orders. In this case, the payment to the provider will be carried out.

Over the time, the outsourcing relationship control and the higher information availability allowed the Asl management to negotiate better contractual conditions, build relationship trust and cooperation with the provider, and develop higher internal coordination capabilities.

The process of backsourcing nursing personnel

Starting from 2005, when the new CEO was appointed, the nursing partial outsourcing was re-evaluated. Two different issues were considered: i) legal/strategic and ii) organizational implication of partial nursing outsourcing. Legal implications related to the fact that nursing was only partially outsourced. This did not meet the requirements

of *appalto di un'opera o di un servizio*, but qualified the outsourcing as an *intermediazione di manodopera*, which is forbidden in Italy by law (see L. 1369/60 and D.L.vo 276/03) and considered in contrast with the ASL strategy, which aims to the public interest pursuing.

Organizational implications concerned internal personnel reactions to nursing outsourcing. Initially, internal personnel were hostile to outsourcing and un-cooperative with vendor's personnel. Consequently, initiatives were introduced aiming at integrating internal and vendor's personnel. Later on, lower productivity and higher absenteeism rate by internal personnel were observed. This could have influenced the service quality. The evaluation of both legal and organizational implications of outsourcing required the contract to be re-evaluated and terminated. No cost analysis of the backsourcing option was performed as the reasons were related to legal/strategic and organizational issues. Even though the regional requirement to contain personnel costs, in 2006 the ASL backsourced the nursing service and announced a public competition for around 100 nurses. Nursing outsourcing is now limited to three services, considering their specific nature and the circumstances of their delivery: voluntary pregnancy interruption service, ambulatory care for foreign patients, and *intramoenia* hospital service.

ASL encountered some criticalities during the backsourcing process mainly related to the new personnel hiring, which delayed the contract termination and postponed the conclusion of the backsourcing of nursing. As the process was concluded in 2008, economic and organizational results of backsourcing are still under evaluation. There is not doubt, however, that the backsourcing is aligned with the ASL's strategic goals and the public interest pursuing.

4. Discussion and conclusions

This paper explores the backsourcing phenomenon in healthcare and describes its characteristics in two case-studies. The research findings derived from the analysis have proposed some relevant insights into issues and practices that have not been paid adequate attention in the healthcare literature.

Firstly, outsourcing can be considered as an important tool that healthcare management may use to reach their objectives, but sometime it seems to be misused. In particular, it seems to be interpreted as a method of shifting staffing responsibility to a private provider, who may have a «bank» of staff, due to institutional constraints related to workforce hiring and management policies.

In this vein, healthcare managers should not simply consider outsourcing as a method to shift staffing responsibilities to a private provider, but in understanding all of its potential implications; consider it in all of its complexity (see, for example, Longo, 2006). When not considering it in its totality, healthcare managers could encounter loss of internal knowledge, skills and infrastructure, and emerging quality issues. Due to switching costs it may lock-in outsourcing and in not understanding the situational constraints, outsourcing may actually lead to increase costs. Hence it points to the need for decision-makers to fully understand the implications on and of their decisions on all areas such as quality, staffing and control over work practices and vendor behaviour. Leading from this, secondly, healthcare management should consider that the outsourcing and back-sourcing decision-making process has to be supported by accurate economic evaluations, proper cost/benefit comparisons, a clear understanding of all transaction costs, and pre-measured contract specifications. In fact, case-studies showed that the outsourcing/back-sourcing decision-making did not consider all the categories of costs or cost-analysis was not performed because strategic and legal reasoning was considered predominant. However, the lack of cost-based decision making based on a prior assessment of costs and efficiency can be one a major problem. In addition, this could to some extent reveal a failure of the managerialism-inspired reforms to spread a rational model of decision-making based on private sector management techniques to enhance efficiency in the public sector. However, a managerial learning-by-doing process

seemed to emerge. Considering the inability of outsourcing to reach managerial expectations, the considered healthcare organizations have returned to internal provision. In this sense, the outsourcing/back-sourcing decision-making may be interpreted as an experience-based managerial phenomenon based on a critical evaluation of the past results. However, returning to internal provision should not be considered as a panacea to outsourcing failure and other organizational issues. Outsourcing can be interpreted as a change management strategy but importantly as reported by in other studies (Young, 2008) it is not a panacea to work practice and productivity issues.

Without considering all of these issues, healthcare managers may be unsatisfied with their outsourcing and back-sourcing experiences. The research points to a managerial learning-by-doing process being used. Using outsourcing and then back-sourcing as actions to counter efficiency, cost and quality concerns seems to place healthcare providers on a merry-go-round of searching for «magic potions».

From a policy viewpoint this research showed the importance of decision-makers having a clear understanding of their environments and what is impacting on their own situations. In particular, it revealed drivers coming from institutions and government, human capital and legal environments that each in their own way impact on the decision to outsource and back-source in health. This does not mean that managerialism can not be successfully and fruitfully implemented in similar highly constrained contexts. On the contrary, managerialism should be operationalized at the local level taking into account each organisation's environment including the myriad of factors from institutional and government pressures, legal environments, and labour market considerations. In this way, managers can develop an evidence-based approach, and not accept or simply follow fads or paradigms imported blindly from other sectors or contexts without questioning.

REFERENCES

- ABRAHAM K.G., TAYLOR S.K. (1993), «Firm's use of outside contractors: theory and evidence», NBER working paper, Cambridge.
- ARCARI A.M. (1996), «L'outsourcing: una possibile modalità di organizzazione delle attività di servizi», *Economia & Management*, 4, pp. 109-121.
- EVERY G. (2000), Outsourcing public health laboratory services: a blueprint for determining whether to privatize and how», *Public Administration Review*, 60, pp. 330-337.
- BENDOR-SAMUEL P. (1998), «The brave new world of outsourcing», in <http://www.outsourcing-journal.com>
- BILLI J.E., PAI C., SPAHLINGER D.A. (2004), «Strategic outsourcing of clinical services: a model for volume-stressed academic medical centres», *Health Care Management Review*, 29, pp. 291-297.
- BRANDES H., LILLIECREUTZ J., BREGE S. (1997), «Outsourcing – success or failure? Findings from five case studies», *European Journal of Purchasing and Supply Management*, 3, pp. 63-75.
- BUXBAUM P. (2002), «Bringing IT back home», *Computerworld*, July, 36.
- CARLSON B. (1989), «Flexibility and theory of the organization», *International Journal of Industrial Organization*, 7, pp.189-203.
- CULLEN S., SEDDON P., WILLCOCKS L. (2005), «Managing outsourcing: the lifecycle imperative», *MIS Quarterly Executive*, 4 (1), pp. 229-246.
- CEPIKU D., MENEGUZZO M. (2006), «L'externalizzazione: strategia e strumenti», Capitolo 2, in G. Vetrillo (a cura di), *L'externalizzazione strategica nelle amministrazioni pubbliche*, Dipartimento della Funzione Pubblica, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli, pp. 24-50.
- GREENBERG E.R., CANZONERI C. (1997), *Outsourcing: the AMA survey*, American Management Association, New York.
- HIRSCHHEIM R. (1998), «Backsourcing: An emerging trend?», *Outsourcing Journal*, September.
- JANSSENS S.M., MOHAGHEGH S. (2005), «Outsourcing versus in house provision of sleep diagnostic services», *Journal of American Academy of Business*, 6, pp. 336-343.
- KAKABADSE N., KAKABADSE A. (2000), «Critical review-outsourcing: a paradigm shift», *Journal of Management Development*, 19, pp. 670-728.
- KERN T., WILLCOCKS L.P. (2001), *The Relationship Advantage: Information Technologies, Sourcing, and Management*, Oxford University Press, Oxford.
- KESSLER I., COYLE-SHAPRIO J., PURCELL J. (1999), «Outsourcing and the employee perspective», *Human Resource Management Journal*, 9, pp. 5-19.
- LONGO F. (2006), «Governance delle reti di pubblico interesse: quali strumenti manageriali per rispondere ai problemi attuativi?», *Azienda pubblica*, 1, pp. 13-35.
- MACINATI M.S., Young S. (in corso di pubblicazione), «International perspectives on backsourcing in health: is it just a Merry-Go-Round?», *Healthcare Management Review*.
- MACINATI M.S. (2006), «Outsourcing in sanità: “successo” o “fallimento”? Indicazioni da una ricerca empirica», *Politiche Sanitarie*, 7(3), pp. 105-121.
- MACINATI M.S. (2008), «Outsourcing in the Italian National Health Service: findings from a national survey», *International Journal of Health Care Planning and Management*, 23, pp. 21-36.
- MCCARTHY I., ANAGNOSTOU A. (2003), «The impact of outsourcing on the transaction costs and boundaries of manufacturing», *International Journal of Production Economics*, 88, pp. 61-71.
- MCLAUGHLIN D., PEPPARD J. (2006), «IT backsourcing: from “make or buy” to “bringing it back in-house”», Paper European Conference on Information Systems, Göteborg, Sweden.
- MORAN J. (1999), «Outsourcing successful if bottom line improves», *Computing Canada*, 25, pp. 27-28.
- OVERBY S. (2003), «Bringing I.T. back home», *CIO Magazine*, 1 March.
- OVERBY S. (2005), «Backsourcing Pain», *CIO Magazine*, 1 September.
- ROBERTS V. (2001), «Managing strategic outsourcing in the healthcare industry», *Journal of Healthcare Management*, 46, pp. 240-249.
- SAMUELS M. (2005), «The insourcing trend is bringing it all back home», *IT Week*, 12 May.
- TIERNAN C. (2002), «The three “R”s – Renegotiating, Retendering, Reinsourcing», *IMIS Journal*, October, pp. 21-22.
- VERHOEF C. (2005), «Quantitative aspects of outsourcing deals», *Science of Computer Programming*, 56, pp. 275-313.
- WHITTEN D., LEIDNER D. (2006), «Bringing IT back: an analysis of the decision to backsource or switch vendors», *Decision Sciences*, 37, pp. 606-621.
- YOUNG S. (2007), «Outsourcing: uncovering the complexity of the decision», *International Public Management Journal*, 10, pp. 307-325.
- YOUNG S., MACNEIL J. (2000), «When performance fails to meet expectations: managers' objectives for outsourcing», *The Economics and Labour Relations Review*, 11, pp. 36-68.
- YOUNG S. (2005), «Outsourcing in the Australian health sector», *International Journal of Public Sector Management*, 18, pp. 25-36.

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengano figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

La reinternalizzazione dei servizi in sanità. L'esperienza dell'Aou di Trieste e della Asl Rm B

MANUELA S. MACINATI, ANTONIO D'URSO, FLORI DEGRASSI, MARCO FACHIN, ANTONELLA LETO

1. Introduzione

I decreti di riforma del Servizio sanitario nazionale (Ssn) hanno modificato il sistema di obiettivi e vincoli attribuito agli istituti sanitari pubblici nel perseguimento delle finalità istituzionali, indirizzando i modelli tradizionalmente impiegati per la gestione delle combinazioni economiche di produzione e consumo verso logiche di ispirazione economico-aziendale. In questa fase di sviluppo del Ssn, l'autonomia concessa alle aziende, l'esigenza di conseguire più elevati livelli di economicità, la normativa regionale, le pressioni istituzionali hanno favorito il ripensamento da parte del management aziendale dell'estensione delle combinazioni economiche aziendali. In particolare, a partire dalla seconda metà degli anni '90, si è assistito a una generale contrazione dell'estensione verticale delle combinazioni economiche attivate dalle aziende sanitarie pubbliche attraverso l'affidamento a soggetti privati di servizi o fasi del processo di produzione precedentemente svolti *in-house*. Tra le diverse forme di esternalizzazione, ha assunto particolare rilievo l'*outsourcing*, qui inteso come una «particolare modalità di esternalizzazione che ha per oggetto l'enucleazione di intere aree di attività, strategiche e non, e che si fonda sulla costituzione di una partnership tra l'azienda che esternalizza e un'azienda già presente sul mercato in qualità di specialista» (Arcari, 1996). Lo sviluppo dei rapporti di *outsourcing* avallati dalle linee guida ministeriali per quanto riguarda le attività non sanitarie (Linee guida del Ministero della Sanità, 1996) e dai decreti di riforma per quanto riguarda le sperimentazioni gestionali (art. 9-bis, D.L.vo 502/92 e successive modifiche), è tra i fenomeni più significativi del c.d. processo di aziendalizzazione del Ssn.

Precedenti ricerche (Macinati, 2006) hanno messo in luce l'elevata diffusione dell'*outsourcing* sia nell'area dei servizi ausiliari

che in quella dei servizi sanitari, soprattutto per far fronte a esigenze di maggiore efficienza e di superamento dei vincoli istituzionali legati all'assunzione del personale. A fronte dell'elevato ricorso ai rapporti di *outsourcing*, tuttavia, è emersa una diffusa incapacità degli stessi di conseguire le attese di risultato del management aziendale, specialmente qualora attivati per il contenimento dei costi e il miglioramento dell'efficienza. Tale fenomeno assume particolare rilevanza alla luce della preoccupazione espressa dal Piano sanitario nazionale 2006-2008 circa i risultati del processo di aziendalizzazione anche a causa di «situazioni legate prevalentemente a incapacità delle direzioni aziendali nell'adottare misure di razionalizzazione dell'organizzazione e dell'acquisizione di beni e servizi».

La valutazione dei risultati conseguiti attraverso l'affidamento a terzi, analogamente a quanto accaduto nel mondo delle imprese (Samuels, 2005), ha recentemente indotto alcune aziende sanitarie pubbliche a riconsiderare la decisione di *outsourcing* e a reinternalizzare (*backsourcing*) alcuni dei servizi precedentemente affidati a terzi (Macinati e Young, 2009).

Nonostante la rilevanza del tema, la letteratura nazionale e internazionale ha dedicato una limitata attenzione al fenomeno del *backsourcing*. Questo lavoro si propone di analizzare tale fenomeno proponendone un modello di analisi e riportando alcune esperienze di *backsourcing* realizzate da aziende sanitarie pubbliche allo scopo di individuare le possibili modalità di governo di una partnership pubblico-privato (PPP). In particolare, vengono discussi alcuni fondamenti teorici in tema di *outsourcing* e successivo *backsourcing* necessari alla costruzione del modello interpretativo (§ 2), e analizzate due esperienze di *backsourcing* di servizi di supporto e sanitari essenziali (§ 3). Il lavoro si conclude con alcune valutazioni di sintesi (§ 4).

SOMMARIO

1. Introduzione
2. *Outsourcing* e *backsourcing*: analisi della letteratura internazionale e definizione del modello di analisi
3. Le esperienze di *backsourcing*
4. Discussione e conclusioni

2. *Outsourcing e back sourcing*: analisi della letteratura internazionale e definizione del modello di analisi

La letteratura, soprattutto internazionale, ha riservato ampio spazio all'analisi teorica ed empirica del fenomeno dell'*outsourcing* individuandone le motivazioni, le caratteristiche e i benefici attesi (Kakabadse, Kakabadse, 2000; Abraham, Taylor, 1993; Bendor, Samuel 1998; Carlson, 1989; McCarthy, Anagnostou, 2004; Young, Mcneil, 2000; Brandes *et al.*, 1997). Con specifico riferimento al settore sanitario, gli studi internazionali sull'argomento si sono fortemente sviluppati nel corso degli ultimi anni, soprattutto come conseguenza del crescente ricorso da parte delle aziende sanitarie all'affidamento a terzi (Roberts, 2001; Billi *et al.*, 2004; Janssens, Mohaghegh, 2005; Young, 2005; Macinati, 2008).

La letteratura, basandosi su teorie di ispirazione economica o strategica, riporta numerose motivazioni e correlati benefici che possono indurre le aziende a ricorrere all'*outsourcing*. Le motivazioni e i benefici dell'*outsourcing*, pur nella varietà degli approcci teorici a supporto delle diverse analisi, possono essere ricondotti a considerazioni di carattere economico-finanziario o strategico. In particolare, il ricorso all'*outsourcing* consentirebbe di realizzare la riduzione dei costi, la massimizzazione dell'efficienza, una maggiore focalizzazione sul *core business*, l'accesso a competenze e tecnologie esterne, la condivisione dei rischi, una più elevata flessibilità gestionale (Young, 2005, 2007; Macinati, 2008; Billi *et al.*, 2004; Kakabadse, Kakabadse, 2000; Avery, 2000). Altra motivazione per le scelte di *outsourcing* può essere individuata nelle pressioni che provengono dal contesto di riferimento. Specialmente in determinati settori, quali ad esempio il settore sanitario pubblico, le aziende ricevono delle pressioni dall'ambiente istituzionale nel quale operano (si pensi a quelle in tema di gestione e reclutamento del personale) e alle quali tentano di rispondere riducendo il perimetro delle attività svolte internamente.

Nonostante l'importanza del tema, minore attenzione è stata attribuita alla valutazione delle problematiche incontrate a seguito dell'affidamento a terzi e del

successo delle operazioni di *outsourcing* realizzate.

Le problematiche incontrate in conseguenza dell'*outsourcing* sono state sintetizzate da Kern e Willcocks (2001) secondo i quali un elevato numero di aziende ha incontrato «gravi/difficili problemi» (p. 5) di carattere strategico (scarso allineamento tra obiettivi aziendali e obiettivi del terzo), economico (aumento dei costi), gestionale (demotivazione del personale interno, difficoltà di gestione del rapporto con il terzo), operativo (difficoltà nel definire i livelli di servizio offerti dal terzo, difficoltà di controllo dell'*output*), contrattuale (contratti carenti in numerosi aspetti legati ai diritti/doveri del terzo) e tecnico (scarsa preparazione del personale esterno).

La valutazione del successo delle operazioni di *outsourcing*, che può essere interpretato come grado di raggiungimento dei benefici attesi, implica un'attenta attività di controllo (operativo, direzionale e strategico) dei risultati conseguiti e un confronto sistematico con quelli attesi. Gli studi sull'argomento evidenziano come i risultati dell'*outsourcing* siano spesso inferiori ai benefici attesi. Secondo una ricerca dell'*American Management Association* riferita ad aziende operanti in diversi settori economici, circa il 75% dei manager intervistati ritiene che le operazioni di *outsourcing* non abbiano raggiunto i risultati attesi (Greenberg, Canzoneri, 1997). Alcuni studi riferiti all'*outsourcing* dei sistemi informativi dimostrano che solamente in circa la metà dei rapporti di *outsourcing* considerati si è riscontrata l'attesa riduzione dei costi (Kessler e altri, 1999) e che gli attesi vantaggi derivanti dalla focalizzazione sulle *core competencies* in vista del conseguimento del vantaggio competitivo non si sono di fatto manifestati (Moran, 1999). Con particolare riferimento al settore sanitario, la letteratura internazionale ha evidenziato come il successo delle operazioni di *outsourcing* risulterebbe minore qualora esse fossero state realizzate per motivazioni prevalentemente economiche (Young, Mcneil, 2000) o qualora fossero state adottate dall'azienda in risposta a esigenze contingenti (Brandes *et al.*, 1997). Analogamente, una ricerca relativa alle aziende sanitarie pubbliche italiane (Macinati, 2006) ha messo in luce che gli obiettivi della riduzione dei costi di produzione e del miglioramento dei

livelli di efficienza sono quelli per i quali si assiste più frequentemente a risultati inferiori rispetto alle attese del management aziendale; diversamente, il ricorso all'*outsourcing* permetterebbe l'attenuazione dei vincoli istituzionali, che risultano spesso determinanti nel decretare le scelte di *outsourcing*.

Il controllo e la valutazione dei limitati risultati conseguiti attraverso il ricorso all'*outsourcing* hanno portato diverse aziende operanti in vari settori economici a rivedere la scelta iniziale e a reinternalizzare i servizi precedentemente affidati a terzi. Numerose sono altresì le aziende che, sebbene non pienamente soddisfatte dei rapporti di *outsourcing* attivati, portano avanti l'esperienza di esternalizzazione (per il settore sanitario pubblico, si veda Macinati, Young, 2009). Nonostante la soddisfazione rispetto all'*outsourcing* possa migliorare con il consolidamento del rapporto con il terzo (Overby, 2005), la già citata ricerca dell'*American Management Association* rivela che oltre il 50% degli intervistati hanno riportato *in-house* almeno una delle attività oggetto di *outsourcing* (Greenberg, Canzoneri, 1997).

Nonostante l'importanza del fenomeno, la pratica della reinternalizzazione appare meno indagata in letteratura e ancora circoscritta a lavori di tipo divulgativo, probabilmente a causa della relativa novità del fenomeno. La limitata analisi del tema si riflette inoltre nella mancanza di una terminologia comune per riferirsi al medesimo fenomeno. In particolare, i termini più frequentemente impiegati dalla letteratura internazionale risultano essere «back sourcing» e «insourcing».

Hirschheim (1998) e Kern e Willcocks (2001) impiegano il termine *back sourcing* definendolo come il processo attraverso il quale servizi precedentemente affidati in *outsourcing* vengono portati nuovamente *in-house* al termine del contratto con il terzo. Samuels (2005) e Verhoef (2005) impiegano il termine «insourcing», mentre Overby (2003), Buxbaum (2002) e Tiernan, (2002) utilizzano il termine «re-insourcing». In questo lavoro, si impiegherà il termine *back sourcing* secondo la definizione proposta da Hirschheim e Kern e Willcocks. I termini *insourcing* e *re-insourcing*, infatti, sembrano meno appropriati per descrivere il fenomeno indagato essendo l'*insourcing* «the practice of evaluating the outsourcing

ing option, but confirming the continued use of internal [...] resources» (Hirschheim, Lacity, 2000).

Così come interpretato in questo lavoro, il *backsourcing* di attività precedentemente affidate a terzi implica: i) un'attenta attività di controllo e di valutazione da parte del management dei risultati conseguiti; ii) una preventiva valutazione da parte della stessa dell'opportunità di estendere, rinnovare o rinegoziare il contratto di *outsourcing* preesistente o eventualmente individuare altri potenziali contraenti attraverso l'indizione di una nuova gara; iii) l'esistenza di una decisione attiva da parte dell'azienda di procedere al *backsourcing*. Lo stretto legame che intercorre tra *outsourcing* e *backsourcing* suggerisce di considerare le due pratiche come un unico *continuum* decisionale (Whitten, Leidner, 2006; McLaughlin e Peppard, 2006) il cui fulcro è rappresentato dal controllo e dalla valutazione dei risultati conseguiti attraverso l'affidamento a terzi. Come suggerito dal Cullen e altri (2005), l'*outsourcing* non è quindi configurabile come una singola transazione, ma come una strategia con un suo proprio ciclo di vita, nel quale alla maturità possono seguire diversi percorsi evolutivi: i) proseguimento del rapporto con il terzo; ii) indizione di una nuova gara per l'affidamento del servizio a un nuovo partner; iii) *backsourcing*. Il *backsourcing*, quindi, può essere interpretato come un possibile percorso nell'ultima fase del ciclo di vita dell'*outsourcing* insieme ad altre alternative percorribili.

Quanto precede consente di sviluppare un modello interpretativo per lo studio delle esperienze di *backsourcing*.

Il modello illustrato nella **figura 1** evidenzia la necessità di prendere in considerazione l'intero processo di *outsourcing/backsourcing* interpretato come un *continuum* decisionale unitario. Alla decisione iniziale di *outsourcing*, che dovrebbe essere supportata da un'attenta valutazione *ex-ante* della fattibilità e della convenienza dell'opzione (si veda, ad esempio, Cepiku e Meneguzzo, 2006), segue lo svolgimento del rapporto e il termine del contratto. In questo *continuum*, un ruolo di preminente rilievo è svolto dal controllo sulle criticità e sui risultati conseguiti. Nel corso del rapporto, l'attività di controllo potrebbe portare a una revisione degli accordi contrattuali; al termine del contratto dovrebbe consentire una

rivalutazione consapevole della decisione iniziale ed eventualmente suggerire il *backsourcing* delle attività precedentemente esternalizzate.

Il modello sopra illustrato è stato impiegato per l'analisi delle esperienze di *backsourcing* affrontate da due aziende sanitarie pubbliche.

3. Le esperienze di *backsourcing*

3.1. L'esperienza di *backsourcing* dell'Aou «Ospedali Riuniti di Trieste»: la reinternalizzazione dei servizi di trasporto e facchinaggio

L'originario processo decisionale di scelta tra «make or buy»

A partire dagli anni '90, il management dell'Azienda ospedaliero universitaria (Aou) «Ospedali Riuniti di Trieste» allora in carica ha avviato diversi progetti di *outsourcing* dei servizi ausiliari. Il progressivo ricorso all'*outsourcing* dei servizi ausiliari è stato motivato sia da fenomeni imitativi di una tendenza di mercato, sia da elementi di strategia industriale finalizzati alla focalizzazione e alla specializzazione, sia, soprattutto, dalla difficoltà di generare internamente efficienza nell'erogazione di tali servizi. In questo senso si consideri come la mancanza di elementi di competizione, da non confondere con concorrenza, all'interno del mercato dei servizi sanitari pubblici porti inevitabilmente a organizzazioni pesantemente burocratizzate e inefficienti. La ricerca di maggiore efficienza ha fatto in modo che in molti casi l'affidamento a terzi si configurasse quasi come una strada obbligata, talora trascurando il problema della carenza informativa nel cui contesto sono state spesso effettuate molte scelte di esternalizzazione.

Per quanto riguarda i servizi oggetto di esternalizzazione, l'Aou «Ospedali Riuniti di Trieste» ha da anni affidato a terzi le attività di ristorazione, pulizia, lava-nolo, gestione dei rifiuti, trasporti e facchinaggio interni. Con riferimento a quest'ultima attività, oltre alle motivazioni generali legate alla ricerca di efficienza e alla focalizzazione sul *core business*, la scelta di esternalizzazione è stata altresì dettata dal progressivo pensionamento del personale dipendente dedicato a questa attività. In tempi più recenti, l'*outsourcing* è stato esteso anche ai ser-

vizi per la manutenzione del patrimonio immobiliare e della relativa componente impiantistica.

Gestione dei rapporti con il terzo e meccanismi di controllo

Le esperienze di esternalizzazione hanno evidenziato nel tempo ampie possibilità di miglioramento sia con riferimento alle modalità contrattuali di definizione dell'accordo tra le parti sia rispetto al governo e al controllo sui servizi esternalizzati. Tali problematiche sono state affrontate dal nuovo management aziendale a partire dal 2004, anno di costituzione dell'Azienda ospedaliero-universitaria «Ospedali Riuniti di Trieste», nata dalla vecchia Azienda ospedaliera con lo scopo di integrare finalità assistenziali e di didattica e ricerca.

Nello stesso periodo scadevano, infatti, i contratti relativi ad alcuni importanti appalti di servizio (pulizie, lava-nolo, gestione rifiuti, ristorazione e manutenzioni edifici e impianti). Anche in considerazione di ciò, la direzione aziendale in quel momento in carica ha sentito l'esigenza di rivedere le modalità di affidamento all'esterno e la gestione del rapporto con i terzi, da un lato introducendo elementi che rendessero più efficiente e consapevole la gestione di questi importanti appalti, dall'altro creando le condizioni per un miglior controllo dei costi generati. In considerazione di ciò, la strada intrapresa è stata quella di aggregare i contratti in scadenza in base alla combinazione di due variabili: l'impatto dei servizi sull'utenza (grado alto/basso) e l'ampiezza degli investimenti organizzativi e tecnologici richiesti (grado alto/basso) per la realizzazione di ciascun tipo di servizio. La combinazione delle variabili così definite ha suggerito di considerare unitariamente i servizi con forte impatto sull'utenza (pulizie, lava-nolo, gestione rifiuti) distinguendoli da quelli con basso impatto (manutenzione impianti ed edifici); in base allo stesso approccio, il servizio di ristorazione, ove sono richiesti importanti investimenti nella componente organizzativa e tecnologica, è stato trattato in modo autonomo anche in ragione della specificità del mercato di riferimento.

L'Aou di Trieste ha pertanto scelto per la «gestione» dei servizi economici (pulizie, lava-nolo, rifiuti) e tecnico-ma-

nutrenti lo strumento del *global service* per affidare a un terzo la gestione dei servizi appaltati che per loro natura presentassero delle sinergie gestionali (personale, logistica, competenze organizzative e operative dell'*outsourcer*). Il termine «gestione» dei servizi identifica, in questo caso, tutta una serie di attività comprendenti, oltre alla fornitura di quanto specificato nei documenti contrattuali, anche la loro pianificazione, coerentemente con gli obiettivi e i vincoli definiti dalla Direzione aziendale, il monitoraggio dei risultati attesi e la conseguente attuazione di attività di miglioramento. Al fornitore è stata delegata la gestione di interi processi, cioè di attività funzionalmente interrelate e finalizzate a soddisfare le esigenze dei clienti sia diretti che indiretti e non semplicemente di erogare dei servizi tra aziende. È ineluttabile che l'efficienza del servizio, globalmente inteso, sia direttamente proporzionale all'integrazione tra i vari processi e quindi tra le varie strutture, con i relativi vantaggi qualitativi e di conseguenza di costo complessivo.

L'azienda ha cercato di «riappropriarsi» dei servizi esternalizzati attraverso una maggiore interazione con il terzo nel corso dell'intero processo di produzione dei servizi allo scopo di acquisire una serie di informazioni relative alla erogazione del servizio che fino a quel momento erano appannaggio esclusivo del terzo. La disponibilità di informazioni è stata ritenuta il primo passo anche per un'eventuale modifica delle condizioni contrattuali alla base dei rapporti con i terzi. Infatti, prima degli interventi volti al miglioramento del controllo sulle attività esternalizzate, si erano manifestati fenomeni di asimmetria informativa a favore dell'*outsourcer*, dato che alcune informazioni di carattere strutturale relative all'azienda, ad esempio il numero esatto di metri quadri delle superfici aziendali, e di processo relative all'attività esternalizzata, ad esempio il numero di articoli di biancheria effettivamente fornita per ogni paziente erano, di fatto, disponibili solo al soggetto terzo. Ciò rendeva l'azienda incapace di sviluppare rapporti paritari con l'*outsourcer*, oltre che impedire alla stessa di sviluppare contratti più favorevoli con fornitori alternativi. Al fine di ridurre l'asimmetria informativa e migliorare il controllo sulle attività esternalizzate, a partire dal 2005 per la ristorazione e dal

2006 per le pulizie, è stato adottato un sistema informativo *on-line* (attivabile anche tramite *call center*) tra l'azienda e il terzo per lo scambio continuo di informazioni. In precedenza non esistevano né un sistema comunicativo strutturato né una raccolta di dati relativi ai contratti e alla loro gestione (specifiche tecniche, risultati di controlli, ecc.). Il flusso informativo, gestito dal Provveditorato e dalla Direzione Sanitaria, riguarda non solo la quantità e la qualità delle prestazioni finali, ma anche tutte le attività intermedie necessarie per l'ottenimento e l'erogazione del servizio, compresi i dati sui costi (suddivisi per prodotto/servizio, centri di costo) che vengono aggiornati mensilmente e la cui responsabilità è in capo al Provveditorato.

Allo scambio di informazioni tra l'azienda e il terzo si aggiungono degli incontri semestrali tra le parti per la valutazione del processo, i risultati degli *audit* di qualità sul prodotto/servizio, la verifica degli accordi presi in sede contrattuale e gli obiettivi definiti annualmente. In questo contesto, ad esempio, viene accertato il rispetto da parte del terzo degli impegni presi con l'azienda in materia di formazione del proprio personale. Il controllo da parte dell'azienda è intenso anche nella verifica degli adempimenti del terzo dei propri obblighi in materia retributiva e contributiva poiché, oltre che un obbligo di legge, la responsabilità dell'azienda nei confronti della collettività riguarda anche come il servizio viene gestito dal terzo. A tale scopo viene effettuato un controllo semestrale della posizione contrattuale e contributiva su un campione casuale del 10% del personale impiegato dal terzo.

Il processo di reinternalizzazione dei servizi di trasporto e facchinaggio

Lo svolgimento di attività di controllo e la conseguente progressiva acquisizione di conoscenze sul servizio esternalizzato sono alla base della modifica delle condizioni contrattuali e della successiva decisione di reinternalizzare i servizi di trasporto e facchinaggio precedentemente affidati a terzi.

A partire dal 2006, il contratto in questione, stipulato in precedenza per un ammontare di circa 650.000 euro l'anno, è stato oggetto di attenta valutazione da parte del management aziendale.

In un primo momento si è cercato di perfezionare il contratto originariamente stipulato con il terzo in modo da renderlo equo in termini di ripartizione del rischio, maggiormente controllabile ed economicamente più vantaggioso per l'azienda. Il contratto originario, infatti, prevedeva una formula di pagamento da parte dell'azienda in funzione delle ore lavorate dal personale dell'azienda terza. Tale formula contrattuale, oltre a rendere il contratto limitativo in termini di assunzione del rischio da parte del terzo, non era oggettivamente «controllabile» dall'azienda se non in termini qualitativi.

Nel 2007, la modifica del contratto ha riguardato la formula di definizione del prezzo del servizio che è stata collegata alla tipologia di prestazione effettuata dal terzo (ad esempio, lo spostamento di un ufficio all'interno del medesimo presidio; facchinaggio di una singola attrezzatura tra i due presidi, ecc.). Questa formula è stata a sua volta collegata a un sistema di controllo «incrociato» dei servizi resi dal terzo. In particolare, il controllo da parte dell'azienda verte sia sull'elenco mensile dei servizi dichiarati dal terzo, il cui obbligo di invio è stato inserito in contratto quale condizione necessaria ma non sufficiente per il pagamento, sia sulle richieste di servizi di trasporto e facchinaggio da parte dalle diverse strutture organizzative aziendali. Solo a seguito dell'esito di questo duplice controllo l'azienda procede al pagamento della fattura emessa dal terzo.

Nonostante gli effetti positivi della modifica degli aspetti contrattuali sull'economicità della gestione (il consuntivo per l'anno 2006 ammontava a 650.000 euro, mentre il consuntivo per l'anno 2007 a 400.000 euro), il management aziendale si è indirizzato verso la valutazione dell'opportunità di reinternalizzare il servizio in esame, almeno per la parte di attività che non prevede movimentazioni complesse o spostamenti di interi reparti, per i quali si rende necessario impiegare numerosa forza lavoro in tempi molto contenuti. Il progetto ha richiesto la condivisione di competenze distribuite all'interno dell'azienda (Direzione generale, Direzione sanitaria, Provveditorato). In un'ottica di razionalizzazione organizzativa e di contenimento dei costi per l'acquisizione dei servizi esternalizzati, l'azienda si è posta il problema di verificare se l'attività in quel momento affidata

al terzo potesse essere economicamente svolta dal personale interno. L'azienda disponeva, infatti, di personale che, spesso incardinato in diverse strutture, a vario titolo era impegnato nella movimentazione di materiale di magazzino e che, attraverso una più razionale organizzazione e gestione, anche accorpando sotto un'unica responsabilità le diverse risorse, avrebbe potuto svolgere altresì gran parte dei servizi di trasporto e facchinaggio in quel momento affidati a terzi.

Il processo decisionale di *backsourcing* è stato supportato dalla valutazione dei costi cessanti ed emergenti. Partendo dal presupposto che i principali costi emergenti fossero quelli connessi al sistema incentivante (in quanto il personale era già impiegato da tempo presso l'azienda), a un aumento dei costi dovuti alle dotazioni di sicurezza (dispositivi di protezione) e alla formazione, i costi cessanti sono stati calcolati in base al prezzo di acquisto all'esterno delle prestazioni di trasporto e facchinaggio (considerando che una diversa organizzazione interna, potesse almeno dimezzare il costo dell'esternalizzazione). La **tabella 2** riporta una sintesi delle informazioni impiegate per lo svolgimento del processo decisionale di scelta.

L'analisi di convenienza economica non si è tuttavia estesa alla valutazione dei costi collegati alla riorganizzazione interna (costi emergenti) e quelli legati al venir meno della necessità di gestione e controllo del rapporto con il terzo (costi cessanti).

La scelta di reinternalizzare si è concretizzata individuando nel servizio logistico aziendale, già chiamato a gestire e controllare lo stoccaggio e la movimentazione dei beni di consumo, la struttura più idonea attraverso cui gestire e controllare l'intero processo di trasporto e facchinaggio interno. È stato creato quindi un ufficio, affidato a una persona già precedentemente impiegata presso il provveditorato, per ricevere le richieste di trasporti e facchinaggio da parte dei diversi «clienti» e smistarle tra gli otto operatori coinvolti nel servizio, in modo non esclusivo in quanto già impegnati in altre attività, chiamati a operare nel rispetto di livelli di servizio predefiniti e concertati (es.: il 95% dei trasporti urgenti deve essere effettuato in giornata).

Le difficoltà incontrate nel processo di *backsourcing* sono soprattutto lega-

te alla gestione e alla motivazione del personale addetto ai servizi di trasporto e facchinaggio, nonché alla presenza di resistenze sindacali alla riorganizzazione del personale interno. Le difficoltà sono state superate attraverso un'attenta attività di coinvolgimento del personale nelle decisioni, una gestione delle persone basata sulle evidenze e l'applicazione dei meccanismi di incentivazione economica previsti dal contratto collettivo per il personale del comparto.

I risultati della reinternalizzazione sembrerebbero essere pienamente in linea con gli obiettivi di contenimento dei costi e di maggiore efficienza organizzativa. Confrontando i costi attuali con quelli sostenuti in caso di acquisto all'esterno completo del servizio di trasporto e facchinaggio, la reinternalizzazione ha portato a una riduzione dei costi di circa il 70%, passando da circa 650.000 euro a circa 200.000 euro l'anno. La **tabella 3** riporta una sintesi dei costi sostenuti nel periodo 2005-2008.

3.2. L'esperienza di *backsourcing* della Asl Rm B: la reinternalizzazione dei servizi infermieristici

L'originario processo decisionale di scelta tra «make or buy»

A partire dalla seconda metà degli anni '90, la direzione strategica aziendale dell'Asl Roma B ha avviato diversi progetti di esternalizzazione di servizi e attività precedentemente svolte all'interno. L'*outsourcing* ha riguardato numerosi servizi ausiliari (es: ristorazione degenti e mensa dell'Ospedale Pertini, servizio di pulizia e sanificazione, servizio di facchinaggio e traslochi, ecc.) e sanitari essenziali (centri diurni, assistenza domiciliare integrata, ecc.).

Le motivazioni alla base delle diverse scelte di *outsourcing* sono state numerose. In generale, esse possono essere ricondotte alla presenza di rigidità istituzionali in tema di reclutamento e di gestione del personale dipendente, alla necessità di reclutare particolari figure professionali (come ad esempio, gli addetti alla vigilanza), alla volontà di razionalizzare l'organizzazione interna e contemporaneamente ottimizzare l'impiego del personale e delle risorse verso attività a maggiore rilevanza strategica, nonché

di velocizzare e talora garantire l'erogazione dei servizi.

Le scelte di *outsourcing*, realizzate dalla direzione strategica anche sulla base delle informazioni fornite dalle unità operative istituzionalmente preposte all'erogazione dei servizi da esternalizzare, non hanno parallelamente determinato la nascita di nuove strutture aziendali deputate al controllo e al coordinamento dei rapporti con il terzo.

I risultati conseguiti grazie all'affidamento all'esterno variano a seconda del servizio considerato. In taluni casi, considerata la carenza di personale e le difficoltà legate all'assunzione di nuovo personale, l'esternalizzazione ha permesso un più razionale ed efficiente uso delle risorse disponibili e l'offerta di servizi che diversamente sarebbe stato difficoltoso garantire ai cittadini. Un esempio in tal senso è offerto dall'affidamento all'esterno del servizio di consegna ai pazienti dell'ossigeno terapeutico liquido presso il domicilio che, oltre a consentire all'azienda un risparmio nel triennio pari a 7.782 euro (IVA esclusa), ha permesso l'offerta di un servizio, comprensivo di telemonitoraggio e di *software* gestionale, prima inesistente.

In altri casi, al contrario, i rapporti con i soggetti privati sono stati oggetto di un'attenta valutazione da parte della direzione strategica aziendale, come nel caso dei servizi infermieristici sui quali si concentrerà il resto della trattazione.

Il processo di *outsourcing* del personale infermieristico è stato avviato a partire dal 1999. In concomitanza con l'apertura del reparto solventi presso l'ospedale S. Pertini, la direzione strategica allora in carica ha ritenuto di far fronte alla necessità di nuovo personale infermieristico (dieci infermieri) attraverso l'esternalizzazione del servizio. Successivamente, la difficoltà di reperire sul mercato del lavoro il personale sanitario idoneo all'assunzione (si pensi al gran numero di infermieri extracomunitari che non potevano e non possono partecipare ai concorsi pubblici) e le rigidità connesse all'assunzione del personale hanno favorito l'estensione della prassi dell'affidamento parziale a terzi dei servizi infermieristici ben oltre la previsione iniziale, sia sul territorio che nell'ospedale. Al 2005, infatti, la Asl disponeva di circa 120 unità di personale infermieristico esterno, assunto e retribuito da una società cooperativa, che

operava, congiuntamente al personale interno, nei diversi reparti ospedalieri e nei servizi territoriali. Veniva così a configurarsi un particolare rapporto di PPP (non configurato come sperimentazione gestionale) tra la Asl e il soggetto privato volto all'affidamento parziale a terzi dei servizi infermieristici. La decisione di esternalizzare parzialmente il personale infermieristico ha incontrato diversi ostacoli fondamentalmente riconducibili alle resistenze sindacali e al difficile rapporto tra infermieri interni e in *outsourcing*, anche a causa di difficoltà linguistiche. A fronte di questi ostacoli iniziali, l'affidamento parziale a terzi del servizio infermieristico avrebbe consentito di garantire l'offerta di talune prestazioni sanitarie altrimenti difficilmente erogabili evitando, parallelamente, i problemi connessi alla gestione del personale interno, quali ad esempio, le sostituzioni per malattia o ferie del prestatore di lavoro dipendente.

Gestione dei rapporti con il terzo e strutture di coordinamento e controllo

A partire dal 2005, anno di introduzione del *budget* aziendale, il controllo e la gestione dei rapporti con il terzo si sono intensificati. In particolare, l'unità operativa «Professioni sanitarie assistenza infermieristica e ostetrica» è stata dotata di un'ulteriore unità di personale, precedentemente impiegata presso la stessa azienda, cui è stato specificatamente attribuito il compito di coordinare e controllare il rapporto con il terzo. Attualmente, il sistema di controllo del rapporto con il terzo è strettamente collegato al *budget* aziendale. Il processo prevede che mensilmente i coordinatori dell'assistenza infermieristica ospedaliera e distrettuale ricevano un *budget* a valore per la quantificazione dell'assistenza infermieristica da affidare al terzo e necessaria per raggiungere gli obiettivi di periodo. A questo segue il controllo informatico delle ore lavorate dagli infermieri in *outsourcing* e dei costi a ciò collegati. Tale attività è alla base del processo definito «collegamento ordine/fattura». Tale modalità prevede un duplice controllo: uno *ex ante* (ordine), sulla congruenza tra il fabbisogno e i dati di *budget*, e l'altro *ex post* (fattura), sulla coerenza i dati di *budget* e l'attività fatturata. Solo a seguito di questo duplice controllo si procede alla liquidazione del compenso dovuto al terzo. L'intero

processo che va dall'«ordine» alla «fattura» e il relativo pagamento è gestito all'interno dell'unità operativa «Professioni sanitarie assistenza infermieristica e ostetrica».

Il progressivo affinamento del controllo operativo e direzionale ha permesso ai responsabili aziendali, da un lato, di acquisire maggiore capacità di negoziazione con il terzo, in un clima comunque caratterizzato da reciproca fiducia e collaborazione e, dall'altro, di sviluppare le competenze in materia di coordinamento interno tra l'unità operativa e i responsabili dell'assistenza infermieristica ospedaliera e distrettuale.

Il processo di reinternalizzazione del personale infermieristico

A partire dal suo insediamento, avvenuto nel 2005, la direzione aziendale attualmente in carica ha avviato un'attenta riflessione sull'esperienza di affidamento parziale a terzi dei servizi infermieristici. Le problematiche che si ponevano all'attenzione della direzione strategica erano collegate a un duplice ordine di considerazioni: di carattere giuridico e organizzativo.

Le considerazioni di carattere giuridico attenevano alle modalità di realizzazione della partnership. In particolare, la coesistenza di personale infermieristico interno ed esterno nell'ambito della medesima unità organizzativa non consentiva di configurare giuridicamente l'operazione come «appalto di un'opera o di un servizio», ma creava gli estremi per intravedere nel lavoro delle persone esterne, assunte e retribuite da una società cooperativa, l'esecuzione di prestazioni di lavoro e quindi configurare l'operazione di *outsourcing* come un'intermediazione di manodopera. Quest'ultima, originariamente vietata dal nostro ordinamento ai sensi della L. 1369/60 e altresì in conflitto con le disposizioni di cui al D.L.vo 276/2003, oltre a rendere l'azienda passibile di sanzioni, è stata ritenuta dalla direzione strategica in conflitto con le finalità sociali e istituzionali della Asl.

Anche dal punto di vista organizzativo, l'operazione di affidamento parziale a terzi del servizio infermieristico aveva dato origine ad alcune disfunzioni. Superati gli iniziali problemi di ostilità da parte del personale interno nei confronti di quello esterno grazie a un attento la-

voro di integrazione, il personale interno aveva sviluppato un atteggiamento «opportunistico» nei confronti dei lavoratori esterni e di sostanziale deresponsabilizzazione. In particolare, si era registrato un incremento del tasso di assenteismo del personale interno a causa, presumibilmente, della certezza che la presenza del personale esterno, chiamato anche a copertura delle proprie assenze, non avrebbe pregiudicato l'attività assistenziale. Tale situazione avrebbe potuto portare a una riduzione della qualità dell'assistenza infermieristica con conseguente pregiudizio sulla capacità dell'azienda di conseguire le proprie finalità.

Alla luce di queste valutazioni, la direzione strategica ha avviato un profondo ripensamento delle precedenti scelte in tema di affidamento parziale a terzi dei servizi infermieristici. Le motivazioni strategiche collegate alle proprie finalità istituzionali e al contributo non positivo della partnership al loro perseguimento sono state alla base della decisione di *backsourcing*. Data la rilevanza strategica delle motivazioni, le valutazioni di carattere economico circa la convenienza a reinternalizzare sono state ritenute non prioritarie nel processo decisionale di *backsourcing*. Conseguentemente, nonostante l'indicazione regionale al contenimento dei costi del personale, la Asl ha avviato a partire dal 2006 le procedure per l'assunzione tramite concorso pubblico del personale infermieristico necessario (circa 100 unità di personale). A regime, gli unici rapporti di *outsourcing* attivati dall'azienda nell'area delle professioni infermieristiche riguarderanno l'appalto totale del servizio infermieristico nell'ambito del servizio di interruzione volontaria della gravidanza (a causa della carenza di personale interno non obiettore di coscienza), dell'ambulatorio per gli stranieri (a causa dell'opportunità di dotare il servizio di personale infermieristico di lingua straniera) e del reparto solventi dell'ospedale S. Pertini (in considerazione della peculiarità dell'attività libero-professionale).

Il processo di *backsourcing* avviato dalla Asl Roma B è stato completato nel dicembre 2008. I maggiori ostacoli incontrati dall'azienda hanno riguardato principalmente la gestione del processo entrate/uscite, soprattutto nel territorio (Sert, Comunità terapeutico-psichiatrica). Diverse persone risultate vincitrici

del concorso pubblico indetto dalla Asl Roma B, infatti, hanno successivamente rinunciato alla presa di servizio, rendendo difficoltosa, dal punto di vista organizzativo, e incerta, nei tempi di realizzazione, l'uscita del personale di cooperativa.

I risultati conseguiti sono ancora allo studio da parte della direzione aziendale. Soprattutto i risultati legati all'impatto organizzativo ed economico dell'operazione di *backsourcing* richiedono, infatti, un certo lasso di tempo per manifestarsi. Non vi sono invece dubbi circa la desiderabilità dell'operazione dal punto di vista giuridico e i riflessi positivi della scelta rispetto al conseguimento delle finalità istituzionali di un'azienda che ha il dovere di soddisfare i bisogni dei cittadini in maniera etica e responsabile.

4. Discussione e conclusioni

Non sempre le ragioni che ispirano le scelte di esternalizzazione si mantengono nel tempo dando luogo a una stratificazione dei processi decisionali di *outsourcing/backsourcing*. Talvolta, come nel caso dell'Aou di Trieste, tale stratificazione si manifesta a seguito della valutazione dei costi associati alla scelta iniziale di *outsourcing* nonché della individuazione di capacità produttiva interna non pienamente impiegata anche per l'eccessiva frammentazione delle responsabilità organizzative accompagnata all'assenza di una visione per processi. Altre volte, come nel caso dell'Asl Roma B, la revisione dell'iniziale decisione di *outsourcing* è conseguenza di una successiva valutazione della coerenza della scelta iniziale rispetto al contesto giuridico di riferimento e alle finalità istituzionali dell'azienda sanitaria pubblica.

Sotto questo profilo, il continuum *outsourcing/backsourcing* può essere interpretato come un fenomeno manageriale

basato sull'esperienza e legato alla valutazione critica dei risultati conseguiti.

Nell'acquisizione di esperienza e nella valutazione critica dei risultati un ruolo di fondamentale rilievo è stato svolto dall'attività di controllo. Le esperienze riportate hanno infatti messo in luce l'importanza del controllo operativo, direzionale e strategico nella gestione dei rapporti *outsourcing* e, più in generale, nel governo dei rapporti tra istituti pubblici e soggetti privati (si veda, ad esempio, Longo, 2006). In particolare, attraverso il controllo operativo e direzionale, le aziende hanno progressivamente sviluppato la propria capacità di gestire i rapporti con il terzo e hanno acquisito una crescente consapevolezza circa risultati conseguiti e le azioni correttive adottabili. Ciò è importante soprattutto nel caso di affidamento a terzi di servizi a forte valenza strategica e istituzionale per i quali sono previsti forti investimenti organizzativi e tecnologici e dove la competenza del terzo può costituire un effettivo vantaggio per l'azienda da cogliere anche attraverso un proficuo scambio di informazioni tra le parti. Sia nel caso dell'Aou di Trieste che in quello della Asl Roma B, infatti, il controllo operativo e direzionale si è dimostrato cruciale per rivedere le modalità di remunerazione del terzo e migliorare la qualità del servizio permettendo il perseguimento di più elevati livelli di economicità.

Il controllo strategico ha poi creato i presupposti per una valutazione critica dei rapporti di *outsourcing* rispetto alla motivazione iniziale all'esternalizzazione e alla coerenza degli stessi rispetto alle finalità istituzionali perseguite. Tale maggiore consapevolezza, risoltasi nella decisione di reinternalizzare e nella parallela adozione di misure di razionalizzazione/riorganizzazione interna, ha portato al conseguimento di risultati in linea

con le finalità perseguite dal management aziendale.

Ciò appare evidente nel caso dell'AOU di Trieste, dove il controllo dei costi legati ai rapporti di *outsourcing*, originariamente attivati per il miglioramento dell'efficienza, è apparso cruciale nella decisione di *backsourcing*. In particolare, la reinternalizzazione delle attività precedentemente affidate a terzi e la conseguente riorganizzazione interna hanno permesso una riduzione dei costi del 70% rispetto all'opzione «buy».

Nel caso della Asl Roma B, grazie al controllo e alla valutazione dei risultati, è stato possibile operare delle scelte coerenti con le finalità istituzionali perseguite e rispettose del quadro normativo di riferimento nella consapevolezza della necessità di soddisfare i bisogni dei cittadini in maniera etica e responsabile.

Le esperienze riportate, inoltre, dimostrano una progressiva acquisizione da parte del management aziendale della capacità di adottare delle decisioni basate sull'oggettiva disponibilità di informazioni grazie alle quali supportare il processo decisionale ed effettuare delle scelte organizzative e gestionali «*evidence-based*». Ciò appare ancor più rilevante alla luce di una sostanziale carenza di valutazioni *ex-ante* circa l'opportunità di ricorrere a terzi per lo svolgimento di attività precedentemente svolte, in tutto o in parte, internamente. Questo aspetto appare indispensabile per il perseguimento dell'economicità della gestione e, in particolare, per mettere «a punto le corrette modalità di interazione tra pubblico e privato, con la garanzia che il mondo pubblico sia l'unico garante verso il cittadino del conseguimento del bilanciamento ottimale in termini di costi-qualità dei servizi sanitari erogati» (Psn 2006-2008).

Rivista aperta a contributi

Mecosan, la cui redazione è curata dal CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria, è una rivista aperta al contributo di chiunque desideri offrire testimonianze, opinioni, notizie e resoconti di studi e ricerche che abbiano attinenza con i temi dell'economia e della gestione manageriale delle aziende e dei sistemi sanitari, che abbiano il requisito dell'originalità e siano volti a privilegiare il valore dell'innovazione.

La lingua ammessa è l'italiano.

Condizioni essenziali per la considerazione dei manoscritti, l'ammissione al referaggio e la pubblicazione

La pubblicazione di contributi su *Mecosan* avviene sulla base della seguente procedura:

1. I contributi devono essere inviati alla Segreteria in formato word completo di tabelle, figure, note, bibliografia e rispondenti alle norme redazionali. È richiesta l'indicazione di un autore di riferimento, al quale saranno trasmesse tutte le comunicazioni successive.
2. I contributi sono sottoposti al vaglio redazionale che, accertatane la conformità con lo scopo della rivista e i requisiti richiesti, li invia in forma anonima a due dei referee e contestualmente richiede l'impegno da parte degli Autori a non proporre il contributo per altre pubblicazioni per tutta la durata del processo.
3. Le osservazioni dei referee vengono inviate in forma anonima agli Autori con la richiesta delle revisioni indicate.
4. La nuova stesura, viene nuovamente sottoposta agli stessi referee per un giudizio definitivo (o eventuale richiesta di ulteriore modifica). La responsabilità finale della pubblicazione è in capo all'Editor in Chief supportato dall'Editorial Board.
5. Ottenuta la valutazione definitiva, l'articolo viene accettato per la pubblicazione.

Gli autori sono invitati a rispettare le richieste relative alla forma e allo stile per minimizzare ritardi e necessità di revisione. Inoltre, allo scopo di garantirne l'anonimato nel processo di referaggio, gli autori stessi devono evitare ogni riferimento che ne possa consentire l'individuazione.

Invio dei contributi

I contributi devono essere inviati a:

Redazione Mecosan

Università L. Bocconi, CERGAS - Via Röntgen, 1 - 20136 Milano

E-mail: mecosan@uni-bocconi.it

Formato e stile

Carattere: times new roman 12

La prima pagina dovrà contenere: 1) il titolo che non superi le novanta battute, 2) i nomi degli autori, 3) i loro titoli e le istituzioni di appartenenza, 4) l'indicazione dell'autore che curerà la corrispondenza e il suo indirizzo completo, 5) eventuali ringraziamenti.

Nella seconda pagina compariranno l'abstract in inglese e italiano (massimo 120 parole), le parole chiave (in italiano e inglese) e il Sommario che deve essere breve ed indicare solo il primo livello dei paragrafi, preceduti da numeri arabi seguiti dal punto. (Esempio: SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. Parte prima - 3. Parte seconda - 4. Conclusioni - 5. Appendici).

Si richiede uno stile lineare e scorrevole e il testo inviato deve essere già stato sottoposto al controllo ortografico. È raccomandato l'utilizzo della forma impersonale.

Titoli dei paragrafi

Preceduti dai numeri arabi seguiti dal punto. È previsto un solo livello di sottoparagrafi. Altre partizioni saranno segnalate da un solo titolo privo di numerazione e in corsivo.

Esempio: **1. La programmazione nelle aziende**

1.1. Gli attori del processo

Il ruolo della direzione amministrativa

Lunghezza articoli

Indicativamente i saggi dovranno essere tra le cinquemila e le diecimila parole, per le altre sezioni si consiglia un testo di circa settemila parole.

Tabelle, grafici e figure

Devono essere richiamati nel corso degli articoli con riferimenti puntuali e forniti in stampa separata dal testo e in un file diverso con un titolo. Si ricorda agli autori che Mecosan è una rivista in bianco e nero, dunque non saranno accettati articoli che contengono figure a colori. Le rappresentazioni grafiche saranno accettate a condizione che siano accompagnate da tabelle numeriche riportanti i dati di riferimento.

Note

Con richiami numerici. Se ne consiglia la brevità ed è preferibile che non vi compaiano lunghe ed eccessive citazioni o riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

Si devono effettuare con il sistema autore-data (e non con i numeri progressivi) nel corpo del testo o in nota secondo la seguente forma: (Borgonovi, 2000). Le indicazioni corrispondenti si devono riportare alla fine dell'articolo nella bibliografia, dopo le note, in ordine alfabetico, secondo il seguente esempio:

Monografie

BORGONOV E. (2000), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.

Pubblicazioni con più autori

BRUNS W.J., KAPLAN R.S. (a cura di) (1987), *Accounting and Management: Field Study Perspectives*, Harvard Business School Press, Boston.

Saggi in pubblicazioni

BORGONOV E. (1990), «Il controllo economico nelle aziende con processi ad elevata autonomia professionale», in Elio Borgonovi (a cura di), *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Egea.

Articoli in riviste

PILATI G., SPAZZAPAN D., MARIOTTO A. (2003), «Introduzione del Balanced Scorecard nell'Azienda sanitaria Isontina», *Mecosan Management ed economia sanitaria*, 12(48), pp. 119-135.

Rapporti/Atti

OECD (1999), *Principle of corporate Governance*, OECD, Paris.

Non pubblicati

ZITO A. (1994), «Epistemic communities in European policy-making», Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Pittsburgh.

Per citazioni multiple dello stesso autore e nello stesso anno, far seguire a, b, c, ecc. all'anno.

I testi non citati nell'articolo che eventualmente si vorranno segnalare dovranno essere inseriti in una **bibliografia separata**.

The impact of public-private partnerships on the target function of public enterprises: case analysis in the Health Care Sector

FABIO AMATUCCI, FRANCESCO LONGO

The expansion of public-private partnerships is a global phenomenon affecting all sectors, at any governance level, which involves all types of public institutions. The object of this paper is to check – in the case of major PPSs – whether and how far the private partner modifies the target function of the public partner, or whether the private partner is merely an executor who gets a fair return for the supply of infrastructure and services. With a view to answering the above questions, we shall analyze the governance structures as well as the inter-organizational processes between partners during contract performance. This will allow to understand how decision-making processes and the related distribution of contributions, risks, and rewards take place and how these may influence the objects of the public partner.

Keywords: public-private partnership, target function of healthcare system units, governance structures of public-private partnership

Parole chiave: partnership pubblico-privato, funzione obiettivo delle aziende sanitarie, governance delle operazioni pubblico-privato

Authors

Fabio Amatucci, Università of Salento
Francesco Longo, Cergas Università Bocconi

Attribution

The article is the result of the collaboration between the two Authors. §§ 1 and 2 are attributed to F. Longo, while §§ 3 and 4 to F. Amatucci; §§ 5 and 6 are attributed to both Authors

1. Object of the paper

The expansion of public-private partnerships (hereinafter referred to as PPPs) is a global phenomenon affecting all sectors, at any governance level, which involves all types of public institutions (Borgonovi, Marsilio, Musì, 2006).

Due to their political-institutional, procedural, and administrative complexity, PPPs normally concern major projects, of great significance, liable to modify the strategic positioning or the evolutionary trajectory of all partners, starting from the public sponsor's. By way of example, let us think of the strategic impact exerted by the construction of a new PPP-based hospital on a health care unit or by the construction of a new theatre on an opera institution, or by a major connecting road on ANAS (Italian Road Board), etc.

From a theoretical perspective, the target function of a public institution is determined by the institution's organs, expression of and, at the same time, in a dialectical relationship with stakeholders (Ruffini, Valotti, 1994). The so-defined target function becomes the frame within which to negotiate the PPP project with the private partners. These partners, however, give such a remarkable economic, design, and management contribution that they might implicitly influence the target function of the public institution, with a view to securing a legitimate return on their own financial and entrepreneurial investments. The object of this paper is, therefore, to check – in the case of major PPSs – whether and how far the private partner modifies

INDEX

1. Object of the paper
2. Definition of the target function in a public enterprise
3. Forms of PPPs for the implementation of investments
4. Definition of the survey field and of the research methodology
5. Analysis model and main results
6. Conclusions

the target function of the public partner, or whether the private partner is merely an executor who gets a fair return for the supply of infrastructure and services.

In particular, we are going to investigate the following research questions:

– RQ1. What are the PPP effects on the public institution's programming, both at the enterprise and regional levels?

– RQ2. What is the private partner's role in partnerships (in the stages of design, performance, and control of the work as well as of the related services in the long run) and what is the relevant impact on regional programming?

With a view to answering the above questions we shall investigate a sample of PPPs implemented in the Italian Health Care System. Said PPPs express the formula of management of major innovations and strategic investments of public health care units that are partners in the projects.

In particular, we shall analyze the governance structures as well as the inter-organizational processes between partners during contract performance. This will allow understanding how decision-making processes and the related distribution of contributions, risks, and rewards take place and how these may influence the objects of the public partner.

2. Definition of the target function in a public enterprise

The institutional objects of any public enterprise are practically numberless as public enterprises are intended to contribute to the socio-economic, cultural, environmental, civil, and democratic development of the reference population. The need to define a mission, a view, a strategy issues just from the need to limit a field of action that would otherwise be unlimited, *vis-à-vis* of limited institutional resources and energies (Lega, Cristofoli, 2005).

The definition of the target function of a public enterprise, which limits the enterprise's unlimited object, takes place through manifold complex inter-institutional mechanisms as well as thanks to internal institutional and organizational dynamics (Ruffini,

Valotti, 1994). The target function of public enterprises is seldom perfectly explicit because, as is known, it is institutionally and politically advantageous to declare generic objects that are all-inclusive and scarcely quantifiable and measurable – e.g. improved living standards (Del Vecchio, 2002). The target function of public enterprises is, therefore, often implicit or even emergent (Mintzberg, Waters, 1985). This makes it extremely hard to evaluate the impact of PPP private partners on the modification of the target function of public enterprises as the function itself is not clearly identified.

This complexity is found in the health care sector too. In the Italian Health Care System units, the target function is the outcome of the interaction between the following inter- and infra-institutional processes:

– definition of objects and of the related current and investment financing by the region, i.e. by the group leader, «owner» of the public enterprises;

– policy of the local bodies in the territory;

– contribution to the definition of the enterprise positioning mainly by internal professionals, both explicitly in the enterprise organs (primarily the board of management) and in an implicit and emergent manner through the choice of activity/patient mix and related productive factor consumption (Del Vecchio, 2007).

The interaction of the afore-mentioned processes determines the emergent target function, rarely summarized explicitly in official strategic planning documents. Actually, such documents are rather characterized by a tendency to support the attainment of the institutional purposes in all possible directions.

Among the various quoted co-decision-making processes, the one that has a more explicit and definite nature concerns the policy expressed by the region (Longo, Lega, 2002). The greater delimitation, hence definition, of objects is due to the fact that the region is the exclusive financing institution and thus the transfer of resources is related to objects regarding activity, input control, infrastructural and service development. The regional objects too contain an implicit por-

tion of objects tacitly regarded as unfeasible or irrelevant plus others declared in part. Also the amount of resources conferred includes an implicit portion of expected future balance of losses that cannot be expressed *ex ante* in any official public deed.¹ This phenomenon is known in literature as relational contracts. Differently from transactional contracts (MacNeil, 1985), relational contracts express the objects of partners *in itinere* and in an informal manner, on a fiduciary basis. «Relational contracts help firms to circumvent difficulties in formal contracts. (...). A relational contract can be based on outcomes that are observed by only the contracting parties *ex post*» (Gibbons, p. 6, 2005). It is very difficult to investigate the relation component of the target function, i.e. the implicit objects negotiated *in itinere* by the parties. The researcher must often be satisfied with a survey of the visible component of a contract (the transactional component – MacNeil, 1985) using it as proxy for the whole concertation between the parties.²

In the health care sector, the explicit component of the definition of the health care units' objects by the region – the group leader – mainly concerns the infrastructural planning: number of bed places by specialty, types and quantities of major technologies to be purchased out of the portion of investments relating to each controlled health care unit. The explicit governance action basically concerns the infrastructural development, i.e. the investment plans that implicitly express the future positioning of the health care unit and the relevant expected costs. By way of example, the construction and opening of a new cardiovascular surgery division determines the future strategic positioning of a health care unit and the related current costs that are mainly fixed costs.

The region, therefore, expresses the more explicit component of the target function of health care units. In particular, when infrastructural investments are programmed, the target function assumes a particularly definite expression and clarity coefficient.

This is why this paper investigates the impact of PPPs on the units' target function portion agreed upon with the regions, with special regard to the component concerning the infrastructural development, which – al-

though not all-inclusive – certainly represents the more visible component.

In other terms, this paper intends to establish whether seeking the economic and entrepreneurial equilibrium of PPPs constitutes so strong and autonomous dynamics as to affect significantly the region's infrastructural programming used as visible – although partial – proxy for the target function of health care units.

3. Forms of PPPs for the implementation of investments

During last years, a growing recourse to the financing of investments has taken place in Italy and in Western countries, through a multi-featured involvement of private capitals and parties (Vecchi, 2008). In their early stages, said forms were identified as *project finance*, an Anglo-Saxon expression that does not represent a new tool, but a cultural innovation in the financing of health care structures, based on the project feasibility and capability to pay off the debt through its own profits rather than on an evaluation of the borrower, on the borrower's economic and financial position and on the (collateral, financial, and personal) securities given by the borrower. The capability to gather resources for the implementation and economic exploitation of the investment is thus linked to the project capability to repay the loan and be remunerative. The health care sector, however, does not use a pure *project finance* model as it has recourse to hybrid forms better known, according to an Anglo-Saxon definition, as *private-public partnerships* (PPPs). Generally speaking, a *partnership* can be defined as a co-operation relationship based on the convergence of interests, aimed at achieving joint economic and social goals, and indirectly securing individual advantages to each partner. The prerequisite for the success of such relationship is a significant involvement of the various *partners* through the contribution and exchange of:

- capital, financial resources;
- scientific and management know-how;
- human resources;
- distinctive competence;
- organization flexibility;

– managerial and entrepreneurial capability.

The public-private partnership concept³ is a broad one and embodies a wide range of models of co-operation between public and private partners, aimed at involving private capital and competence in the implementation of works and in the offer of public utility services. The financial PPP types can be referred to five possible alternatives of contractual relations: concession of construction and management; concession of public works with project finance (with or without sponsor); establishment of a foundation of participation; contracts of leasing; public-private mixed-capital companies.

Independently of the management formula selected, the partnerships – connected with investments – between public health care units and private businesses follow a common logic scheme, based on a different risk allocation and sharing, when compared with the traditional contract types. Actually, the model applicable to the health care sector provides for the distribution of responsibilities to the health care unit and the private party (partner, concessionaire, lessee), according to which:

– the private party implements the infrastructure (modernization, revamping, expansion, new construction), thanks also to a public unsecured contribution (price) given by the health care unit;

– the private party is responsible for the management of all the support services, such as ordinary and extraordinary maintenance of building, facilities, and green areas; administrative services; hotel services of an industrial nature; health care activity support services; commercial services; immovable property management (renting of areas for commercial activities);

– the responsibility for health care activities generally rests with the public health care unit, with the exception of some cases involving private parties to various degrees (foundation of participation).

Thus, with a view to securing an economic-financial balance of the operation, the partnership involves the following:

– the purchase of all the supporting activities by the health care unit (works directly funded by the Public Administration), through the payment of a rental to the private party;

– the payment of an often outstanding initial price to the private party to support the investment;

– the direct management, by the private party, of the commercial activities, against payment by users;

– the management of immovables, through the rent of spaces (commercial, related with health care) to private parties.

In consideration of such features, in the health care sector the pure project finance model (i.e. without any financial or risk involvement of the public health care unit) gives its place to forms of PPPs characterized by a broader involvement of the public party for investment implementation, in co-operation with the private party.

4. Definition of the survey field and of the research methodology

The pursuit of the objects identified takes place through the reconstruction of the PPP experiences in the Health Care sector: the target population of the survey is represented by the projects awarded at 30 April 2008 compared with those started, so as to evidence the «fall» rate.

After making a survey of all the projects recorded officially (Osservatorio Finlombarda and Unità Tecnica Finanza di Progetto of the Ministry of Economics), an analysis grid was constructed, based on questionnaires and semi-structured interviews with executives and officers directly involved in the processes investigated. Interviews were aimed at focusing: the relations with the reference region; the subject of the operation; the economic dimension of the operation; the procedure adopted; the awarding year and the procedure time requirements; the number of bidders.

The information obtained through interviews was integrated through the analysis of documents provided by health care units and regions, namely: invitation to bid; bid and performance specifications; concession contract/agreement; feasibility studies; econom-

ic-financial plan; other documents, if any (if available).

The last stage of the survey consisted in the analysis of the health care policies of the regions involved, with a view to assessing their specific roles: regional health care plan; regional standards; framework programme agreements; other forms of agreements with health care units; presence of evaluation and control organs at a regional level.

State of the art of the projects under way

With as many as 74 officially recorded projects under way in the Health Care sector, at 30 April 2008, for a total worth of € 4.2 billion, PPPs prove to be a growing drive for infrastructure investments in the sector considered. Out of the 74 officially recorded projects, 32 have been awarded for a total worth of € 1.9 billion. The projects still on the market are instead 42 (for a total worth of € 2.3 billion), out of which: 11 are in the planning stage, for 12 a sponsor seeking notice has been published, 7 are in the bid evaluation stage, and the remaining 12 are in the bidding stage.

About 90% of the projects concern the construction or requalification of health care structures, with all support and commercial services being intended to be awarded to a private party, under a concession.

As far as the territorial distribution of the 74 officially recorded projects is concerned, € 2.3 billion projects (63% of the overall worth) are located in Northern Italy, € 592 million projects in Central Italy, and € 885 million projects in Southern Italy and the Islands. The most represented regions (**table**

1) accounting for about 78% of the investments (50 projects out of 74) are Lombardy, with 19 projects worth € 1.01 billion, Veneto, with 8 projects, Tuscany, with 6 projects, Campania, with 4 projects, and Piedmont, with 10 projects.

As for the procedures selected by the health care units, the procedure providing for a sponsor has been preferred as follows:

- in 41 cases out of 74, the preferred procedure is the one as per article 153 and subsequent ones of the Contracts Code (concession with private sponsor);

- in 25 cases, the preferred procedure is the one as per article 144 of the Contracts Code (public initiative construction concession and management);

- in the remaining 8 cases, no procedure has yet been selected.

As far as concerns article 144 (public initiative concession) and article 153 (procedure with sponsor), the time elapsing from the «publication» of the notice to the identification of the concessionaire is respectively 14 months (from the publication of the invitation to bid) and 24 months (from the publication of the notice), on an average. In some cases, it is possible to exceed a term of three years, leaving aside the time required by subscription and contract execution as well as by the closing of financial contracts.

The following analysis merely concerns the projects awarded, whose procedure was not blocked. As already said, the reason for this choice lies in the intention to conduct a survey of projects actually implemented and is based on the observation that the fall rate

Region	Worth (m €)	% of total	No. of projects
Lombardy	1,010	26.4%	19
Veneto	654	17.1%	8
Tuscany	559	14.6%	6
Campania	281	7.4%	4
Piedmont	244	6.4%	10
Sardinia	230	6.0%	3
Total, 6 regions	2,979	78%	50
Total	4,200		74

Table 1
Project location regions
(top 6 by project worth)

is very high and that just a little more than one third of the projects started have led to the concrete commencement of project performance works.

Table 2 recapitulates the actually implemented projects, by project awarding year.

At 30 April 2008, out of the 32 awarded projects:

– 14 were in the construction stage (for a worth of € 1.5 billion);

– in the case of 11 projects (€ 297 mil-

Table 2

Projects awarded and actually started

Health Care Unit (*)	Scope	Investment, €	Awarding Year
A.O. Univ. Ospedali Riuniti, Trieste	Hospital public parking area	7,544,600.00	2007
AUSL, Forlì	New head and customer care office	16,162,500.00	2007
ASL 7, Chivasso	Parking area for Elderly Nursery Homes of Settimo Torinese	411,866.00	2006
A.O. Careggi, Florence	Building and plant revamping	20,889,090.00	2006
ASL 13, Novara	Centro Integrato Servizi Territoriali, former psychiatric hospital	33,390,000.00	2006
A.O., Ferrara	New hospital	154,116,506.00	2006
A.O. S. Anna, Como	New hospital	154,772,215.64	2006
ASL 7, Chivasso	Integrated energy system	5,600,000.00	2005
ASL 13, Novara	Revamping of clinical pathology building	7,026,600.00	2005
A.O. Valtellina and Valchiavenna	Pavilion for coma patients	6,823,206.00	2005
ASL, Ancona	New hospital	29,980,464.00	2005
ASL, Messina	Hospital conversion to rehabilitation facility	47,463,186.00	2005
ASL, Genoa	New hospital at Valpolcevera	68,644,000.00	2005
Infrastrutture Lombarde, A.O. Vimercate	New hospital at Vimercate	131,820,604.00	2005
ASL, Alba	New hospital at Alba-Bra	145,000,000.00	2005
A.O., Legnano	New hospital	155,921,000.00	2005
A.O. Niguarda Ca' Granda	Requalification and revamping of existing buildings plus construction of new buildings	262,010,842.00	2005
A. Policlinico, Catania	Cafeteria and ancillary facilities	1,942,065.00	2004
Fondazione P.O. Montecchi, Suzzara	Hospital revamping and management	3,171,892.00	2004
Fondazione P.O. San Pellegrino, Castiglione delle Stiviere	Revamping and management of treatment and diagnosis facilities	5,800,000.00	2004
A.O. Poma, Mantova	New hospital and long-term hospitalization facility	9,990,000.00	2004
ASL, Modena	New hospital	30,000,000.00	2004
ASL, Asolo	New hospitals at Castelfranco Veneto and Montebelluna	122,328,169.00	2004
ASL Napoli 1	New hospital (Ospedale del Mare)	187,820,836.00	2004
ASL, Asti	Radio-telephony facilities	11,500,000.00	2003
A.O. CTO Maria Adelaide, Torino	Spinal unit	28,000,000.00	2003
A.O. Bolognini, Seriate	Hospital technology centre	3,610,501.00	2002
A.O. Spedali Civili, Brescia	New pavilions	37,995,734.00	2002
ASL, Cagliari	Microcytemia hospital	66,000,000.00	2002
ASL, Venice	New hospital at Mestre	179,798,272.00	2002
ASL, Macerata	Hospital park silos	3,356,970.00	2000
ASL, Parma	New hospital at Fidenza	10,245,105.00	2000
Total		1,949,135,223.64	

(*) A = Hospital
ASL = Health Care Unit
AUSL = Health Care Unit
A.O. = Hospital
A.O. CTO = Traumatology Centre - Hospital
P.O. = Hospital
RSA = Elderly Nursing Home

lion), concession contracts had been entered into or were in the stipulation stage;

- 3 were in the final design or working design stage (€ 96.5 million);
- 4 were in the project management stage (€ 59.4 million).

5. Analysis model and main results

5.1. The analysis model

With a view to verifying the thesis underlying this paper and to comparing experiences that differ significantly the one from the other in terms of legal structure, dimension, contract duration, number of parties involved, and complexity of the operation, the two following deeply interrelated aspects have been investigated:

- how project scheduling/design develops both at the enterprise and regional levels;
- the role played by the private party in a PPP and said role's impact on the regional programme.

Thus, the survey explanatory drivers are linked to an evaluation of the PPP governance mechanisms and to the distribution of risks, contributions, and rewards among the parties involved.

With regard to the first aspect referred to hereinabove, the PPP processes must be considered within the institutional framework of the Italian Health Care System deeply reformed, starting from 1992, according to a «corporate» and «regionalization» approach (Fattore, 1999). In particular, further to the Italian Health Care System reform, regions have become responsible for the programming and planning of the health care activity and for establishing priorities in compliance with the health care requirements of the population; for the definition of the Regional Health Care Service standards and for monitoring the activity of health care units; for finding and using financial resources for the operation of the health care system, as well as for making up deficits, if any (Anessi Pessina, Macinati, 2008). The business economic doctrine tends to assimilate the Regional Health Care System model to a «corporate group» (composed of the region plus public health care enterprises, namely health

care units and hospitals), where the region plays the role of group leader (Anessi Pessina, Macinati, 2008).⁴

If the corporate group model is multi-featured as far as the ordinary health care activity management⁵ is concerned, when PPP governance is involved, the situation is still more differentiated. It is, in fact, like a continuum, at whose ends there are regions fully engaged not only in the planning and scheduling processes, but also in the decision-making choice of economic convenience and of the use of financing tools, while other regions fully acknowledge the decision-making autonomy of individual health care units, although they may have to intervene later if the operations involved exert a major impact mainly on current expenses (Longo, Lega, 2002). In other cases, regions entrust regional agencies with the programming and evaluation of the experiences considered.

With regard to the second aspect referred to hereinabove, the survey intends to investigate the role played by the private party in this kind of transactions, as well as the private party's impact on the regional and health care units' programmes: how do the distribution of risks, the contracting power of the parties involved, the main criticalities emerged, the system of contributions and remunerations impact on the success and stability of such transactions? The survey focuses, on the one side, on the governance tools (investment goals concertation mechanisms; definition of the characteristics of the services to be supplied; determination of a public-private interest balance; definition of expected results in terms of target users, output, and outcome; check of expected quality standards; definition of controllers; definition of effective control tools). On the other side, the survey focuses on the evaluation of the parties' convenience elements (contributions required and offered; identification of the parties' advantages; identification of the parties' criticalities and limits).

5.2. Results of the analysis

A. Roles of the Region and of Health Care Units

As already seen, in the health care sector the region plays a wide policy and con-

trol role mainly when governing public funds for investments. Actually, the allocation of resources for investments is known to determine *ex post* the level of the Italian Health Care System current expense. Thus, each new investment of a health care unit unavoidably involves a rise in the current expense (Amatucci, Lecci, 2006). It follows that regions have managed the expansion of the infrastructure network with a strong policy and control approach both through stringent rules governing loan contraction by health care units, subject not only to regional authorization, but also to quantitative limits (in terms of duration and ratio between instalments and health care units' autonomous resources)⁶ and through the control of the investment implementation programmes under article 20 of law 11 March 1988, No. 67. Specifically, law 67/88 article 20 provided for a multi-year investment programme (for an aggregate worth of € 17,559 million), according to some general programming criteria and to general goals to be reached in terms of a re-equilibrium of regions, of a renewal and modernization of health care structures, and of a development of preventive and territorial services (Amatucci, Lecci, 2006).

The tools for a negotiated programming as per article 20 therefore involve a strong regional role:

- programme agreements under article 5bis of decree-law 502/1992;
- framework programme agreements under article 2 of law 662/1996, enforced if regions include health care in the institutional programme Understandings

Both tools require a wide institutional concerted action between the national and regional levels and envisage the entering into of new programme agreements within the limits of the financial resources entered in the financial statements of State and regions (Amatucci, Lecci, 2006). Once the agreement signed, with a view to enforcing same, the region – after checking the possibility of contracting out the interventions envisaged (generally coinciding with readiness to set up the project site) – asks the Ministry of Health for admission to financing. Once the admission granted, State resources are actually available.

Consequently, the use of said tools (although sometimes in the presence of differentiated processes and several parties involved) is governed directly by the region. Thus, the effects on health care programming are closely controlled. In the case of PPP operations too, the sole presence of a financing as per article 20 secures full control by the region through the described tools.

Nevertheless, in the specific cases analyzed regarding the regions that have most used the PPP tool, the positioning of the group leaders appears to be much differentiated. In this connection, the individual regional cases can be classified according to some significant variables:

- the degree of autonomy of health care units in terms of investment policies, choice of financing tool to be adopted, direct management of the contractor selection procedure;
- the intensity of the governance prerogatives exerted by the region, in terms of investment policy planning, coordination activity, line of policy, control and technical assistance during the investment operations;
- the presence of dedicated technical organs in the project major steps (planning, selection and definition of the tool, definition of the procedure and working out of the tender documents, selection of the contractor): evaluation team, staff organs, regional enterprises, etc.

The interpretation of the individual regional cases, according to the said variables, leads to the classification given in **table 3**.

The two most significant cases that exhibit two opposite models are Lombardy and Tuscany.

When analyzing the health care project programming, it appears evident that the object of *Regione Lombardia* is the full responsabilisation of health care units, which are invited not only to identify forms of self-financing, but also – in the case of major projects – to activate public-private co-operation relations (DGR – Region Executive Board Resolution – 427/1999). The 2007-2009 Regional Health Care Plan, with a view to reducing the public resource involvement, fosters the contribution by private partners and lays stress

	Autonomy of health care units	Intensity of region's governance prerogatives	Presence of dedicated technical organs
Lombardy	Very limited autonomy.	Strong centralization in the stages of investment planning, financing tool selection, monitoring and (often) direct management of the procedure.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regional observatory for health care building investments: support to planning, monitoring, evaluation of structural investments; ▪ Finlombarda S.p.A.: preparation of preliminary feasibility studies; ▪ Infrastrutture Lombarde S.p.A.: contracting station for all operations.
Campania	Wide autonomy.	Programming of investments; qualitative and technical project evaluation.	Agenzia Sanitaria (ARSAN) of the Campania region: policy, coordination and technical advice to health care units.
Veneto	Good autonomy level, but necessary integration with Consorzi di Area Vasta.	Centralization of purchasing policies through Consorzi di Area Vasta. Boosting of real estate leasing operations.	Nucleo Valutazione e Verifica (NUVV) of the region: mandatory binding opinion on project feasibility, check of the legal prerequisites, sponsor's proposal evaluation.
Tuscany	Good autonomy level, but strong integration with the region and with Consorzi di Area Vasta.	Centralization of purchasing policies through Consorzi di Area Vasta. Project programming, involvement of health care units in project preparation.	
Piedmont	Very limited autonomy.	Centralization of programming and selection of financing tool.	Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (ARESS). NUVV: binding opinion on financing, if public resources are involved.
Sardinia	Wide autonomy.	Drafting of an organic investment plan.	Nucleo Regionale per la Finanza di Progetto: support to health care units.

on the importance of an innovative finance to increase the properties' value. Nevertheless, the identification of PPP solutions is subject to an express «authorization» of the region: the programming department (in particular the Piano e Programmi and Edilizia Sanitaria structures) of the councillorship for health care must check project compliance with the regional programme, the improved efficiency in the health care activity and accommodation services management, and the obtainable structure accrediting level (Marsilio, Vecchi, 2004). Moreover, the region expresses binding opinions on the financial advantage of the selected solution *vs.* a traditional financing model. In particular, Regione Lombardia sets two conditions in respect of PPP operations:

- definition of PPP models complying with health care units' requirements;
- statement of public interest of a project submitted by private parties.

The said conditions complied with, the PPP operation is authorized. Compliance with the expected results contained in the invitation to bid is checked *in itinere*.

The regional government role is very strong throughout the *ex ante* and *ex post* checking procedure, as well as during the investment in-progress monitoring. The survey demonstrates that the management and development of PPPs in Lombardy is characterized by a high direct and «indirect» centralization on the part of the region that avails itself of some regional structures, as identified below, for the control of the following:

- Regional Observatory for health care building investments, in charge of supporting planning, validation, monitoring, and evaluation of structural investments in the field of hospitals and health care units in the territory of the Regional Health Care System, as well as of favouring the effective use of

Table 3

funds as per the Regional Health Care Plan provisions;

- Finlombarda S.p.A., involved in the preparation of preliminary feasibility studies;
- Infrastrutture Lombarde S.p.A. acting as single contracting station for all innovative finance operations.

Also the selection of the specific tool to be used (project finance with sponsor, traditional concession, real estate leasing) falls within the regional centralization scope.

As far as concerns the Regional Health Care Plan of *Regione Toscana*, a specific section is dedicated to «Investments», which is the responsibility of the «Strategic Investment» structure of the right to health care and solidarity policy department. The provisions of article 20 have made it mandatory for the region to devise long-term investment strategies that have fully involved local health care units and for such units to prepare a detailed report on the investment strategy together with a financial plan and a plan for the sale of income-bearing properties and instruments the use of which has already been or is going to be ceased. This process constitutes the basis for a definition of the regional investment programme securing a correlation between the general policy lines contained in the Regional Health Care Plan and the planning policy of health care units *vis-à-vis* the available financial resources and the project implementation time.

Searching project finance opportunities is indicated in the Regional Health Care Plan as a prerequisite to proceed with further innovative interventions. Actually, the Regional Health Care Plan provides for «the health care units, jointly with the Regional Executive Board, to undertake to check the feasibility of the private party's participation in the investment of all the planned projects».

As for the project finance operation relating to four new hospitals (project Quattro Ospedali – Massa e Carrara, Lucca, Pistoia, and Prato), the region has played a strong role of leader and coordinator of the health care units involved and has monitored the bidding procedure in all of its stages.

As for the management of the procedure, instead, health care units and hospitals are autonomous and govern the PPP operation

directly.⁷ Nevertheless, the freedom enjoyed by health care units is limited by the activity of Enti per i Servizi Tecnico-Amministrativi di Area Vasta (ESTAV) (Area Vasta Techno-Administrative Service Agencies), established to back health care units in dealing with technical and administrative issues⁸ (procurement of goods and services; management of warehouses and logistics; management of properties in terms of maintenance, sub-contracting, sale ...). The main project finance difficulties may concern the outsourcing of services that might fall within the scope of Area Vasta's services. Thus, the operation is subject to a negotiation with the region and ESTAV.⁹

The survey conducted in the main regions affected by project finance and, more generally, PPP operations confirm the absence of a single reference framework and the presence of a variety of experiences. On a whole, the regional health care model already shows a marked tendency to the federal model, where, near regions playing a definite policy and control role, there are regions with a weak activity mainly as far as concerns financial evaluations (see **figure 1**).

Figure shows a growing trend of the region's governance prerogatives as they pass from the sole investment plan to the selection of the financial tool, and then to the direct management of the bidding procedure (as is the case, for instance, of Regione Lombardia). The autonomy of health care units is reversely linked to the region's role: if this is limited to informing health care units and defining some guidelines for the use of innovative finance tools, the health care units' autonomy is very wide; if, vice versa, the region manages all processes directly, little room is left to health care units' independence.

The survey shows a tendency common to the Italian regions considered: the group leader exerts a strong control over the investment activity of the health care units involved (not only through the preliminary authorization requirements, but also through the request for the preparation of feasibility studies and the selection of the financial tool), mainly when directly involved in the financing (article 20, law 67/88). In this case, the framework programme agreement tool provides not only for the authorization to be

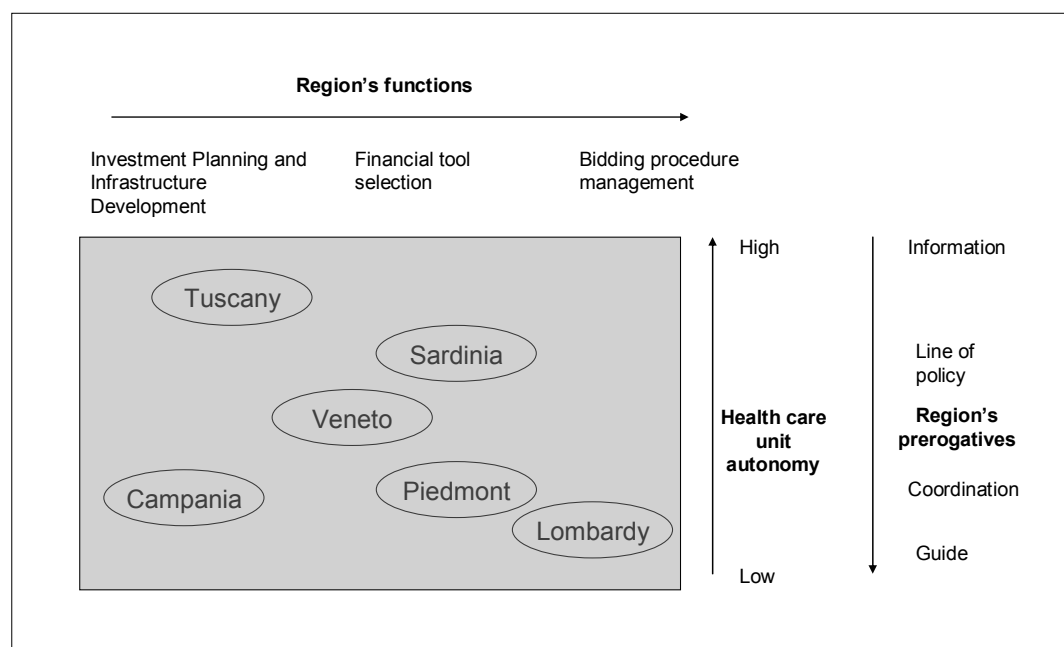


Figure 1
Region's role in project
finance operations

given by the region, but also for the role of the parties involved, for the tool to be selected, and for the procedural and technical passages. The operations involving a portion of public co-financing are subject to a centralized investment management. When operations do not involve the use of public funds, the region's role is weaker. After a pioneer period characterized by a greater autonomy of health care units, the regional centralization of investment governance, even in the case of PPPs, shows a steady steeper upward trend.

With reference to the relationship between regions and health care units, however, the latter appear to enjoy a high degree of autonomy, mainly in the procedure management stage. Autonomy liable to involve a number of risks connected with the various bidding stages (Amatucci, Lecci, 2006).

Specifically, the risks that may be run *ex ante*, namely during the project arrangement, ITB, and contract awarding stages, are as follows:

- risk of a project not in line either with the Regional Health Care Plan or with the needs of the community for which the project is meant;
- risk of an inadequate procedure leading to an expansion of the awarding sched-

ule (hence of costs) or to a no-bid situation, owing to the health care unit's insufficient know-how;

- risk of negotiated conditions being particularly unfavourable to the public party.

The possible *in itinere* risks, namely the risks that may be engendered during project implementation, are as follows:

- risk of off-schedule deliveries, with all ensuing consequences;
- risk of project interruption due to building contractor's liquidity tension or to the public party being unable to make the agreed contribution;
- risk of non-compliance with other contractual standards;
- risk of implementation of a project not in line with plans.

Eventually, the risks that may be run *ex post*, namely when the project is over and the work is in operation, are as follows:

- risk of a work not in line with the project implementation purposes;
- risk of insufficient levers available to the health care unit for investment management monitoring;

- risk of work management (typically under the private party’s responsibility) being not very efficacious or not in line with the health care activity;
- risk of non-compliance with contract conditions.

In each of the foregoing cases, mainly as far as concerns *ex ante* and *ex post* risks, the region can intervene in support of the health care unit, by guiding the latter’s approaches and providing it with the competence required to secure the full feasibility and functionality of the investment.

B. The Private Partner’s Role

With regard to the second scope of the survey (private partner’s role in these operations and impact of said role on the regional and health care units’ programmes), an analysis was conducted on the awarded projects, subdivided by region, and emphasis was put on the advantages of the health care unit as well as on the risk distribution, the contracting power of the parties involved, the main criticalities, and the system of contributions and remunerations.

One of the reasons for health care units and hospitals having recourse to project finance lies in the design activity: when a sponsor is involved, the sponsor proposes, at his own expense, the preliminary project design, within the scope of a proposal providing also for a project financing plan, the indication as to service management modalities, along with a convention contract draft. Thus a double advantage is afforded to the

health care unit: on the one side, it obtains the preliminary project at no cost (obviously the cost borne by the private sponsor is recovered in the project management stage); on the other, the design quality is often very high on account of the fact that the sponsor recovers and rewards the invested resources through the management of the infrastructure designed and constructed, and a high quality and efficiency of the infrastructure has an immediate impact on the remuneration levels (Amatucci, Lecci, 2006; Amatucci, Germani, Vecchi, 2007). Out of the operations made so far in the regions considered, the procedure with sponsor results (table 4) to have been always adopted in Veneto, Tuscany, and Sardinia, while it accounts for approx. 30% in the regions where the project finance procedure is mainly adopted (Lombardy and Piedmont).

The procedure with sponsor, mainly on the Italian market,¹⁰ hides a significant criticality connected with a low competition degree. In fact, as evidenced by table 5, bids in Italy seldom envisage the presence of sponsors: the number of sponsors never exceeds two units, on an average, in all the regions considered.

The scarce competition obviously weighs not only on the qualitative and management characteristics of the operation, but also on the level of costs. Mainly in such a highly complex sector as that of health care, transaction costs (due, in particular, to opportunism and small numbers) (Williamson, 1975) tend to overload the procedure and weigh heavily on the health care unit (Amatucci, Gugiatti, 2006). Let us consider, by way of example,

Table 4
Procedures used in the analyzed regions

	Lombardy	Campania	Veneto	Tuscany	Piedmont	Sardinia
Procedures With sponsor	30%	–	100%	100%	33%	100%
Public initiative	70%	100%	–	–	67%	–
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Table 5
Average number of sponsors

	Lombardy	Campania	Veneto	Tuscany	Piedmont	Sardinia
Average number of sponsors	1.5	–	1.5	2	1	1

the Venice health care unit project concerning the construction of a hospital at Mestre. One of the proposals submitted by a sponsor was considerably off-spec in respect of the indications given by the health care unit (Strano, Tescaroli, 2002). The presence of a second proposal complying with the documents issued by the health care unit allowed this to identify a public interest proposal and later to award the concession.

Anyhow, as already seen, a scarce – often inexistent – competition involves almost a Hobson's choice for the health care unit, compelled to accept major modifications of its programme lines, or even to cancel the project. The management of bidding by the health care unit leads to the acceptance of proposals involving even significant changes that do not impact on the regional control variables (planned bed places, public contribution ceiling) directly, although they are liable to weigh on regional policies (service outsourcing and commercial activities; rental level; scarce incentive to embark on tight negotiations on the level of contribution, etc.) indirectly.

A second evidence concerning PPPs in the Italian Health Care System is the great weight of the initial public contribution, whether in case of a procedure with private sponsor or when a public initiative procedure is involved (tables 6a and 6b). This reduces risks for the private partner considerably because the financing of a large amount of the project is more similar to that of a contract work than of a risk initiative.

A third criticality element is represented by the average duration of the procedure that differs depending on whether it is a procedure with sponsor or a public initiative one. In the former case, the average time elapsing from the publication of the notice to the

awarding stage is approx. 22-24 months, with peaks of as many as 30 months; in the latter case, the average time elapsing from the publication of the invitation to bid to the awarding stage is approx. 12-14 months. In both cases, however, about 8 months should be added to allow for the final working design, for contracts to be perfected, and for arranging the financial operation. When compared with the average work contracting time (8-10 months), the project finance procedures look to be lengthy and confused. Not to speak of the high risk of litigations, mainly when a sponsor is involved: the insufficient clarity of the regulations to be complied with in the sponsor selection procedure, the controversial law governing this early period, and the objective difficulty in evaluating bids that frequently exhibit elements that are not comparable make it impossible to plan a correct operation implementation schedule (Amatucci, Lecci, 2006) (tables 7a and 7b).

The last element considered concerns the management of outsourced services in PPP operations. Mainly when the presence of a sponsor is envisaged, PPPs exhibit a major commercial component in the case of hospitals (table 8). With a view to securing an economic-financial balance of private parties, it is necessary to enhance the aspects relating to the commercial exploitation of areas located inside the structures. Nevertheless, said areas exhibit two types of criticalities. On the one hand, unless precise behaviour rules are fixed from the very beginning, said areas risk to be in conflict with the nature of the structure they belong to. On the other, they often conceal hidden remunerations – underestimated on purpose by private parties – that can secure a «position reward» summing up to the remuneration already pro-

	Lombardy	Campania	Veneto	Tuscany	Piedmont	Sardinia
Average percentage	53.6%	–	35.6%	–		20%

Table 6a
Average public contribution percentage. Procedure with sponsor

	Lombardy	Campania	Veneto	Tuscany	Piedmont	Sardinia
Average percentage	61%	63.5%	–	–	60%	–

Table 6b
Average public contribution percentage. Public initiative procedure

Table 7a

Average duration of the procedure with sponsor

	Lombardy	Campania	Veneto	Tuscany	Piedmont	Sardinia
Average duration, in months	19.7		29	-		10

Table 7b

Average duration of public initiative procedure

	Lombardy	Campania	Veneto	Tuscany	Piedmont	Sardinia
Average duration, in months	8.3	10	-	-	15.3	-

	Lombardy	Campania	Veneto	Tuscany	Piedmont	Sardinia
Service Typology						
Non-core support services						
Maintenance of technological facilities	YES	YES	YES	YES	YES	YES
Management and maintenance of buildings	YES	YES	YES	YES	YES	YES
Maintenance of apparatus	X	YES	YES	YES	NO	YES
Laundry	YES	YES	YES	YES	NO	YES
Maintenance of biomedical apparatus	YES	YES	YES	YES	YES	YES
Waste disposal	YES	YES	YES	YES	YES	YES
Energy and heat supply		YES	X	NO	YES	YES
Information service	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Cleaning services (internal and/or external)	X	YES	X	YES	X	X
Surveillance	X	YES	NO	YES	NO	X
Maintenance of green areas	YES	NO	NO	NO	YES	NO
Low-care patients' housing	NO	YES	NO	NO	NO	NO
Diagnostics	NO	NO	X	NO	NO	NO
Supply of medical gas	X	YES	X	NO	NO	X
Internal mechanized transport	YES	YES	NO	NO	NO	NO
Laboratory services	X	NO	YES	NO	NO	NO
Purchasing management	X	X	NO	NO	NO	NO
Reception, admission, cash department	X	NO	NO	NO	NO	NO
Services against payment of rates						
Guest-rooms	NO	NO	NO	YES	NO	NO
Management of paying patients' accommodation	NO	YES	YES	NO	NO	NO
Management of housing structures hosting patients' families	NO	YES	YES	NO	NO	NO
Management of in-house nursery	NO	NO	YES	YES	NO	NO
Management of bar/catering structures	YES	YES	YES	YES	YES	YES
Cafeteria and catering services (personnel and patients)	YES	YES	YES	YES	YES	YES
Management of commercial spaces	X	YES	YES	YES	YES	YES
Management of car parks	YES	YES	YES	YES	NO	YES

Legend:

YES means that the services considered are meant, on an average, to be outsourced.

NO means that the services considered are not meant, on an average, to be outsourced.

X means that no univocal strategy has been devised.

Table 8

Services outsourced for the analyzed cases

vided by the periodical sums paid as rental by the health care unit. This phenomenon is in contrast with the purpose of enhancing the structure commercial and real estate value, i.e. with a limitation of the costs to be borne by the health care unit.

Table 8 shows the significant presence of commercial activities left to the private investor together with non-health care services in favour of users, mainly of visitors (car parks, bar, etc.), scarcely considered in PPP contracts.

6. Conclusions

The use of PPPs for the implementation of infrastructure projects is a procedure that is still significantly adopted in Italy, especially in the health care sector.

Regions are aware of the focal position of infrastructural planning, a major component of the system's objects. They have realized that – if left to the sole autonomy of health care units and to the entrepreneurial initiative of private partners – PPPs could lead to an implicit modification of the health care units' target functions, not necessarily consistent with the system logic. Thus, they have implemented ever more centralized models and logics for the planning and control of PPP operations, with regard to design and to management as well. For so doing, regions have adopted a variety of models that differ in the intensity of the governance prerogatives of the group leader and in the level of autonomy of health care units. By way of example, Regione Lombardia tends to centralize both the planning and the bidding procedure management stages and has thus established an ad-hoc dedicated party, Infrastrutture Lombarde. In other regions, instead, the centralized intervention is limited to the planning and programming stage, leaving it to the health care units to be responsible for the bidding procedure management and for the approach to the project.

If we consider the first research question (RQ1), we can affirm that the regional health care systems have developed logics and tools capable of sterilizing potential distortive effects of a financing secured by private partners under PPP operations. The functions exerted to date by regions provide, in fact, for so strongly centralized investment planning and infrastructure development policies as to include, in some cases (Lombardy, Piedmont, Sardinia, Veneto), also the selection of the financing tool and the bidding management (Lombardy). The group leaders' PPP governance tools have fully developed and the innovative finance tools have reached maturity and diffusion, while they were weaker in the initial pioneer stages, when there was not a full awareness of the PPP impact and there was probably a tendency to spur the diffusion of same and leave more autonomy to the entrepreneurial

ability of health care units. A development cycle of the system governance logics can be said to have successfully and physiologically come to conclusion.

Conversely, the PPP governance structures (RQ2) evidence a number of criticalities. On the one hand, the presence of significant initial public investment components makes it difficult to transfer risks to a private party as it can determine return situations, but not entrepreneurial initiative. On the other hand, there is a scarce enhancement and development of the sponsor, procedures result to be too time-consuming, and non-core commercial activities weakly comply with institutional objects.

This demonstrates that many of the potentialities peculiar to PPP operations have not been availed of. There is no enhancement of the entrepreneurial contribution expected from a private partner, whether from a full financing viewpoint, or in respect of project design, or from the risk transfer standpoint. All this accounts for the still great weakness of public parties in designing, negotiating, and controlling PPPs.

In this connection, our survey indicates how the regions' willingness to control the planning and outcome of the infrastructural development, just to avoid system distortions, has determined the assumption of group models that are so excessive in exerting governance prerogatives as to jeopardize the development of a possible PPP management competence of health care units.

Actually, it is fundamental to respect and pursue the infrastructural development goals fixed by regions. In this regard, regions have been effective in sterilizing the potential distortions of PPPs, but at too high a price, i.e. at the price of preventing or delaying the development of PPP management competence in the controlled health care units. That of regions is a basic government level for the determination of infrastructural macro-planning, but, at the same time, it is too high and too out of reach, mainly in large-sized regions, to be able to manage the infrastructural micro-planning and chiefly to manage the PPP implementation procedures. It is, therefore, necessary to balance the development of the overall infrastructural network and the need to let the implementation aspects be managed at a local level, so that all

the potentialities of PPPs may be exploited within a specific territorial context.

A significant effort should, therefore, be made by public institutions and all the operators involved with a view to introducing improvements.

First, regions ought to develop and spread out (a) diffused competence, not centralized in a task force of the sole group leader acting according to a top-down logic liable to remove responsibilities and make the acknowledged autonomy of health care units meaningless; (b) multi-discipline and multi-level competence through the creation of work teams and support teams composed of professionals of different origins, i.e. coming from health care units, regions, academies, consultancy organizations, finance (Amatucci, Germani, Vecchi, 2007). Emphasis should be laid also on the importance of a stronger medium- and long-term planning, of a continuing dialogue between the main operators of the sector for the purpose of spurring a mutual growth and an increase in the number of entrepreneurs, thus favouring the alignment of public and private expectations, which would lead to operations capable of meeting the requirements of the various parties involved.

At a health care unit level, the necessary interventions are mainly those connected with a greater responsibility in the various stages of the procedure, such as

- subordination of the commencement of PPP operations to the evaluation of project feasibility, convenience, and sustainability;

- preparation of an adequate documentation for inviting bids, inclusive of a specification of requirements and of the related services requested by the health care unit, with special regard to qualitative standards; preparation of a draft of standard convention providing for the types of risks to be transferred to the private party; preparation of an economic-financial plan with the indication of basic parameters so as to ease an evaluation of the plan and a bid comparison in case of several proposals/bids;

- presence of possible simulation scenarios so as to be always ready to cope with any situation during the bidding procedure;

- convention providing for mechanisms allowing renegotiating the contract in case of substantial modification either of market

prices or of demand, to the advantage of the one party or the other, so as to restore the correct economic and financial equilibrium, i.e. the one defined through bidding.

The survey is unavoidably subject to some methodological limits due to various causes.

First, the official documents and the interviews with institutional actors do not always allow thoroughly comprehending the logics and dynamics of the processes under examination.

Second, the analysis is conducted within a rapidly evolving regional reference model that envisages the growing adoption of centralization logics, in terms both of expenditure (centralized purchasing according to different models) and of programming.

Finally, a correct evaluation of given phenomena would require the presence of robust series of historical data spanning a five-year period at least. Consequently, since at present there is no possibility of observing any PPP operation in a time horizon of 5-10 years at least, it is impossible to make a rigorous quantification according to the most objective methodologies of a quantitative nature. The analyses conducted, undoubtedly valid, are, however, necessarily based on qualitative elements, such as experts' opinions and scenario analyses. Despite their being useful for a better comprehension of the elements characterizing the initiatives undertaken, said analyses lack objectivity in the choice of scenarios as these are developed on the basis of the historical experience of the individual and according to a subjective evaluation of risk factors. A sound evaluation of operations needs the integration of the two analysis methodologies, i.e. of the qualitative and quantitative.

In our opinion, this is the direction that the future research efforts should be chiefly aimed at.

Notes

1. The peculiar nature of health care units and, in particular, the high rigidity of costs (not only of human resources, but also of technology and maintenance) normally tend to engender losses of a structural nature.
2. The fiduciary basis of the relationship between the region and public health care units differs from the one characterizing the agreements of private busi-

- nesses: it should rather be intended as a public sector governance and expenditure control system.
3. There is no precise definition of the phenomenon, described on the basis of the presence of some characteristic elements (Amatucci, Manfredi, 2005; Zannotto, 2005), namely:
 - relatively long duration of the co-operation;
 - adequate risk spreading among the parties involved;
 - production of a more effective, efficient, and economic public - utility service.
 4. The Authors (page 62) write: «From a business economic viewpoint, the regionalization of the health care sector suggests to consider the public component of the Regional Health Care System as a corporate group, where the Region plays the role of group leader». Further on (page 64): «The assimilation of the public component of the Regional Health Care System to a corporate group cannot be fully taken for granted. First of all, one of the basic elements normally associated to the concept of group, i.e. a control stake, is missing. (...). On the other hand, however, it is up to Regions to identify public health care units, to approve the latter's general managers, to approve their budgets and balance-sheets, to direct their activity through often binding directives, to make up for losses, if any (...). It seems, therefore, proper to conclude that the public component of the Regional Health Care System is such as to exhibit all the conditions for the existence of a corporate group».
 5. Still Anessi Pessina, Macinati (2008, page 64): «Regions have selected quite different modalities for using their Regional Health Care System governance prerogatives. Some of them widely use the policy and control tools typical of owners with public health care enterprises. Others, instead, tend to establish rules to define the convenience of the various parties and orient these towards regional goals, while – however – focusing on their autonomy».
 6. «The region governs the contraction of loans and the opening of other forms of credit lasting 10 years max., for the financing of investments and subject to the region's authorization, up to a total worth of instalments, for principal and interest, not exceeding fifteen per cent of its own current revenue, exclusive of the current national health care fund portion assigned to the region».
 7. In the described operation (four hospitals), however, with a view to easing the negotiation and relations with the private partner, SIOR «Sistema Integrato Ospedaliero Regionale» (Regional Integrated Hospital System) was established, as fruit of the association of the four health care units involved. The object of SIOR consists in the integration and coordination of the health care units for the purpose of enacting and handling all the procedures required to implement the new hospitals. In particular, SIOR fulfils a variety of tasks, throughout the PPP stages: preparation of guidelines for design; contacts and co-operation relations with the Municipalities whose territories shall accommodate the hospitals; collection of town-planning/building data required to localize the new hospitals as well as to identify the standards best fitting the town-planning instruments and the valuation, by the Municipalities, of the assets deriving from the planned closing down of existing hospital structures; sponsors' bid evaluation; preparation of the invitation to bid; management of bids and contract awarding; constant monitoring aimed at checking the winner's compliance with his obligations, up to the final test of the works.
 8. Tuscany Regional law No.40/2005: ESTAVs, established by the regional Council after a trial period, are regional health care system agencies endowed with public legal status as well as with administrative, organizational, accounting, management autonomy.
 9. The establishment of ESTAVs tends, therefore, to engender conflicts between the health care units' level of autonomy and the regional purchase centralization policies, mainly when project finance is involved. As already seen, in fact, the balance of project finance operations is often secured by the private partner who manages a number of supporting services, i.e. just those covered by the bids centralized at the ESTAV level. The same conflict appears also in Regione Veneto, where the establishment of Consorzi di Area Vasta is recent. This is the very reason why Regione Veneto has been lately in favour of real estate leasing operations (the same occurs in Regione Piemonte, with the recent operation regarding the Novara hospital), which exclude private parties from the management of any services.
 10. In an international context data are quite different. See Amatucci, Honewell, Vecchi (2008).

R E F E R E N C E S

- AMATUCCI F., LECCI F. (2004), «Le operazioni di partnership pubblico privato in Sanità. Un'analisi critica», in E. Anessi Pessina and E. Cantù (eds.), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- AMATUCCI F. (2004), «La funzione finanzia nelle aziende sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds.), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano.
- AMATUCCI F., GERMANI A., VECCHI V. (2007), «Il project finance in sanità: un'analisi delle caratteristiche economico-finanziarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds.), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- BORGONOVÌ E., MARSILIO M., MUSÌ F. (2006), *Relazioni pubblico privato*, Egea, Milano.
- DEL VECCHIO M. (2002), «La resistibile ascesa dei nemici dell'azienda pubblica», *Salute e società*, No. 1.
- DEL VECCHIO M. (2007), «Nuove tendenze nelle strutture di governo: interpretazioni e riflessioni a margine di un documento della Regione Emilia Romagna», in E. Anessi, E. Cantù, *Rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- GIBBONS R. (2005), «Incentives Between Firms (and Within)», *Management Science*, vol. 51(1), pp. 2-17.
- JOMMI C. (eds.) (2004), «Il sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche», Egea, Milano.
- LECCI F., MARSILIO M. (2005), «Il leasing nelle aziende sanitarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds.), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- LEGA F., CRISTOFOLI D. (2005), *Strategic Management of Public Sector Organizations. Theory and practice*, McGrawHill, Milano.
- LONGO F. (2005), *Governance dei network di pubblico interesse*, Egea, Milano.
- LONGO F., LEGA F. (2002), «Programmazione e governo dei sistemi sanitari regionali e locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto», *Mecosan*, 41.
- MACNEIL I.R. (1985), «Relational contract: what we do and do not know», *Wisconsin Law Review*, p. 483-525.
- MARSILIO M., VECCHI V. (2004), «Il finanziamento degli investimenti in sanità», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds.), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Egea, Milano.
- MINTZBERG H., WATERS J.A. (1985), «Of strategies, deliberate and emergent», *Strategic Management Journal*, No. 6, pp. 257-272.
- RUFFINI R., VALOTTI G. (2004), *Assetti istituzionali e governo delle aziende pubbliche*, Egea, Milano.
- STRANO G., TESCAROLI N. (2002), *Il project finance nella Sanità. Il nuovo ospedale di Venezia-Mestre*, Marsilio, Venezia.
- VECCHI V. (2008), *Il project financing per gli investimenti pubblici*, Egea, Milano.
- ZANINOTTO L. (2005), «Definizione e contenuti essenziali del Project Financing», internet file from site <http://www.infopieffe.it>

Quale influenza hanno le partnership pubblico-privato sulla funzione obiettivo delle aziende pubbliche: analisi dei casi in sanità

FABIO AMATUCCI, FRANCESCO LONGO

1. Obiettivo del lavoro

La diffusione delle partnership pubblico-privato (d'ora in avanti PPP) è un fenomeno globale presente in tutti i settori, a ogni livello di governo, che coinvolge tutte le tipologie di istituzioni pubbliche (Borgonovi, Marsilio, Musì, 2006).

Per la loro complessità politico-istituzionale, procedurale e amministrativa, le PPP riguardano di norma progetti significativi, di rilevanti dimensioni, che possono modificare il posizionamento strategico o la traiettoria evolutiva di tutti i partner, a partire dal promotore pubblico. A titolo esemplificativo si pensi all'impatto strategico della costruzione di un nuovo ospedale in PPP per un'azienda sanitaria o alla costruzione di un nuovo teatro per un ente lirico, o a un grande raccordo stradale per l'Anas, ecc.

Teoricamente la funzione obiettivo di una istituzione pubblica è determinata dai suoi organi istituzionali, contemporaneamente espressione dei propri *stakeholder* e in dialettica con essi (Ruffini, Valotti, 1994). La funzione obiettivo così definita diventa l'orizzonte entro il quale negoziare con i partner privati il progetto di PPP. Questi ultimi però forniscono un apporto economico, progettuale e gestionale così rilevante che potrebbe implicitamente influenzare la funzione obiettivo dell'istituzione pubblica, per perseguire il legittimo scopo del ritorno sui propri investimenti finanziari e imprenditoriali. Obiettivo del presente lavoro è pertanto quello di verificare se e quanto, nelle PPP di rilevanti dimensioni, il partner privato modifica la funzione obiettivo della parte pubblica, o se invece ne è mero esecutore, traendone il giusto guadagno per la fornitura di infrastrutture e servizi.

In particolare si indagano le seguenti domande di ricerca:

– RQ1: Quali sono gli effetti delle PPP sulla programmazione da parte delle istituzioni pubbliche, sia a livello aziendale che regionale?

– RQ2: Quale ruolo svolge il soggetto privato nelle partnership (nelle fasi di progettazione, esecuzione e controllo dell'opera e dei correlati servizi nel tempo) e come questo incide sulla programmazione regionale?

Per rispondere a queste domande indagiamo un campione di PPP attuate nel Ssn italiano, le quali si caratterizzano appunto per essere la formula di gestione di importanti e rilevanti innovazioni e investimenti strategici per le aziende sanitarie pubbliche partner delle iniziative.

Per rispondere alle domande di ricerca poste analizziamo in particolare le strutture di *governance* e i processi inter-organizzativi tra i partner durante l'esecuzione del contratto per capire come si svolgono i processi decisionali e le correlate distribuzioni dei contributi, dei rischi e delle ricompense e come questi influenzano gli obiettivi dell'azienda pubblica partner.

2. La definizione della funzione obiettivo nell'azienda pubblica

Le finalità istituzionali di ogni azienda pubblica sono praticamente infinite dovendo contribuire allo sviluppo socio-economico, culturale, ambientale, civile e democratico della popolazione di riferimento. La necessità di definire una missione, una visione, una strategia nasce proprio dal fatto di dover limitare un campo d'azione altrimenti illimitato, a fronte di risorse ed energie istituzionali limitate (Lega, Cristofoli, 2005).

La definizione della funzione obiettivo dell'azienda pubblica, che delimita la sua finalità istituzionale infinita, avviene attraverso molteplici e complessi meccanismi inter-istituzionali

SOMMARIO

1. Obiettivo del lavoro
2. La definizione della funzione obiettivo nell'azienda pubblica
3. Le forme di partnership pubblico-privato per la realizzazione di investimenti
4. Definizione del campo di indagine e della metodologia di ricerca
5. Il modello di analisi e i principali risultati
6. Conclusioni

e le dinamiche istituzionali e organizzative interne (Ruffini, Valotti, 1994). La funzione obiettivo dell'azienda pubblica raramente è perfettamente esplicita, essendoci note convenienze istituzionali e politiche a dichiarare obiettivi generici, omnicomprensivi e scarsamente oggettivabili e misurabili - es. miglioramento della qualità di vita (Del Vecchio, 2002). La funzione obiettivo delle aziende pubbliche è perciò spesso implicita o addirittura emergente (Mintzberg, Waters, 1985). Questo rende estremamente difficile valutare l'impatto dei partner privati delle PPP sulla modifica della funzione obiettivo dell'azienda pubblica, essendo essa stessa non chiaramente individuata.

Anche il settore sanitario si caratterizza per questa complessità. Nelle aziende del Ssn italiano la funzione obiettivo è frutto dell'interazione tra i seguenti processi inter e infra istituzionali:

- definizione degli obiettivi e dei correlati finanziamenti, sia di parte corrente che di investimento da parte della Regione, che di fatto è la capogruppo «proprietaria» delle aziende;

- indirizzo da parte degli enti locali del territorio;

- contributo alla definizione del posizionamento aziendale soprattutto da parte dei professionisti interni, sia esplicitamente negli organi dell'azienda (*in primis* il collegio di direzione), sia in maniera implicita ed emergente con la loro scelta di *mix* di attività/pazienti e correlati consumi di fattori produttivi (Del Vecchio, 2007).

L'interazione di questi processi determina la funzione obiettivo emergente, la quale raramente è esplicitamente sintetizzata nei documenti di pianificazione strategica ufficialmente deliberati. Questi tendono, piuttosto, ad avere la natura di documenti di auspicio del perseguimento delle finalità istituzionali in tutte le direzioni possibili.

Tra i diversi processi co-decisionali citati quello che assume una natura più esplicita e definita riguarda gli indirizzi che vengono espressi dalla Regione (Longo, Lega, 2002). La maggiore delimitazione e, quindi, esplicitazione, degli obiettivi avviene perché la Regione è l'ente finanziatore esclusivo e quindi il trasferimento delle risorse viene correlato a obiettivi di attività, di governo

degli *input*, di sviluppo infrastrutturale e dei servizi. Anche gli obiettivi regionali contengono una quota implicita di obiettivi tacitamente considerati irrealizzabili o irrilevanti e altri dichiarati in parte. Lo stesso ammontare di risorse conferito contiene una parte implicita di futuri ripiani attesi dei disavanzi, che ovviamente non può essere esplicitato *ex ante* in nessun atto pubblico ufficiale.¹ Questo fenomeno è noto in letteratura come *relational contracts*, che diversamente dai *transactional contracts* (MacNeil, 1985), esplicitano gli obiettivi tra i partner *in itinere* e in maniera informale, su base fiduciaria. «Relational contracts help firms to circumvent difficulties in formal contracts. (...) A relational contract can be based on outcomes that are observed by only the contracting parties *ex post*» (Gibbons, p. 6, 2005). È molto difficile indagare la componente relazione della funzione obiettivo, cioè gli obiettivi impliciti negoziati *in itinere* dalle parti. Il ricercatore spesso deve accontentarsi di indagare la parte visibile del contratto (la componente *transactional* - MacNeil, 1985) utilizzandola come *proxy* dell'intera concertazione tra le parti.²

Nel settore sanitario la componente esplicita della definizione degli obiettivi delle aziende da parte della capogruppo Regione riguarda soprattutto la programmazione infrastrutturale: numero di posti-letto per specialità, tipologia e quantità di grandi tecnologie da acquistare sulla parte di investimenti per ogni azienda sanitaria pubblica controllata. L'azione di governo esplicita riguarda soprattutto lo sviluppo infrastrutturale cioè i piani di investimento che esprimono implicitamente il posizionamento futuro dell'azienda e i relativi costi attesi. A titolo esemplificativo, costruire e aprire un nuovo reparto di cardio-chirurgia, determina il posizionamento strategico futuro e i correlati costi correnti, che sono per lo più fissi, di un'azienda sanitaria.

La Regione esprime quindi la parte più esplicita della funzione obiettivo delle aziende sanitarie e in particolare questa assume un coefficiente di esplicitazione e chiarezza particolarmente nitida nella programmazione degli investimenti infrastrutturali.

Per questo, il presente articolo indaga l'influenza che hanno le PPP sulla parte di funzione obiettivo delle aziende concertata con le Regioni, in particolare

quella relativa allo sviluppo infrastrutturale, che non la esprime tutta, ma che sicuramente ne costituisce la parte più visibile.

In altri termini, si vuole analizzare se la ricerca dell'equilibrio economico e imprenditoriale delle PPP costituisca una dinamica così forte e autonoma, in grado di influenzare significativamente la programmazione infrastrutturale regionale, utilizzata come *proxy* visibile, seppur parziale, della funzione obiettivo delle aziende sanitarie.

3. Le forme di *partnership* pubblico-privato per la realizzazione di investimenti

Nel corso degli ultimi anni, in Italia e nei Paesi occidentali, si è verificato un crescente ricorso al finanziamento degli investimenti attraverso varie forme di coinvolgimento di capitali e soggetti di natura privata (Vecchi, 2008). In una prima fase, queste forme sono state identificate con il termine, di origine anglosassone, *project finance*, che rappresenta non tanto un nuovo strumento, quanto un'innovazione culturale nel finanziamento delle infrastrutture sanitarie, basata sulla fattibilità del progetto e sulla sua attitudine a restituire, attraverso i proventi generati dalla gestione, il debito contratto, e non invece sulla valutazione dell'azienda che richiede il prestito, sulla sua situazione economico-patrimoniale e sulle garanzie (reali, patrimoniale e personali) da questa fornite. La capacità di aggregare risorse intorno alla realizzazione e allo sfruttamento economico dell'iniziativa trova dunque giustificazione nella idoneità del progetto di ripagare e remunerare le risorse in esso investite. Nel settore sanitario, tuttavia, non si assiste all'applicazione di un modello puro di *project finance*, ma allo sviluppo di forme ibride di intervento, meglio indicate come *partnership* pubblico-privato (ossia, secondo la terminologia anglosassone, PPP, *private-public partnership*). In generale, è possibile definire una *partnership* come una relazione di collaborazione fondata sulla convergenza di interessi e finalizzata 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, risorse finanziarie;
- *know how* scientifico e gestionale;
- risorse umane;
- competenze distintive;
- flessibilità organizzativa;
- capacità manageriali e imprenditoriali.

Il concetto di *partnership* pubblico-privato³ è molto ampio e comprende una vasta gamma di modelli di collaborazione tra aziende pubbliche e imprese private, finalizzati al coinvolgimento di capitali e competenze private nella realizzazione di opere e nell'offerta di servizi pubblici. È possibile ricondurre le tipologie di PPP di natura finanziaria a cinque possibili varianti alternative di relazioni contrattuali: concessione di costruzione e gestione; concessione di lavori pubblici con *project finance* (con o senza promotore); costituzione di una fondazione di partecipazione; contratti di *leasing*; società di capitali miste pubblico-privato.

Indipendentemente dalla formula gestionale prescelta, le iniziative di *partnership*, legate agli investimenti, tra aziende sanitarie pubbliche e imprese private seguono un comune schema logico, basato su una diversa allocazione e distribuzione dei rischi dell'iniziativa, rispetto alle forme di appalto tradizionale. Infatti, il modello applicabile al settore sanitario prevede una ripartizione delle competenze tra azienda sanitaria e *partner* (socio, concessionario, locatore) privato, secondo cui:

- il soggetto privato realizza l'infrastruttura (ammodernamento, ristrutturazione, ampliamento, realizzazione *ex novo*), anche grazie a un contributo pubblico a fondo perduto (prezzo) da parte dell'azienda sanitaria;
- al soggetto privato spetta la gestione di tutti i servizi di supporto, quali manutenzione ordinaria e straordinaria dell'edificio, degli impianti e delle aree verdi; servizi amministrativi; servizi alberghieri a carattere industriale; servizi di supporto all'attività sanitaria; servizi commerciali; gestione dei servizi immobiliari (noleggio aree per attività commerciali);
- la competenza nell'erogazione di tutte le attività sanitarie spetta, in linea

generale, all'azienda sanitaria pubblica, tranne in alcuni casi dove sono previsti diversi gradi di coinvolgimento dei soggetti privati (fondazione di partecipazione).

Pertanto, al fine di assicurare l'equilibrio economico-finanziario dell'operazione, la *partnership* prevede:

- l'acquisto di tutte le attività di supporto da parte dell'azienda sanitaria (opere cosiddette a tariffazione diretta sulla pubblica amministrazione), attraverso la corresponsione di un canone al *partner* privato;
- il versamento di un prezzo iniziale per sostenere l'investimento, spesso rilevante, a favore del soggetto privato;
- la gestione diretta, da parte del privato, delle attività commerciali, con tariffe sugli utenti;
- la gestione del patrimonio immobiliare, attraverso l'affitto di spazi (commerci, parasanitari) a favore di soggetti privati.

Per queste caratteristiche, nel settore sanitario il modello puro di *project finance* (ossia, senza il coinvolgimento, sia in termini finanziari che di assunzione di rischi da parte dell'azienda sanitaria pubblica) lascia il posto a forme di *public private partnership*, caratterizzate da un coinvolgimento più ampio del soggetto pubblico, in collaborazione con il privato, per la realizzazione dell'investimento.

4. Definizione del campo di indagine e della metodologia di ricerca

Il perseguimento degli obiettivi individuati in precedenza avviene attraverso la ricostruzione delle esperienze di PPP in sanità: la popolazione obiettivo di questo lavoro è costituita da tutte le esperienze aggiudicate alla data del 30/04/2008, confrontate con quelle avviate, in modo da evidenziare anche il tasso di «caduta» delle operazioni.

Dopo aver effettuato una ricognizione di tutte le iniziative censite ufficialmente (Osservatorio Finlombarda e Unità tecnica Finanza di progetto del Ministero dell'economia), si è proceduto alla costruzione di una griglia di analisi, basata su questionari e interviste semistrutturate a dirigenti e funzionari direttamente coinvolti nei processi indagati. Le interviste

erano finalizzate a rilevare: le relazioni con la Regione di riferimento; l'oggetto dell'operazione; la dimensione economica dell'operazione; la procedura adottata; l'anno di aggiudicazione e i tempi della procedura; il numero di imprese partecipanti alla gara.

Le informazioni tratte dalle interviste sono state integrate attraverso l'analisi di documenti aziendali e regionali, ossia: bando di gara; capitolato tecnico e prestazionale; contratto/convenzione di concessione; studi di fattibilità; piano economico-finanziario; eventuali altri documenti (se disponibili).

Infine, nell'ultima fase, si sono analizzate le politiche sanitarie delle Regioni coinvolte, al fine di valutarne il ruolo specifico: piano sanitario regionale, normativa regionale, accordi di programma quadro, altre forme di accordi con le aziende, presenza di organi regionali di valutazione e controllo.

Lo stato dell'arte delle esperienze in corso

Con 74 iniziative in itinere censite nel Ssn, al 30 aprile 2008, per un valore complessivo degli investimenti che tocca quota 4,2 miliardi di euro, le PPP si affermano sempre più come motore degli investimenti infrastrutturali nel Ssn. Delle 74 iniziative censite, i progetti aggiudicati sono 32, per un valore di 1,9 miliardi di euro; i progetti ancora sul mercato sono invece 42 (per un valore di 2,3 miliardi di euro): 11 progetti risultano in fase di programmazione, per 12 progetti è stato pubblicato l'avviso indicativo di ricerca del promotore; 7 progetti sono in fase di valutazione delle offerte; 12 progetti, infine, si trovano in fase di gara.

Circa il 90% delle iniziative promosse riguarda la realizzazione o riqualificazione di strutture sanitarie, con la previsione di affidamento al soggetto privato, attraverso una concessione, di tutti i servizi di supporto e dei servizi commerciali.

Entrando nel dettaglio dei 74 progetti censiti, con riguardo alla localizzazione territoriale degli interventi, si rileva che circa 2,3 miliardi di euro (63% del valore complessivo dei progetti) sono concentrati al Nord Italia, 592 milioni nelle regioni del Centro, 885 milioni nel Sud e Isole. Le regioni maggiormente rappresentate (tabella 1), che coprono circa il 78% degli investimenti (50 operazioni su 74)

sono la Lombardia, con 19 progetti, per un valore di 1,01 mld di euro, il Veneto, con 8 progetti, la Toscana, con 6 progetti, la Campania, con 4 e il Piemonte, con 10 progetti.

In relazione alle procedure prescelte dalle aziende sanitarie, emerge una preferenza nei confronti della procedura con promotore:

- in 41 casi su 74 rilevati, le aziende hanno optato per la procedura *ex art.* 153 e ss. del Codice dei Contratti (procedura di concessione con Promotore privato);
- in 25 casi, è stata scelta la procedura *ex art.* 144 del Codice dei Contratti (concessione di costruzione e gestione a iniziativa pubblica);
- per i rimanenti 8 casi, la scelta della procedura non è ancora stata operata dalle aziende.

Per la procedura *ex art.* 144 (concessione a iniziativa pubblica) ed *ex art.* 153 (procedura con promotore), dalla «pubblicazione» dell'avviso all'individuazione del concessionario trascorrono in media rispettivamente 14 mesi (dalla pubblicazione del bando) e 24 mesi (dalla pubblicazione dell'avviso); in alcuni casi si raggiungono tre anni e oltre, senza considerare i tempi per la sottoscrizione e la firma del contratto e la chiusura dei contratti finanziari.

Di seguito vengono analizzate solo le iniziative aggiudicate, in cui la procedura non si è bloccata. Il motivo di questa scelta deriva, come detto in precedenza, dalla volontà di analizzare solo le esperienze realmente attuate, avendo osservato che esiste un tasso di caduta molto elevato e che solo poco più di un terzo delle iniziative avviate portano al concreto avvio di lavori di esecuzione dell'opera.

Nella **tabella 2** vengono riassunte le iniziative effettivamente implementate, ordinate per anno di aggiudicazione.

Alla data di analisi, 30 aprile 2008, dei 32 progetti aggiudicati:

- 14 sono in fase di costruzione (per un valore di 1,5 miliardi di euro);
- per 11 progetti (297 milioni di euro) è stato stipulato, o è in fase di stipula, il contratto di concessione;
- 3 sono in fase di sviluppo della progettazione definitiva o esecutiva (96,5 milioni di euro);

– 4 si trovano in fase di gestione (59,4 milioni di euro).

5. Il modello di analisi e i principali risultati

5.1. Il modello di analisi

Al fine di verificare la tesi di fondo di questo lavoro e di confrontare esperienze molto diversificate tra di loro in termini di struttura giuridica, dimensioni, durata del contratto, numerosità di soggetti coinvolti e complessità dell'operazione, sono stati indagati due aspetti tra loro profondamente interrelati:

- come si svolge la programmazione/progettazione delle iniziative intraprese, sia a livello aziendale che regionale;
- quale ruolo svolge il soggetto privato nelle partnership e come questo incide sulla programmazione regionale.

I *driver* esplicativi di indagine sono quindi legati alla valutazione dei meccanismi di *governance* delle partnership pubblico-privato e alla distribuzione dei rischi e di contributi e ricompense tra i soggetti coinvolti.

In relazione al primo ambito di analisi, occorre collocare i processi di partnership pubblico-privato all'interno del quadro istituzionale del Servizio sanitario nazionale (Ssn), profondamente riformato, a partire dal 1992, secondo principi di «aziendalizzazione» e «regionalizzazione» (Fattore, 1999). In particolare, la riforma del Ssn ha fatto convergere sulle Regioni le responsabilità di programmazione e pianificazione dell'attività sanitaria, stabilendo le priorità nel soddisfacimento dei bisogni sanitari della collettività; di definizione delle regole del Servizio sanitario regionale e di controllo dell'attività delle aziende erogatrici; di reperimento e utilizzo delle risorse finanziarie per il funzionamento del sistema sanitario, assicurando la copertura di eventuali disavanzi (Anessi Pessina, Macinati, 2008). La dottrina economico-aziendale tende ad assimilare il modello di Sistema sanitario regionale a un «gruppo aziendale» (composto da Regione e Aziende sanitarie pubbliche, Asl e Ao) e la Regione come relativa capogruppo (Anessi Pessina, Macinati, 2008⁴).

Tuttavia, se il modello del gruppo aziendale presenta diverse sfaccettature

nella gestione ordinaria dell'attività sanitaria,⁵ in relazione alla *governance* delle operazioni di partnership pubblico-privato, la situazione è ancora più differenziata: si può identificare un continuum, ai cui estremi ci sono Regioni che intervengono in maniera piena non solo nei processi di pianificazione e programmazione ma anche nelle scelte decisionali in merito alle convenienze economiche e all'utilizzo degli strumenti di finanziamento, e altre che invece valorizzano appieno l'autonomia decisionale delle singole aziende, salvo intervenire a posteriori allorché si registrino impatti rilevanti delle operazioni soprattutto sulla spesa corrente (Longo, Lega, 2002). In altri casi ancora, la Regione affida ad agenzie regionali il ruolo di programmazione e di valutazione delle esperienze in oggetto.

In relazione, invece, al secondo ambito di ricerca, si vuole indagare il reale ruolo svolto dall'operatore privato in queste operazioni e l'influenza che questi esercita sulla programmazione regionale e aziendale: la distribuzione del rischio, la forza contrattuale delle controparti, le principali criticità emerse, il sistema di contributi e ricompense per le controparti, che incidenza hanno sul successo e sulla stabilità di queste operazioni? L'indagine si concentra, da un lato, sugli strumenti di *governance* nelle operazioni in oggetto (meccanismi di concertazione degli obiettivi dell'investimento; definizione delle caratteristiche dei servizi da erogare; determinazione dell'equilibrio tra interesse pubblico e interesse privato; programmazione dei risultati attesi, sia in termini di *target* di utenti che di *output* e di *outcome*; verifica degli standard di qualità attesi; definizione dei soggetti preposti all'effettuazione del controllo; previsione di strumenti di controllo efficace), dall'altro sulla valutazione degli elementi di convenienza per i soggetti coinvolti (contributi richiesti e offerti tra le controparti; individuazione dei vantaggi per i soggetti coinvolti; individuazione delle criticità e dei limiti per i soggetti coinvolti).

5.2. I risultati dell'analisi

A. Il Ruolo della Regione e delle Aziende sanitarie

Come visto in precedenza, nel settore sanitario la Regione esercita un ruolo am-

pio di indirizzo e controllo soprattutto nel governo dei fondi pubblici per gli investimenti: vi è, infatti, la consapevolezza che l'allocazione di risorse per gli investimenti determina *ex post* il livello della spesa corrente del Ssn, per cui ogni nuovo investimento realizzato da una azienda sanitaria comporta inevitabilmente un aumento della spesa corrente (Amatucci, Lecci, 2006). Pertanto, lo sviluppo delle reti di infrastrutture è stato gestito dalla Regione con un forte indirizzo e controllo: questo è avvenuto sia attraverso regole ferree sulla contrazione di mutui da parte delle aziende sanitarie, sottoposti non solo ad autorizzazione regionale, ma anche a limiti quantitativi (in termini di durata e rapporto tra rate e risorse autonome delle aziende),⁶ sia nella gestione dei programmi per la realizzazione degli interventi previsti dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67. Nello specifico, la legge 67/88 art. 20 aveva previsto un programma pluriennale di investimenti (per complessivi 17.559 milioni di euro), secondo alcuni criteri generali per la programmazione degli interventi e gli obiettivi di massima da perseguire, ovvero di riequilibrio tra le Regioni, di rinnovo e ammodernamento delle strutture sanitarie, di sviluppo dei servizi di prevenzione e territoriali (Amatucci, Lecci, 2006).

Gli strumenti previsti per la programmazione negoziata per l'attuazione dell'art. 20 configurano quindi un forte ruolo regionale:

- gli accordi di programma *ex art. 5 bis del D.L.vo 502/1992*;
- gli accordi di programma Quadro *ex art. 2 della legge 662/1996*, attivati qualora le Regioni includano la salute nell'ambito delle Intese istituzionali di programma.

Entrambi gli strumenti richiedono ampia concertazione istituzionale tra il livello centrale e quello regionale e prevedono la sottoscrizione di nuovi accordi di programma nei limiti delle disponibilità finanziarie iscritte nel bilancio dello Stato e delle Regioni (Amatucci, Lecci, 2006).

Una volta sottoscritto l'accordo, per l'attivazione dello stesso, la Regione, verificata l'«appaltabilità» degli interventi in esso previsti (genericamente coincidente con la cantierabilità), chiede al Ministero della salute l'ammissione al

finanziamento dell'intervento, a partire dalla quale le risorse statali sono effettivamente erogabili.

Di conseguenza, l'utilizzo di questi strumenti (sebbene si osservino talvolta processi differenziati e numerosi soggetti coinvolti) viene governato direttamente dalla Regione, per cui gli effetti sulla programmazione sanitaria vengono attentamente guidati. Anche in caso di operazioni di partnership pubblico-privato, la sola presenza di un finanziamento *ex art. 20*, garantisce pieno controllo della Regione attraverso gli strumenti descritti.

Tuttavia, nelle specifiche realtà analizzate, che fanno riferimento alle Regioni dove si è maggiormente fatto ricorso allo strumento della partnership pubblico-privato, si registrano posizionamenti delle capogruppo molto differenziati. A questo proposito le singole realtà regionali possono essere classificate sulla base di alcune variabili significative:

- il grado di autonomia conferito alle aziende sanitarie in tema di politiche degli investimenti, di scelta dello strumento di finanziamento da adottare, di gestione diretta della procedura di selezione del contraente;

- l'intensità delle prerogative di governo esercitate dalla Regione, in termini di programmazione della politica di investimento, attività di coordinamento, indirizzo, controllo e assistenza tecnica nella realizzazione delle operazioni di investimento;

- la presenza di organi tecnici dedicati, nelle diverse fasi rilevanti del processo (pianificazione, scelta e definizione dello strumento, definizione della procedura e redazione documentazione di gara, gestione della selezione del contraente): nuclei di valutazione, organi di staff, società regionali, ecc.

L'interpretazione, secondo le variabili delineate, dei singoli casi regionali genera la classificazione riportata nella **tabella 3**.

I due casi più significativi, che delineano due modelli opposti, riguardano la Regione Lombardia e la Regione Toscana.

In *Regione Lombardia*, analizzando la programmazione della spesa sanitaria per investimenti, risulta evidente l'obiettivo della piena responsabilizzazione

delle aziende sanitarie, le quali sono invitate non solo a individuare forme di autofinanziamento, ma anche, in caso di progetti di ampie dimensioni, ad attivare collaborazioni pubblico privato (del. G. reg. 427/1999). Nel Psr 2007-2009, al fine di ridurre il peso delle risorse pubbliche, si incentiva la ricerca del contributo dei soggetti privati, sottolineando l'importanza della finanza innovativa per la valorizzazione del patrimonio. Tuttavia, l'individuazione di soluzioni finanziarie di PPP deve essere espressamente «autorizzata» dalla Regione: all'interno dell'assessorato alla sanità, l'unità programmazione (in particolare le strutture Piano e programmi ed Edilizia sanitaria) deve verificare la rispondenza dell'intervento alla programmazione regionale, i miglioramenti di efficienza nella gestione dell'attività sanitaria e dei servizi alberghieri e il livello di accreditamento delle strutture conseguibile (Marsilio, Vecchi, 2004). Inoltre, la Regione esprime pareri vincolanti sulla convenienza finanziaria della soluzione scelta rispetto a una forma tradizionale di finanziamento. In particolare, la Regione Lombardia pone due vincoli, in merito a iniziative di PPP:

- definizione di schemi di PPP che siano adeguati ai fabbisogni aziendali;
- dichiarazione di pubblico interesse di un progetto presentato da operatori privati.

Soddisfatti tali vincoli, la partnership pubblico-privato viene autorizzata per poi verificare *in itinere* la rispondenza rispetto alle previsioni contenute nel bando di gara.

Il ruolo del governo regionale risulta essere molto forte per quanto concerne tutti i passaggi del processo di verifica *ex ante* ed *ex post*, nonché del monitoraggio in itinere delle iniziative di investimento. Dall'analisi effettuata emerge che la gestione e lo sviluppo delle PPP in Lombardia si caratterizzano per un forte grado di accentramento diretto e «indiretto» della Regione, che si avvale di alcune strutture regionali per il controllo delle operazioni:

- Osservatorio regionale per gli investimenti di edilizia sanitaria, con le funzioni di supportare la programmazione, la validazione, il monitoraggio, la valutazione degli investimenti strutturali della

rete ospedaliera e delle strutture territoriali del Ssr nonché di favorire la verifica dell'efficace impiego dei fondi secondo quanto stabilito nel Psr;

– Finlombarda S.p.A., coinvolta nelle fasi di elaborazione degli studi di fattibilità preliminari delle operazioni;

– Infrastrutture Lombarde S.p.A., che funge da stazione appaltante unica per tutte le operazioni di finanza innovativa.

Anche la scelta dello strumento specifico da utilizzare (*project finance* con promotore; concessione tradizionale; *leasing* immobiliare) viene assunta a livello accentrato regionale.

In Regione Toscana, all'interno del piano sanitario regionale, è prevista una specifica sezione dedicata agli «Investimenti», la cui redazione è curata dalla struttura organizzativa «Investimenti strategici» del dipartimento diritto alla salute e politiche di solidarietà. Le procedure dell'art. 20 hanno imposto alla Regione di elaborare strategie di investimento di lungo periodo, che sono state realizzate attraverso un pieno coinvolgimento delle aziende sanitarie e la predisposizione, da parte di queste, di una relazione dettagliata sulla strategia aziendale degli investimenti, accompagnata da un piano finanziario e un piano di alienazione del patrimonio da reddito e di quello strumentale già dismesso o da dismettere. Sulla base di questo processo, si giunge alla definizione del programma regionale degli investimenti che garantisce la correlazione tra gli indirizzi di carattere generale contenuti nel Psr e gli indirizzi di programmazione delle aziende rispetto alle risorse finanziarie disponibili e ai tempi di realizzazione degli interventi.

La ricerca di opportunità di finanza di progetto è stata indicata nel Psr come requisito preliminare per procedere con ulteriori interventi innovativi. Il Psr prevede infatti «che le aziende sanitarie, d'intesa con la Giunta regionale, si impegnino a verificare la fattibilità della partecipazione del privato ai processi di investimento per tutti gli interventi programmati».

In relazione all'operazione di *project finance* per quattro nuovi ospedali (progetto Quattro Ospedali - Massa e Carrara, Lucca, Pistoia e Prato), la Regione ha svolto un forte ruolo di guida e di coordinamento tra le aziende coinvolte, pre-

siando le procedure di gara in ogni sua fase.

In relazione, invece, alla gestione della procedura, le singole Asl/Ao sono autonome e gestiscono direttamente l'operazione di partnership pubblico-privato.⁷ Tuttavia, la libertà di cui godono le aziende sanitarie trova limiti nell'attività degli enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta (Estav), nati con la finalità di supportare le aziende sanitarie nell'esercizio delle funzioni tecniche e amministrative⁸ (approvvigionamento di beni e servizi; gestione dei magazzini e della logistica; gestione del patrimonio in materia di manutenzione, appalti e alienazioni (...)). Le principali difficoltà in merito alle operazioni di finanza di progetto possono nascere in relazione ai servizi esternalizzati, che potrebbero far parte di servizi Area Vasta. L'operazione è quindi soggetta a un'attività di negoziazione con la Regione e con l'Estav.⁹

La ricognizione, effettuata sulle principali Regioni nelle quali si sono effettuate operazioni di *project finance* e, più in generale, di partnership pubblico-privato, conferma l'assenza di un unico *framework* di riferimento e la forte varietà delle esperienze. In questo quadro, il modello sanitario regionale mostra già una spiccata tendenza al modello federale, dove accanto a Regioni che svolgono un ruolo di forte indirizzo e controllo si trovano Regioni con una debole attività soprattutto per quanto concerne le valutazioni finanziarie (si veda la **figura 1**).

Dalla figura emerge come le prerogative di governo esercitate dalla Regione siano crescenti passando dalla sola programmazione degli investimenti alla scelta dello strumento di finanziamento, fino alla gestione diretta della procedura di gara (come ad esempio avviene in Regione Lombardia). L'autonomia aziendale è inversamente legata al ruolo esercitato dalla Regione: se essa si limita a informare le aziende e a definire alcune linee guida per l'utilizzo degli strumenti di finanza innovativa, la loro autonomia è molto ampia; viceversa, se gestisce direttamente tutti i processi, rimane poco spazio per l'indipendenza delle aziende.

Dal quadro emerge una tendenza comune nelle Regioni italiane: la capogruppo esercita un forte controllo sull'attività di investimento delle aziende sanitarie coinvolte (non solo nell'attività autorizzativa preliminare,

ma anche nella richiesta di predisposizione di studi di fattibilità e di scelta dello strumento) soprattutto quando coinvolta direttamente con una quota di co-finanziamento (art. 20, l. 67/88). In questo caso, lo strumento dell'accordo di programma quadro prevede non solo l'autorizzazione della Regione, ma anche il ruolo dei soggetti coinvolti, lo strumento da utilizzare, i passaggi procedurali e tecnici. Le operazioni in cui è prevista una quota di co-finanziamento pubblico osservano una logica di gestione centralizzata degli investimenti. Più debole è invece il ruolo della Regione nelle operazioni ove non è previsto l'utilizzo di fondi pubblici. Questa tendenza alla centralizzazione regionale nel governo degli investimenti anche quando finanziati con PPP è crescente per intensità negli anni, dopo una prima stagione pionieristica in cui fu lasciato maggiore spazio alle aziende.

Con riferimento al rapporto tra Regione e Azienda sanitaria emerge, tuttavia, un elevato grado di autonomia di queste ultime, soprattutto nella fase di gestione delle procedure. Autonomia che può comportare numerosi rischi, collegati alle differenti fasi della gara (Amatucci, Lecci, 2006).

Nello specifico, i rischi che possono manifestarsi *ex ante*, vale a dire durante la fase di predisposizione del progetto e avvio e aggiudicazione della gara, fanno riferimento a:

– progettazione di un'opera non in linea con quanto previsto dalla programmazione sanitaria regionale o non in grado di rispondere ai bisogni della collettività per cui è pensata;

– assenza di sufficiente *know how* a livello aziendale e quindi predisposizione di una procedura inadeguata, destinata a dilatare i tempi (e, conseguentemente, i costi) di assegnazione o a dare origine a una gara deserta;

– negoziazione di condizioni particolarmente sfavorevoli per la controparte pubblica.

I rischi che possono generarsi in itinere, ovvero durante la realizzazione dell'opera, fanno riferimento a:

– mancato rispetto dei tempi di consegna, con tutte le conseguenze che da ciò derivano;

- interruzione della realizzazione per tensioni di liquidità della società di costruzione o per incapacità della controparte pubblica di conferire quanto pattuito;

- mancato rispetto di altri standard contrattuali;

- realizzazione di un'opera non in linea con quanto previsto.

I rischi, infine, che possono manifestarsi *ex post*, vale a dire a opera terminata e in funzione, fanno riferimento a:

- inadeguatezza dell'opera rispetto alle finalità per cui era stata progettata e realizzata;

- mancanza nell'azienda sanitaria delle leve sufficienti a controllare la gestione dell'investimento;

- gestione dell'opera (tipicamente in carico al privato) poco efficace e non in linea con l'attività sanitaria;

- mancato rispetto delle condizioni contrattuali.

In ognuno di questi casi e soprattutto *ex ante* ed *ex post* la Regione può intervenire a supporto dell'azienda sanitaria, guidandone le scelte e fornendole le necessarie competenze per garantire la piena realizzabilità e funzionalità dell'investimento.

B. Il ruolo dell'operatore privato

In relazione al secondo ambito di ricerca (il ruolo svolto dall'operatore privato in queste operazioni e l'influenza che questi esercita sulla programmazione regionale e aziendale), si è proceduto ad analizzare le operazioni aggiudicate, suddivise per Regioni, cercando di evidenziare i vantaggi per l'azienda sanitaria pubblica, la distribuzione del rischio, la forza contrattuale delle controparti, le principali criticità emerse, il sistema di contributi e ricompense per le controparti.

Una delle motivazioni del ricorso alla finanza di progetto, da parte delle Asl/Ao, va individuata nell'attività di progettazione: attraverso la procedura con il promotore, infatti, questi presenta, a proprie spese, la progettazione preliminare dell'intervento, all'interno di una proposta che contiene anche un piano finanziario dell'iniziativa, l'indicazione delle modalità di gestione dei servizi, una bozza del contratto di convenzio-

ne. Per l'azienda sanitaria, pertanto, si profila un doppio vantaggio: da un lato, ottiene la progettazione preliminare dell'intervento a costo zero (naturalmente il costo sostenuto dall'operatore privato viene recuperato in fase di gestione); dall'altro lato, in molti casi, la qualità progettuale risulta molto elevata, dal momento che il promotore recupera e remunera le risorse investite attraverso la gestione dell'infrastruttura progettata e realizzata, per cui un'elevata qualità e funzionalità ha immediate ripercussioni sui suoi livelli di remunerazione (Amatucci, Lecci, 2006; Amatucci, Germani, Vecchi, 2007). Tuttavia, rispetto alle operazioni ad oggi effettuate nelle Regioni analizzate, la procedura con promotore è risultata (**tabella 4**) sempre adottata in Veneto, Toscana e Sardegna, mentre registra un utilizzo del 30% circa nelle Regioni che utilizzano il *project finance* con maggiore frequenza (Lombardia, Piemonte).

La procedura con promotore, soprattutto nel mercato italiano,¹⁰ nasconde una rilevante criticità legata allo scarso grado di competizione. Come si evince dalla **tabella 5**, infatti, in Italia si registra una scarsa partecipazione alle gare con Promotore: la media dei promotori presenti alle gare non supera mai le due unità, in tutte le Regioni interessate.

La modesta competizione incide, naturalmente, non solo sulle caratteristiche qualitative e gestionali dell'operazione, ma anche sul livello dei costi. Soprattutto in un settore ad alta complessità quale quello sanitario, i costi di transazione (in particolare, dovuti a opportunismo e piccoli numeri) (Williamson, 1975) tendono ad appesantire la procedura e a gravare in maniera pesante sull'azienda sanitaria (Amatucci, Gugiatti, 2006). Ad esempio, in relazione al progetto Asl Veneziana per la realizzazione dell'Ospedale di Mestre, una delle proposte presentate dal Promotore si discosta notevolmente dalle indicazioni dell'Asl (Strano, Tescaroli, 2002). La presenza di una seconda proposta, il cui progetto rispondeva al documento programmatico dell'Asl, ha consentito all'Azienda di individuare una proposta di pubblico interesse e di aggiudicare successivamente la concessione.

Tuttavia, come visto in precedenza, la scarsa (in molti casi, nulla) competizione comporta quasi una scelta obbligata per l'amministrazione, costretta ad accettare

modifiche anche significative rispetto alle sue linee programmatiche, o ad annullare l'iniziativa. La conduzione della gara da parte dell'Asl porta all'accettazione della stessa anche con significativi cambiamenti che non incidono in maniera diretta sulle variabili di controllo regionale (programmazione post-letto, limite massimo contributo pubblico), ma che possono indirettamente influenzare le politiche regionali (servizi esternalizzati e attività commerciali; livello del canone; scarso incentivo a una trattativa serrata sul livello di contributo, ecc.).

Una seconda evidenza in merito alle operazioni di PPP nel Ssn ci segnala come vi sia un'alta incidenza della contribuzione pubblica iniziale, sia nelle operazioni effettuate con promotore privato, sia in quelle a iniziativa pubblica (**tabella 6a e 6b**). Questo riduce di molto i rischi per il *partner* privato, il quale si trova per una grossa quota dell'investimento in una fattispecie finanziaria più simile a quella dell'appalto che non in quella dell'iniziativa a rischio.

Un terzo elemento di criticità va rinvenuto nella durata media della procedura, che differisce nei casi di gara con Promotore o gara a iniziativa pubblica. Nel primo caso, il tempo medio intercorrente dalla pubblicazione dell'avviso indicativo all'aggiudicazione della gara è di circa 22-24 mesi, con punte anche di 30; nel secondo caso, il tempo intercorrente tra la pubblicazione del bando di gara e l'aggiudicazione è pari a circa 12-14 mesi; a entrambi, vanno aggiunti circa 8 mesi per la progettazione definitiva ed esecutiva, il perfezionamento dei contratti, la strutturazione dell'operazione finanziaria. Se confrontate con i tempi medi di un appalto di lavori (8-10 mesi), le procedure di *project finance* appaiono lunghe e farraginose. A questo va aggiunto l'elevato rischio di contenziosi, soprattutto nelle procedure con promotore: la scarsa chiarezza del quadro normativo in merito alla procedura di selezione del promotore, la controversa giurisprudenza di questi primi anni e la difficoltà oggettiva di valutazione di proposte, che spesso non presentano elementi tra loro comparabili, impediscono una corretta programmazione dei tempi di realizzazione dell'operazione (Amatucci, Lecci, 2006) (**tabella 7a e 7b**).

Un ultimo elemento considerato riguarda la gestione dei servizi esternaliz-

zati nelle operazioni di partnership pubblico-privato. Soprattutto nelle procedure con Promotore, le operazioni di partnership presentano un'elevata componente di natura commerciale, all'interno delle strutture ospedaliere (tabella 8). Al fine di garantire l'equilibrio economico-finanziario delle imprese private, è necessario valorizzare gli aspetti relativi allo sfruttamento commerciale di aree e spazi situati nelle strutture; tuttavia, queste aree presentano due tipi di criticità. Da un lato, infatti, se non vengono fissate da subito precise regole di condotta, rischiano di contrastare con la natura della struttura in cui sono inserite; dall'altro, spesso nascondono sacche di remunerazione, volutamente sottostimate dagli operatori privati, in grado di garantire una «rendita da posizione» che si somma alla remunerazione già prevista nei versamenti periodici effettuati dall'azienda sanitaria sotto forma di canone. Questo fenomeno contrasta con la finalità della valorizzazione commerciale e immobiliare della struttura, che va individuata nel contenimento dei costi a carico dell'azienda sanitaria.

La tabella 8 evidenzia a questo proposito la rilevante presenza di iniziative commerciali lasciate all'investitore privato insieme a servizi non sanitari per gli utenti e soprattutto per i visitatori (parcheggi, bar, ecc.) che vengono scarsamente regolamentate nei contratti di PPP.

6. Conclusioni

L'utilizzo della partnership pubblico-privato per la realizzazione di investimenti infrastrutturali continua a rappresentare una scelta rilevante nel nostro Paese e nel settore sanitario in particolare.

Le Regioni sono consapevoli della centralità della pianificazione infrastrutturale che rappresenta una quota rilevante dell'esplicitazione degli obiettivi di sistema. Hanno compreso come le iniziative di PPP, lasciate alla sola autonomia delle aziende e alla spinta imprenditoriale dei loro *partner*, potevano determinare un cambiamento implicito, non necessariamente coerente alle logiche di sistema, delle funzioni obiettivo delle aziende. Hanno perciò implementato modelli e logiche sempre più accentrate di pianificazione e controllo delle iniziative di PPP, sia in merito alla loro progettazione, ma anche in merito alla loro gestione. Nel fa-

re ciò le Regioni hanno adottato modelli diversi, che si distinguono per l'intensità delle prerogative di governo esercitate dalla capogruppo e il livello di autonomia delle aziende. Ad esempio la Regione Lombardia tende ad accentrare sia la fase di pianificazione sia quella di gestione della procedura di gara per la quale ha costituito un soggetto apposito dedicato (Infrastrutture Lombarde). In altre Regioni, invece, l'intervento centrale si limita alla fase di pianificazione e programmazione lasciando all'autonomia dell'azienda la conduzione della procedura di gara e dell'impostazione del progetto.

Rispetto alla nostra prima domanda di ricerca (RQ1) possiamo quindi affermare che i sistemi sanitari regionali hanno sviluppato logiche e strumenti capaci di sterilizzare potenziali effetti distorsivi del finanziamento esterno, garantito da partner privati in operazioni di PPP. Le funzioni ad oggi esercitate da tutte le Regioni prevedono, infatti, un forte accentramento delle politiche di programmazione degli investimenti e di sviluppo delle infrastrutture che, in alcuni casi (Lombardia, Piemonte, Sardegna, Veneto), si spinge fino alla scelta dello strumento di finanziamento e alla gestione della gara (Lombardia). Gli strumenti di governo delle PPP delle capogruppo sono oggi a regime insieme alla maturazione e diffusione degli strumenti di finanza innovativa, mentre sono stati più leggeri nelle fasi pionieristiche iniziali, in cui non si era pienamente consapevoli dell'impatto delle PPP e in cui, probabilmente, si intendeva incentivarne la diffusione, lasciando più spazio all'imprenditorialità aziendale. Un ciclo di sviluppo delle logiche di governo di sistema può dirsi felicemente e fisiologicamente concluso.

Le strutture di *governance* delle iniziative di PPP (RQ2) evidenziano invece numerose criticità. Da un lato la presenza di rilevanti quote iniziali di investimento pubblico rende difficile trasferire rischi sull'imprenditore potendo determinare situazioni di rendita e non di iniziativa imprenditoriale. Dall'altro si assiste a una scarsa valorizzazione e sviluppo della figura del promotore; all'eccessiva lunghezza delle procedure; alla debole riconduzione alle finalità istituzionali delle iniziative commerciali *non core*.

Questo ci segnala come molte delle potenzialità insite nelle operazioni di PPP non siano in realtà state colte. Non si ri-

esce a valorizzare il contributo imprenditoriale che ci si attende da un partner privato, né sul piano del pieno finanziamento, né rispetto alla progettazione, né sul piano del trasferimento dei rischi. Questo segnala la rilevante debolezza che hanno ancora le parti pubbliche nel progettare, negoziare e controllare le PPP.

A questo proposito, la nostra indagine segnala come la volontà delle Regioni nel controllare la pianificazione e gli esiti dello sviluppo infrastrutturale, proprio per evitare distorsioni di sistema, abbia determinato l'assunzione di modelli di gruppo, che eccedono nell'esercizio di prerogative di governo, al punto da rischiare di compromettere lo sviluppo di possibili competenze aziendali per il governo di iniziative di PPP.

Riteniamo, infatti, fondamentale rispettare e perseguire gli obiettivi di sviluppo infrastrutturale determinati dalla Regione. A questo proposito le Regioni sono state efficaci nello sterilizzare i potenziali pericoli distorsivi delle PPP. Questo è avvenuto però a un prezzo troppo alto: quello di impedire o ritardare lo sviluppo di competenze di management delle PPP nelle aziende da loro controllate. Il governo regionale è un livello di governo fondamentale per determinare la macro-pianificazione infrastrutturale, ma troppo alto e distante, soprattutto nelle regioni di ampie dimensioni, per poter gestire la micro-progettazione infrastrutturale e soprattutto gestire le procedure di implementazione delle PPP. Occorre quindi bilanciare il presidio dello sviluppo della rete infrastrutturale complessiva con la necessità di affidare il governo degli aspetti attuativi al livello locale, per poter estrarre, nella contestualizzazione e specificazione territoriale, tutto il valore potenzialmente insito nelle PPP.

Risulta quindi necessario uno sforzo significativo, da parte delle istituzioni pubbliche e di tutti gli operatori coinvolti, per l'introduzione di alcune azioni di miglioramento.

Innanzitutto, le Regioni, dovrebbero sviluppare e diffondere (a) competenze diffuse e non centralizzate in una *task force* della sola capogruppo che interviene secondo una logica *top-down*, con l'effetto di deresponsabilizzare e di svuotare di significato lo status di autonomia riconosciuto alle aziende sanitarie; (b) competenze multidisciplinari e multilivello attraverso la formazione di gruppi

di lavoro e gruppi di supporto formati da professionalità differenti provenienti dalle aziende sanitarie, dalle Regioni, dall'accademia, dalla consulenza, dalla finanza (Amatucci, Germani, Vecchi, 2007). Importante risulta anche una più forte programmazione di medio e lungo periodo, un continuo confronto tra i principali operatori del settore al fine di stimolare una crescita reciproca e uno sviluppo del numero degli imprenditori presenti nel settore, favorendo l'allineamento delle aspettative pubbliche e private che permette di strutturare operazioni capaci di soddisfare le esigenze delle diverse parti coinvolte.

A livello aziendale, risultano necessari interventi legati soprattutto a una maggiore responsabilizzazione nelle diverse fasi della procedura, quali:

- la subordinazione dell'avvio di operazioni di partnership pubblico-privato alla valutazione di fattibilità, convenienza e sostenibilità;

- la predisposizione di: adeguata documentazione di gara, comprendente una specificazione dei fabbisogni e dei relativi servizi richiesti dall'azienda sanitaria, specie con riferimento agli standard qualitativi; una bozza di convenzione tipo con esplicitazione della tipologia di rischi da trasferire all'operatore privato; uno schema di piano economico-finanziario, con l'indicazione dei parametri di base per rendere più agevole la valutazione del piano presentato e la comparazione in caso di più proposte/offerte;

- la presenza di simulazioni sui differenti scenari possibili, in modo da non rimanere spiazzati durante le procedure di gara;

- la previsione, in convenzione, di meccanismi che permettano di rinegoziare il contratto nel caso di modificazione sostanziale dei prezzi di mercato o della domanda, a vantaggio dell'una o dell'altra parte, al fine di ripristinare il giusto livello di equilibrio economico e finanziario, ovvero quello definito attraverso la gara.

L'indagine, inevitabilmente, risente di alcuni limiti metodologici, legati a differenti aspetti. In primo luogo, la documentazione ufficiale e le interviste ad attori istituzionali non sempre permettono di cogliere compiutamente le logiche e le dinamiche alla base dei processi in esa-

me. In secondo luogo, l'analisi è effettuata all'interno di un modello di riferimento regionale in rapida evoluzione, che prevede, in misura crescente, l'adozione di logiche di accentramento, sia della spesa (forme di accentramento degli acquisti, secondo differenti modelli), sia della programmazione.

Infine, una corretta valutazione di determinati fenomeni richiederebbe la presenza di serie storiche di dati robuste, ossia che abbiano una durata di almeno cinque anni. Pertanto, non essendo, ad oggi, osservabile alcuna operazione di partnership pubblico-privato su un orizzonte temporale di almeno 5-10 anni, non si può effettuare una quantificazione rigorosa, ossia secondo le più oggettive metodologie di natura quantitativa. Le analisi effettuate, seppur valide, sono necessariamente basate su elementi di natura qualitativa, quali le opinioni di esperti, le analisi di scenario: nonostante tali analisi siano utili, ai fini di una maggiore consapevolezza in merito agli elementi che caratterizzano le iniziative intraprese, esse mancano di oggettività nella scelta degli scenari, messi a punto sulla base dell'esperienza storica dell'individuo e della valutazione soggettiva dei fattori di rischio. Una valida valutazione delle operazioni richiede l'integrazione tra le due metodologie di analisi, qualitativa e quantitativa.

Riteniamo che soprattutto in questa direzione debbano indirizzarsi gli sforzi di ricerca futuri.

Note

1. La peculiare natura delle aziende sanitarie e, in particolare, l'elevata rigidità dei costi (non solo di personale, ma anche di tecnologie e manutenzioni) tendono a generare, normalmente, perdite di natura strutturale.
2. La base fiduciaria della relazione tra regione e aziende sanitarie pubbliche non è simile a quanto vale per gli accordi tra imprese private, ma va piuttosto intesa come sistema di governo del settore pubblico e di controllo della spesa.
3. Non esiste una precisa definizione del fenomeno, che viene descritto in base alla presenza di alcuni elementi caratteristici (Amatucci, Manfredi, 2005; Zaninotto, 2005):
 - la durata relativamente lunga della collaborazione;
 - la realizzazione di un'adeguata ripartizione dei rischi fra le diverse parti coinvolte;
 - la produzione di un servizio pubblico più efficace, efficiente ed economico.

4. Scrivono infatti gli Autori (p. 62): «Sotto il profilo economico aziendale, la regionalizzazione della sanità suggerisce di considerare la componente pubblica del Ssr come un gruppo aziendale e la Regione come la relativa capogruppo». Più avanti (p. 64): «L'assimilazione della componente pubblica del Ssr a un gruppo di aziende, in verità, non è completamente scontata. Innanzi tutto, manca uno degli elementi principali, che vengono tradizionalmente associati al concetto di gruppo, ossia il possesso di partecipazioni di controllo (...). D'altra parte, però, le Regioni individuano le aziende sanitarie pubbliche; ne nominano i direttori generali; ne approvano il bilancio di previsione e quello di esercizio; ne condizionano l'attività tramite direttive spesso vincolanti; ne coprono eventuali perdite (...). Pare dunque lecito concludere che nella componente pubblica del Ssr si manifestino tutte le condizioni per l'esistenza di un gruppo aziendale».

5. Ancora, Anessi Pessina, Macinati (2008, p. 64): «Le Regioni hanno scelto modalità molto differenziate di esercizio delle proprie prerogative di governo del Ssr. Alcune utilizzano ampiamente gli strumenti di indirizzo e controllo tipici della proprietà nei confronti delle aziende sanitarie pubbliche. Altre tendono invece a stabilire regole per definire le convenienze dei diversi soggetti e orientarli verso gli obiettivi regionali, ma valorizzando l'autonomia».

6. «La Regione disciplina la contrazione di mutui e accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino a un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al quindici per cento delle entrate proprie correnti, a esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla Regione.».

7. Nell'operazione citata (quattro ospedali), tuttavia, al fine di facilitare la negoziazione e le relazioni con la controparte privata, è stato costituito il Sior «Sistema Integrato Ospedaliero Regionale», che è il frutto dell'associazione delle quattro Ausl. Lo scopo del Sior consiste nell'integrazione e coordinamento interaziendali, ai fini della messa in atto e gestione di tutte le procedure necessarie alla realizzazione dei nuovi ospedali. In particolare, il Sior assolve a una molteplicità di compiti, durante tutte le fasi del PPP: redazione di linee guida per la progettazione; contatti e collaborazione con le amministrazioni comunali nel cui territorio gli ospedali dovranno sorgere, raccolta di dati di carattere urbanistico/edilizio necessari alla localizzazione dei nuovi presidi, alla identificazione degli standard riconducibili agli strumenti urbanistici e alla valorizzazione da parte dei Comuni interessati dei beni patrimoniali conseguenti alla dismissione programmata delle strutture ospedaliere esistenti; valutazione delle proposte dei promotori, redazione del bando, gestione e aggiudicazione della gara, controllo e vigilanza successivi al fine di verificare il rispetto degli impegni

- assunti dal concessionario, fino all'avvenuto collaudo delle opere.
8. L.R. Toscana n. 40/2005. Gli Estav, istituiti dal Consiglio regionale dopo un periodo di sperimentazione, sono enti del servizio sanitario regionale, dotati di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale.
9. La creazione degli Estav tende quindi a generare contrasti tra il grado di autonomia aziendale e le politiche di accentramento degli acquisti regionali, soprattutto nelle operazioni di project finance; come visto in precedenza, infatti, l'equilibrio delle operazioni di *project finance* è spesso garantito dalla gestione, da parte dell'operatore privato, di numerosi servizi di supporto, proprio quelli che sono oggetto delle gare accentrate a livello Estav. Lo stesso genere di contrasto si registra anche nella Regione Veneto, dove i Consorzi di Area Vasta sono di recente costituzione. Proprio per tale motivo, negli ultimi tempi la Regione Veneto spinge per la realizzazione di operazioni di leasing immobiliare (lo stesso avviene anche in Regione Piemonte, con la recente operazione dell'Ospedale di Novara), dove l'operatore privato non gestisce alcun servizio.
10. Nel contesto internazionale i dati sono decisamente differenti. Si veda Amatucci, Honewell, Vecchi, 2008.

The cost-efficiency of private finance in public healthcare: evidence from the UK and Italy

MARK HELLOWELL, VERONICA VECCHI

The paper discusses the cost-efficiency of the finance component of PPP projects in Italy and UK through the application of the capital budgeting methodology. It defines the benchmark cost of equity and overall capital to assess the magnitude of returns generated for private investors in two sample of PPPs projects in the healthcare sectors in UK and Italy. The results of the analysis are discussed under a managerial and public policy perspective

Keywords: project finance, healthcare, financial efficiency

Parole chiave: project finance, sanità, efficienza finanziaria

1. Introduction

This paper investigates whether the use of private finance within Public Private Partnerships (PPPs) for new healthcare infrastructure has proved cost-efficient in the United Kingdom and Italy - the two largest privately-financed-healthcare-infrastructures markets in Europe.

Under a PPP, a public authority and a private sector consortium enter into a long-term contract, with the latter raising the finance required to design, build and operate new facilities. The private partner takes on the risks of construction and buildings and facilities and services management, generating a return on its investment through an «availability charge» on providing the asset to the public sector, plus a «service charge» for maintaining the facility and delivering ancillary activities such as cleaning, catering, laundry and security. Contracts typically last for about 30 years.

This model of investment and service provision is increasingly common in healthcare throughout the world. Within Europe, PPP programmes are in development in the UK, Italy, Portugal, Spain, France and Greece (Blanc-Brude *et al.*, 2007). The investment value of healthcare PPPs completed or in procurement in the European Union was more than € 74 billion by the end of 2007 (DLA Piper, 2008). Outside Europe, countries including Canada, Australia, Brazil, Mexico and South Africa have substantial healthcare PPP «pipelines».

By far the largest programme, however, is that being procured by the United Kingdom's National Health Service (NHS). By the end of 2008, 146 PPP contracts had been signed

INDEX

1. Introduction
2. The literature
3. Our focus
4. Finance costs under conventional and PPP procurement
5. A framework for analysing the cost-efficiency of private finance
6. Data sources and data collection
7. Constructing the benchmark costs of capital
8. The results: Comparing projected Equity and Project IRRs with the benchmarks
9. Discussion
10. Conclusion

Authors

Mark Hellowell, Edinburgh University
Veronica Vecchi, Bocconi University

in England, Scotland, Wales and Northern Ireland, with a capital value of £ 12.2 billion and a projected total nominal cost to the NHS of £ 70.5 billion¹ (HM Treasury, 2008; Scottish Government, 2009). Europe's second largest healthcare PPP market is that being procured by Italy's *Servizio Sanitario Nazionale* (SSN), which has signed 26 PPP contracts representing capital investment of € 2.5 billion as of May 2008 (Amatucci *et al.*, 2008), and a total nominal cost to the SSN of about € 14 billion.

2. The literature

Despite the increasing importance of PPP to the SSN, the literature on this topic is limited. The majority of existing studies are descriptive in nature, and focus on the scale of the programme and the nature of the organisational structures involved (e.g. Amatucci and Lecci, 2006; Amatucci *et al.*, 2007). A recent paper examined the nature of contractual relations in the SSN's PPP programme (Baretta *et al.*, 2008), and some evaluative work has been undertaken on the policy's impact of PPP on healthcare finances (Vecchi, 2008a; Vecchi, 2008b). No comprehensive evaluation of cost-efficiency has as yet been undertaken.

In contrast, the greater political salience of PPP in the UK has given rise to an extensive critical literature. However, this focuses largely on the decision-making processes that lead up to the signing of contracts. Three themes have been mainly discussed: (1) the judiciousness of NHS projections relating to the impact of PPP on healthcare budgets and capacity (Gaffney and Pollock, 1999; Hellowell and Pollock, 2009); (2) the basis of appraisal in the choice between public procurement and PPP options (Froud and Shaoul, 2001; Pollock *et al.*, 2002; Broadbent *et al.*, 2008); (3) the shifting of risk to the private sector and the alleged benefits of this for the public authorities in terms of reducing time and cost overruns in construction projects (HM Treasury, 2003; National Audit Office, 2003; Pollock *et al.*, 2007).

Other recent studies have examined the complexities and transaction costs of PPP contracting in healthcare (Dudkin and Väilä, 2006; Lonsdale and Watson, 2007) and

the *ex post* expenditures on PPPs (Shaoul *et al.*, 2008).

3. Our focus

One question which has not seriously been addressed – in Italy or the UK – is the extent to which PPP provides cost-efficiency. In both countries, empirical research on this issue has been hampered by the absence of reliable financial data in the public domain. However, in Italy, relevant data can sometimes be accessed through informal channels where authors have a direct relationship with the parties involved in contracts. Meanwhile, in the UK, the Freedom of Information Act has resulted in greater (albeit imperfect) availability of financial data. This provides an opportunity for more focused research on PPP's real economic value.

In this paper, we draw on these data to assess the cost-efficiency with which *private finance* has been secured in the UK and Italian healthcare contexts. The analysis doesn't take into consideration the efficiency of PPP projects in terms of their operational components, such as the performance of private consortia in the design, construction and management of facilities and services. We compare the rates of return projected on the private capital invested in two groups of financial models – one from the UK and one from Italy – with cost of capital benchmarks, constructed according to the risks being borne by investors. The paper is structured as follows. It begins with a description of the PPP model in the two health systems, and the economic rationales underpinning its use. It proceeds to outline a theoretical framework for evaluating the cost of private finance and how this cost relates to the risks faced by investors. The framework, based on standard capital budgeting techniques, is applied for the analysis of the two groups of PPPs. We conclude by discussing the relevance of our findings for policy-makers and managers.

4. Finance costs under conventional and PPP procurement

A private consortium bidding for a PPP will typically comprise one or more «operational» investors, such as construction and/or facilities management firms; and one or more

«financial» investors – investment banks or equity bureaux. The winning consortium establishes a «special purpose vehicle» (SPV) on signing the contract, and its member firms invest *equity* and *subordinated debt* into the project, typically accounting for 8-15% of project costs. The balance is raised in the form of *senior debt* from banks and/or the capital markets.

At first blush, the economic case for using private finance for public infrastructure delivery appears weak since the interest rate on private borrowing is always higher than on public borrowing for similar projects (Sussex, 2001). In lending to governments, creditors are taking no risks with their money – governments, unlike private companies, are unlikely to default on their payments or go bankrupt. As a result, investment in sovereign bonds or «gilts» is regarded as «risk-free» and the interest rate on such investment is likely to be the lowest available in the market.

However, the notion that the cost of public and private finance can be compared directly is not widely held. Many economists (and the UK Treasury) instead point out that the interest rate «advantage» of public borrowing as largely illusory. The insight here is that, while the government can raise money at a low rate of interest (because purchasers of gilts are guaranteed to get their money back), this does not imply that the money can be *spent* free of risk – it is simply that taxpayers, rather than investors, will have to pay the cost of risks if they materialise (Klein, 1997; Flemming and Mayer, 2003; UK Treasury, 2003).

In contrast, when making its financing decision, a rational private sector investor will estimate the magnitude of the cash-flows it expects to generate from a project on an annual basis, and then discount these year by year at a *risk-adjusted rate* to determine a Present Value, from which the cost of its investment is subtracted to produce a Net Present Value (NPV). This figure will be positive – i.e. the present value is higher than the investment cost – only if the rate of return to be earned by the investor is higher than the risk-adjusted discount rate. And a rational investor will take part in the project only if the NPV is positive.

Unlike the gilt rate, then, the required rate of return of private investors in a PPP project (which is the financial cost of the investment for the public authority) makes the cost of risk *explicit*.

In competitive equilibrium, an investor's projected rate of return will approximate the discount rate, which is the cost of financial resources invested by private operators. It cannot be lower because this would result in a negative NPV; and it cannot be much higher because, in a fully competitive market, other investors would provide the borrower with a lower price. The argument common in financial economics is that any observed difference between public and private finance costs on a project must, in a competitive market, be a function of the *risk premium* – that is, the true price of risk.

5. A framework for analysing the cost-efficiency of private finance

5.1. An appropriate cost of capital - the discount rate

It is evident that a comparison of finance costs should involve an assessment of risk. However, it is important to be specific about what type of risk a rational investor should take account of when discounting. The discount rate used by a private investor is its *cost of capital* - in effect, the rate of return available on the *next best investment opportunity* presenting a similar risk profile. For a project that represents no risk, then, the opportunity cost of capital would be the gilt rate. For a PPP project involving the UK NHS or the Italian SSN, the appropriate discount rate is built from the 30-year government bond rate, *plus* a premium reflecting the risk presented by investments of a similar type.

Corporate finance theory dictates that project-specific or «idiosyncratic» risks, such as the possibility of delays, or difficulties in construction and/or operation, should not be reflected in the discount rate (Brealey *et al.*, 2008). These risks are reflected in the «expected costs» of investment and operation – the risk-adjusted prices charged by the SPV's contractors. To discount cash-flows that have been modified to take account of idiosyncratic risks would be incorrect as doing so would double-count the cost of this

risk. In addition, any residual risk – i.e. the possibility that actual costs differ from projections - can be pooled and spread across a diversified portfolio, such that overall returns are not affected (Grout, 1997).

The discount rate should therefore only include «systematic risks» – those that cannot be diversified by virtue of their correlation with the market, so all investments are exposed.

5.2. How the cost of capital is used by investors

As noted, the PPP structure typically involves two types of investor: the SPV shareholder firms, which provide capital in the form of equity or subordinated debt; and the senior debt provider. The financial model is structured so that returns to the senior debt provider are prioritised, such that the bulk of the risks – both idiosyncratic and systematic – are borne by shareholders. The senior debt provider also has the right to «step-in» to a project where its cash-flow is threatened, taking charge of the project assets and replacing contractors that under-perform. In this way, the different investor types bear different levels of risk and different costs of capital. Accordingly, they charge different interest rates on their finance.

The Internal Rate of Return (IRR) is the interest rate that brings to zero the NPV of a stream of cash inflows and outflows. In other words, it is the discount rate which reduces the future stream of payments to a value equal to the value of the original amount of capital drawn down. For project investors in PPP, two distinct measures of Internal Rate of Return are central to decision-making. These are:

1) The *Equity Internal Rate of Return (Equity IRR)*. This is the discount rate which is required to bring the NPV of equity cash-flows to SPV shareholders to zero.

2) The *Project Internal Rate of Return (Project IRR)*. This is the discount rate which would bring to zero the NPV of *all* the cash-flows accruing to the project. This latter rate of return is a function of the rates of return on equity and subordinated debt, senior debt, *gearing* – i.e. the relative contribution of the funding sources - and tax.

The measures are best derived from the *Free Cash Flow to Equity (FCFE)* and *Free Cash Flow to Operations (FCFO)* respectively. These cash-flows ought to be clearly identifiable within the financial models (though, as discussed below, this is not always the case). The FCFE is the flow of all cash available to the equity providers after paying all operational costs and providing returns to subordinated and senior debt. The FCFO is the flow of cash available to pay back the financial resources invested after paying *all* operational costs, including tax.

Equity and Project IRRs should, in a competitive market, approximate the relevant *cost of capital* for these investments – that is to say, the discount rates that should be used to value these returns, given the risks to which they are exposed. These ratios can, in turn, be used to assess the extent to which there are «excess returns» to providers of private finance – returns that are over and above what we would *expect* to see in a fully competitive market.

5.3. Estimating costs of capital

The cost of equity

The Capital Asset Pricing Model (CAPM) is by far the most common model used by investors in order to calculate their cost of capital. It formalises the idea, presented above, that the cost of capital is a function of the cost of money (the risk-free rate) plus a premium that takes account of the systematic risk. It states that the «expected rate of return» for a project is given by adding to the risk free rate the equity risk premium, a premium for the project’s exposure to systematic risk – that is, those risks that impact on all investments and are related to movements in the general economy.

The CAPM formula calculates the cost of equity (Ke) as follows:

$$K_e = IR_{fr} + \beta_e * ERP$$

Where:

IR_{fr} is the interest rate free risk

β_e is the equity beta

ERP is the equity risk premium

The equity beta is a crucial figure. It expresses systematic risk of a particular invest-

ment relative to that of the equity market as a whole, and additional financial risks arising from the high level of debt involved in each project (Hamada, 1972).

The cost of capital to the project as a whole

To consider the costs of all sources of capital must be considered, we have to calculate the cost of capital for equity and debt

$$\text{WACC} = \frac{D}{D + SD + E} * K_d * (1 - T\%) + \frac{E}{D + SD + E} * K_e + \frac{SD}{D + SD + E} * K_{sd}$$

Where:

D is the total amount of debt drawn down by lenders;

E is the amount of equity capital in the project;

SD is the amount of shareholder loans in the project;

K_d is the cost of debt;

$T\%$ is the corporate tax and $(1-T\%)$ represents the «fiscal benefit» of debt (i.e. its tax-deductibility);

K_{sd} is the return expected on shareholder loans; and

K_e is the opportunity cost of equity, defined as in section 5.3.

6. Data sources and data collection

The analysis presented below is based on the *Project Agreements* and *Financial Models* of nine PPP hospital projects commissioned by NHS organisations and 14 from SSN bodies.

Between June 2008 and January 2009, the authors sought Project Agreements and Financial Models from 78 NHS organisations involved in PPP contracts through requests made under the UK's Freedom of Information (FOI) Act. Nine of these NHS organisations agreed to provide us with these documents, while the remainder refused disclosure of the financial model, citing commercial confidentiality exemptions in the FOI Act. The nine schemes for which we have both sets of documents have a combined investment² value of £ 964 million.

The Italian group is formed by 14 projects, for which contracts were, or were about to be, signed at the time the documents were re-

ceived, and weight these costs according to the relative contribution of the sources (financial gearing). In the subsection above, we have outlined the method for estimating the cost of equity. The cost of capital for debt providers must also be estimated, and the gearing of the project structure considered, along with corporate tax. The formula for the calculation of the overall cost of capital is the Weighted Average Cost of Capital (WACC):

ceived (in the period between June 2006 and January 2008). These schemes have a combined investment value of € 1.76 billion. They were provided to the authors by project participants on condition of anonymity.

7. Constructing the benchmark costs of capital

In order to assess the cost-efficiency of PPP investments we compare the rates of return on equity and to the project as a whole with benchmark costs of capital, which express the actual cost faced by private investors in each project analysed.

7.1. The cost of equity benchmarks

As discussed, the three components of the cost of equity in the CAPM model are the risk-free rate, the equity Beta and the equity risk premium. The relevant risk-free rate varies with project and jurisdiction, and is taken from the 30-year government borrowing rate (in UK and Italy) at the time of financial close. The appropriate equity risk premium for the relevant period is 4.75% for the UK and for Italy 5.54% (Damoradan on line, 2009).³

Calculating the equity Beta for a PPP is complicated by the absence of a listed company, since projects are undertaken by an SPV.

The estimation of Equity beta for each project and the specific equity risk premium involves five steps:

1) the *magnitude* of the overall systematic risk in a PPP project is estimated to derive

an average asset beta for the UK and Italian groups;

2) the *types* of systematic risk in the project are identified;

3) the *relative contribution* of each systematic risks and their *allocation* between the public and private parties are identified for each project analysed;

4) the equity Beta for each project is estimated by re-leveraging the SPV-specific asset Beta according to the gearing of specific projects;

5) the Equity Beta of each project is adjusted according to Blume theory.⁴

7.2. Magnitude of systematic risk

The PPPs in both the UK and Italy groups are straightforward health accommodation projects with a significant operating component (i.e. maintenance, and, in most cases, cleaning, catering, laundry and portering services). This implies that both sets of projects are subject to a very low level of systematic risk. To derive a value for this risk, research was carried out on Betas for listed UK and Italian corporations, in order to derive jurisdiction-specific Betas. The comparable industries for which Betas have been collected are: construction, real estate investment, facilities management, water utilities, multi-utilities and nursing homes. Companies operating in these sectors reflect similar systematic risks to those of PFI projects (Fabozzi and Peterson, 2003).

Company-specific equity betas have been extracted from Datastream; they have been un-gearred to derive the overall asset Beta – a proxy, designed to capture the overall level of systematic risk involved in each PPP. According to this analysis, the average benchmark asset beta for UK is 0,5 and for Italy is 0,44.

7.3. Types of systematic risk

Appraisal of the project agreements for the UK and Italian projects allows for an assessment of systematic risks involved in the contracts, their importance and allocation between the public and private parties. These projects are subject to four risks that are non-

diversifiable by virtue of their correlation with the market. These are:

i) demand: the level of general economic activity may affect demand for the hospital;

ii) inflation: the real value of payments may be different to that projected;

iii) residual value: end-of-contract hospital value may be different to that projected;

iv) downturn: may result in contractor insolvency, reducing quality or increasing costs.

7.4. Relative importance and allocation of systematic risks

Given the long-term nature of the contracts under consideration, there is a high probability that actual demand may be different to forecast demand. However, project documents show that payments to the SPV on these schemes are largely fixed in nominal terms, and do not reduce with the actual usage of the facilities over the contract period. The SPV is also entitled to additional payments if levels of patient throughput exceed the level stipulated, and is thus compensated for additional operational costs that may result from higher than projected asset usage. The documents demonstrate that demand risk, while of *high importance*, is *retained* by the NHS/SSN for each of the 23 projects under consideration.

In contrast, it is evident that inflation risk is shared between the NHS/SSN and the SPV. A proportion of the payment to the SPV is indexed annually to the Retail Price Index (RPI), in order to reflect real costs, but the real value of the cash-flows will be eroded in the event of unusually high inflation. In addition, it is possible that RPI indexation will fail adequately to remunerate the SPV for operational costs – for example, due to above-inflation rises in the wages of domestic staff or equipment. This pricing risk is greatest for life cycle and major repair costs, as support services such as cleaning, catering, laundry and portering are subject to price benchmarking or market testing at periodic intervals. Conversely, inflation may be lower than RPI - which could result in the NHS and SSN over-paying their private partners. Thus, it is reasonable to con-

RISKS PROJECTS	DEMAND		INFLATION		RESIDUAL VALUE		DOWNTURN	
	RELATIVE IMPORTANCE (%)	ALLOCATION TO SPV(%)	RELATIVE IMPORTANCE (%)	ALLOCATION TO SPV(%)	RELATIVE IMPORTANCE (%)	ALLOCATION TO SPV (%)	RELATIVE IMPORTANCE (%)	ALLOCATION TO SPV(%)
Norfolk and Norwich	40%	1%	30%	40%	10%	0%	20%	80%
North Cumbria	40%	2%	30%	50%	10%	0%	20%	80%
The Royal Infirmary of Edimburgh	40%	2%	30%	40%	10%	0%	20%	80%
Hull & East Yorkshire	40%	0%	30%	60%	10%	0%	20%	80%
Sandwell & West Birmingham	40%	1%	30%	60%	10%	0%	20%	80%
Hairmyres Hospital	40%	1%	30%	50%	10%	0%	20%	80%
County Durham & Darlington	35%	2%	40%	50%	10%	0%	15%	80%
East & North Hertfordshire	40%	0%	30%	40%	10%	0%	20%	80%
Nottingham University Hospitals	40%	6%	30%	60%	10%	0%	20%	80%

Table 1
Relative importance of systematic risks and their allocation to SPV in UK group

RISKS PROJECTS	DEMAND		INFLATION		RESIDUAL VALUE		DOWNTURN	
	RELATIVE IMPORTANCE (%)	ALLOCATION TO SPV(%)	RELATIVE IMPORTANCE (%)	ALLOCATION TO SPV(%)	RELATIVE IMPORTANCE (%)	ALLOCATION TO SPV (%)	RELATIVE IMPORTANCE (%)	ALLOCATION TO SPV(%)
All the Italian projects	40%	0%	30%	50%	10%	0%	20%	80%

Table 2
Relative importance of systematic risks and their allocation to SPV in Italian group

clude that this risk has *high importance*, and is *shared*.

It is also clear that a general economic downturn might place construction or service contractors in distress, and require their replacement with firms that charge a higher price than their predecessors. While the vulnerability of supplier or contractors to insolvency ought to be part of the SPV's due diligence process, in cases of especially sharp economic downturns (such as being experienced at the time of writing) even firms with formerly robust balance sheets may experience difficulties. This may result in a key supplier or contractor going into administration, requiring a replacement contractor to be found. Where services are specialised (a likelihood in the hospital sector) this may result in disruption to the service for the procurer and additional costs for the SPV as an appropriate alternative supplier is appointed. Again, it seems sensible to conclude that this risk is *shared* – with the SPV bearing a significant majority of this risk, in accordance with its project management role. However, the potential impact of this risk is of a lower order than those discussed above, and this risk can be categorised as having *medium importance*.

Finally, project documents show that the (small) element residual value risk in these schemes is *retained* by the NHS/SSN, which acquires the hospital for nil consideration (£0) at the end of the contract, so that it bears the risk that the property's worth at this point

in time is less than that projected. Since the possibility of selling the asset at the end of the contract is in any case negligible, this risk can be categorised as having *low importance*.

Tables 1 (for the UK group) and **2** (for the Italian group)⁵ show the relative contribution of each source of systematic risk to the overall risk quantum of each project and the percentage allocation to the related SPV (the remaining quota is retained by the public sector).

7.5. Determining the risk premium for the UK and Italy groups and the cost of equity

On the basis of the relative importance and allocation of systematic risks, the SPV quota of asset beta has been calculated for each project. The SPV asset beta has been re-levered, for each project, using the leverage at financial close for each project, to capture the impact of financial gearing on systematic risk. The SPV-equity beta has been Blume-adjusted and multiplied by the market risk premium to calculate the equity risk premium for each project analysed.

Tables 3 and **4** show, for UK and Italian group, the specific cost of equity for each project, adding to the equity risk premium the free risk interest rate quoted on financial market at the year of financial close.

The cost of equity varies between 9,35% to 11,46 in the UK group and from 7,37% to 18,36% in the Italian group.

Table 3

Cost of equity benchmark
in the UK group

PROJECTS	SPV ASSET BETA	EQUITY BETA	EQUITY BETA ADJ.	EQUITY RISK PREMIUM	INTEREST RATE FREE RISK	COST OF EQUITY
1.Norfolk and Norwich	0,14	0,75	0,83	3,96%	5,59%	9,55%
2.North Cumbria	0,16	1,23	1,15	5,48%	5,59%	11,07%
3.The Royal Infirmary of Edimburgh	0,14	0,87	0,91	4,34%	5,59%	9,93%
4.Hull & East Yorkshire	0,17	0,90	0,93	4,42%	4,93%	9,35%
5.Sandwell & West Birmingham	0,17	1,53	1,35	6,42%	5,04%	11,46%
6.Hairmyres Hospital	0,16	1,18	1,12	5,31%	5,59%	10,90%
7.County Durham & Darlington	0,16	0,69	0,79	3,77%	5,59%	9,36%
8.East & North Hertfordshire	0,14	1,03	1,02	4,83%	4,99%	9,82%
9.Nottingham University Hospitals	0,18	1,33	1,22	5,81%	4,87%	10,68%

Table 4

Cost of equity benchmark
in the Italian group

PROJECTS	SPV ASSET BETA	EQUITY BETA	EQUITY BETA ADJ.	EQUITY RISK PREMIUM	INTEREST RATE FREE RISK	COST OF EQUITY
A	0,14	0,77	0,85	4,70%	4,32%	9,02%
B	0,14	0,41	0,61	3,36%	5,10%	8,46%
C	0,14	0,40	0,60	3,32%	5,61%	8,93%
D	0,14	0,51	0,67	3,72%	4,89%	8,61%
E	0,14	0,42	0,61	3,40%	3,97%	7,37%
F	0,14	1,02	1,02	5,63%	5,61%	11,24%
G	0,14	0,51	0,67	3,72%	3,97%	7,69%
H	0,14	0,62	0,75	4,13%	4,32%	8,45%
I	0,14	0,51	0,67	3,72%	3,97%	7,69%
L	0,14	3,15	2,43	13,47%	4,89%	18,36%
M	0,14	0,70	0,80	4,41%	3,97%	8,38%
N	0,14	0,53	0,69	3,81%	4,32%	8,13%
O	0,14	0,59	0,72	4,01%	4,89%	8,90%
P	0,14	0,23	0,49	2,70%	5,61%	8,31%

7.6. The benchmark WACC

In addition to the benchmark cost of equity, the calculation of a benchmark WACC requires the calculation of a benchmark cost of senior debt. To construct this, it is necessary to understand how senior debt providers source their capital and the risks they are exposed to in lending to PPPs. Senior lenders obtain funds from the wholesale money markets, the cost of which is, in respect of the UK, the LIBOR rate (the London Inter-Bank Offered Rate) and for Italy the EURIBOR rate (the Eurozone equivalent) at the point of financial close. On top of this, a credit margin might be added to reflect the cost of systematic risk.

The magnitude of the senior debt premium is smaller than for equity because senior debt receives interest and repayments of capital in priority to equity. Research indicates that project finance lending has proved extreme-

ly resilient to adverse economic conditions, with low default rates and very high recovery rates, such that it has consistently outperformed pools of equivalent corporate finance loans (Standard and Poor's, 2004).

It seems reasonable, therefore, to conclude that the cost of debt is close to LIBOR/EURIBOR at the time of financial close plus a spread of 100 basis points (Blanc-Brude and Strange, 2007); and these rates provide the benchmark costs of debt for the following analysis.

The final component of the benchmark WACC is the *gearing* – that is, the relative contribution of equity, subordinated debt and senior debt to the funding solution.

Tables 5 and 6 show, for UK and Italian groups, the specific WACC for each project. It varies between 4,31% to 6,58% in the first group and between 3,55% and 5,79% in the second group.

PROJECTS	GEARING AT FC	LIBOR	SPREAD	COST OF DEBT	COST OF EQUITY	WACC
1.Norfolk and Norwich	85,93%	7,70%	1,00%	8,70%	9,55%	6,58%
2.North Cumbria	90,55%	7,70%	1,00%	8,70%	11,07%	6,56%
3.The Royal Infirmary of Edimburgh	87,75%	4,03%	1,00%	5,03%	9,93%	4,31%
4.Hull & East Yorkshire	85,88%	6,30%	1,00%	7,30%	9,35%	5,71%
5.Sandwell & West Birmingham	91,81%	4,30%	1,00%	5,30%	11,46%	4,34%
6.Hairmyres Hospital	90,25%	7,50%	1,00%	8,50%	10,90%	6,43%
7.County Durham & Darlington	82,13%	7,50%	1,00%	8,50%	9,36%	6,56%
8.East & North Hertfordshire	90,00%	5,30%	1,00%	6,30%	9,82%	4,95%
9.Nottingham University Hospitals	90,00%	6,03%	1,00%	7,03%	10,68%	5,50%

Table 5
WACC benchmark
in the UK group

PROJECTS	GEARING AT FC	EURIBOR	SPREAD	COST OF DEBT	COST OF EQUITY	WACC
A	86,56%	3,80%	1%	4,80%	9,02%	4,24%
B	73,54%	2,16%	1%	3,16%	8,46%	3,94%
C	72,75%	3,35%	1%	4,35%	8,93%	4,74%
D	79,00%	4,00%	1%	5,00%	8,61%	4,69%
E	74,34%	2,70%	1%	3,70%	7,37%	3,90%
F	90,00%	3,35%	1%	4,35%	11,24%	3,98%
G	79,00%	2,70%	1%	3,70%	7,69%	3,75%
H	83,05%	3,80%	1%	4,80%	8,45%	4,34%
I	79,00%	2,70%	1%	3,70%	7,69%	3,75%
L	96,82%	4,00%	1%	5,00%	18,36%	4,12%
M	85,00%	2,70%	1%	3,70%	8,38%	3,55%
N	80,00%	3,80%	1%	4,80%	8,13%	4,43%
O	82,00%	4,00%	1%	5,00%	8,90%	4,59%
P	49,00%	3,35%	1%	4,35%	8,31%	5,79%

Table 6
WACC benchmark
in the Italian group

8. The results: Comparing projected Equity and Project IRRs with the benchmarks

8.1. The UK

Equity IRR versus the benchmark cost of equity

For the eight projects for which Equity IRR can be calculated (this excludes the East & North Hertfordshire because the financial model does not provide the required data), it is in all cases higher than the benchmark cost of equity. For four of the schemes, it is possible to calculate Equity IRR on Free Cash-Flow to Equity, and the average Equity IRR on this basis is 38,58% - some 28,35% higher than the average benchmark cost of equity for these five schemes, which is 10,24%.

In the case of four schemes – North Cumbria, Hairmyres, County Durham & Darlington and Nottingham - the financial models do not allow for Equity IRR to be calculated on the basis of Free Cash Flow to Equity, but only on dividends. Dividend-based IRRs typically understate the true scale of equity returns – and sometimes by a significant amount. This is due to the «back-ending» of dividend payments on these schemes (i.e. the fact that payments are made towards the

end of the contract term), which leads to this cash-flow being under-valued in the IRR formula.⁶ Nonetheless, the dividend-based equity IRRs are still higher than the benchmark cost for all projects.

The average dividend-based Equity IRR is 32,67%, some 22,43% higher than the average benchmark. (table 7)

Project IRR versus the benchmark WACC

Project IRR can be calculated for seven of the nine schemes. For two projects, Hairmyres and Nottingham, the financial models are not constructed in a way that allows Project IRR to be calculated. Project IRR is higher in each case than the benchmark WACC. Across the seven schemes, the average Project IRR is 9,48%. The average difference between the Project IRR and the benchmark WACC is 3,82%. (table 8)

8.1. Italy

Equity IRR versus the benchmark cost of equity

For the 12 projects for which Equity IRR in some form can be calculated, it is in all

Table 7
Equity IRR versus cost of equity benchmark in the UK group

PROJECTS	COST OF EQUITY	EQUITY IRR (dividends)	EQUITY IRR(fcfe)
1.Norfolk and Norwich	9,55%	50,12%	71,61%
2.North Cumbria	11,07%	24,69%	
3.The Royal Infirmary of Edimburgh	9,93%	34,56%	44,50%
4.Hull & East Yorkshire	9,35%	12,84%	22,56%
5.Sandwell & West Birmingham	11,46%	15,81%	15,65%
6.Hairmyres Hospital	10,90%	59,14%	
7.County Durham & Darlington	9,36%	45,39%	
8.East & North Hertfordshire	9,82%		
9.Nottingham University Hospitals	10,68%	18,77%	
Average	10,24%	32,67%	38,58%

cases higher than the benchmark cost of equity. For six of the schemes, it is possible to calculate Equity IRR on Free Cash-Flow to Equity, and the average Equity IRR on this basis is 23,92% - some 14,67% higher than the average benchmark cost of equity for these five schemes, which is 9,25%.

For ten schemes the dividends-based IRR is quoted. The average IRR on this basis is 11,48%, some 5.56% higher than the average of 2,23% for these schemes. (table 9)

Project IRR versus the benchmark WACC

Project IRR can be calculated for all 14 of the nine schemes. Project IRR is higher in all but one case than the benchmark WACC. Across the 14 schemes, the average Project IRR is 8.19%. The average difference between the Project IRR and the average benchmark WACC is 3,92%. (table 10)

Table 8
Project IRR versus WACC benchmark in the UK group

PROJECTS	WACC	PROJECT IRR
1.Norfolk and Norwich	6,58%	10,72%
2.North Cumbria	6,56%	9,64%
3.The Royal Infirmary of Edimburgh	4,31%	9,79%
4.Hull & East Yorkshire	5,71%	10,05%
5.Sandwell & West Birmingham	4,34%	7,22%
6.Hairmyres Hospital	6,43%	
7.County Durham & Darlington	6,56%	10,70%
8.East & North Hertfordshire	4,95%	8,22%
9.Nottingham University Hospitals	5,50%	
Average	5,66%	9,48%

One feature that distinguishes Italian PPP projects to those of the UK is the extensive «tail period» that appears to be standard for the latter. This is the period where the accumulation of profit for equity investors increases significantly because no debt is being paid and cash-flows can be used for paying operational costs and returns to equity. In the UK group the average tail period is 3.5 years, with only one project - Hairmyres - reaching 10 years. In Italy, the tail period is typically much longer, averaging 7.4 years, with peaks of 10 and 21 years.

However, both groups of projects have average tails much longer than is suggested in the literature, where estimates for lay between six months for straightforward hospital PPP schemes (Yescombe, 2007) to three years for larger schemes (Denton Wilde Sapte, 2006). The extremely long tail periods seen on some of these schemes, especially in Italy, will provide significant returns during the latter stages of contracts, when the charges paid by the healthcare organisation are only used to cover the revenue costs and to pay back dividends.

Because of the «back-ended» profile of dividend payments, the IRR on dividends fails to reflect this adequately

9. Discussion

Above, we have sought to evaluate the efficiency of private finance by comparing the rates of return that are projected in two groups of financial models with cost of capital benchmarks, constructed according to the risks actually being borne by investors. Contrary to the claims made by advocates

PROJECTS	COST OF EQUITY	EQUITY IRR (dividends)	EQUITY IRR(fcfe)
A	9,02%	10,64%	22,60%
B	8,46%	8,74%	16,99%
C	8,93%	8,10%	
D	8,61%		
E	7,37%	13,47%	
F	11,24%	11,09%	31,39%
G	7,69%	17,00%	
H	8,45%	16,62%	
I	7,69%		
L	18,36%		
M	8,38%	6,23%	11,82%
N	8,13%		49,06%
O	8,90%	11,60%	11,65%
P	8,31%	11,34%	
Average	9,25%	11,48%	23,92%

Table 9
Equity IRR versus cost
of equity benchmark
in the Italian group

of PPP, and the predictions of financial economics, we see that private projected finance costs are higher than those of public finance, even after proper account is taken of risk. This is evidence that investors on healthcare PPPs are able to earn «excess returns» – returns that are higher than is required to remunerate private investors for the risks they bear. This «excess return» for investors is an «excess cost» to the NHS and SSN.

It would appear from our analysis above that the extent of competition in PPP procurements is insufficient to generate efficient prices. In a sense, there is no surprise in this, because it is known that markets for PPPs are generally constrained.

Because of the financial complexity and long-term nature of PPPs, transaction costs - such as those associated with tendering, bidding and writing contracts - are high relative to other forms of procurement. The process of negotiating contracts is especially costly (for both the public and private sector parties) because of the high cost of legal, financial and technical advisory services. For example, Dudkin and Väilä (2005) found that, for a sample of 25 hospital PPP procurements in the UK, ex ante transaction costs for the public sector and the winning bidder were some 8% of the total investment cost (split evenly between the public sector and the winning bidder). Of course, the public sector procurer ultimately bears both sets of

transaction costs – its own, and the private sector's through higher required returns.

The high transaction costs of PPPs also have an indirect impact on cost efficiency by providing a significant «barrier to entry» for potential bidders, preventing firms from bidding and undermining the extent of competition in the procurement process. The procurement process itself is an additional source of inefficiency. Because bidding con-

Table 10
Project IRR versus WACC
benchmark in the Italian
group

PROJECTS	WACC	PROJECT IRR
A	4,24%	8,76%
B	3,94%	8,64%
C	4,74%	8,30%
D	4,69%	8,90%
E	3,90%	8,90%
F	3,98%	8,68%
G	3,75%	8,15%
H	4,34%	8,86%
I	3,75%	8,01%
L	4,12%	10,18%
M	3,55%	3,10%
N	4,43%	8,91%
O	4,59%	7,19%
P	5,79%	8,07%
Average	4,27%	8,19%

sortia needs to secure loans from banks prior to contracts being signed, bidders are not required to create fully worked-up bids during the competitive phase of procurement. Instead, there is a period of exclusive negotiation following selection of a *preferred bidder* before the deal is signed. This period is typically very extensive. The UK's National Audit Office (2007) found, in a sample of 20 hospital procurements, that the average procurement time was 38 months, almost half of which time was taken up by the preferred bidder stage. It was common for major changes to be made to projects during this period, including increases to prices.

In Italy, where no changes are allowed to the financial models during or after the procurements, bids in general take into consideration the inefficiency of public procurements, whose average time was 18 months (Amatucci *et al.*, 2007), by including more expensive cost projections.

The question then arises as to whether the problem of excessive returns to private finance is resolvable – for example, through reducing transaction costs, stimulating greater competition in the market and reducing the possibility of pricing changes at the preferred bidder stage, for the specific UK case. The experience of the UK would suggest that this is far from straightforward. Policy in the UK has been geared towards reducing transaction costs through contract standardisation, but empirical evidence provided by the National Audit Office (2007) suggests that the number of bidders for projects has actually *declined* in recent years. It may be that the complexities of PPP – including the need to obtain debt finance – *require* significant costs to be incurred during procurement, and that the success of efforts to reduce these will be limited.

If macro-policy solutions are likely to prove unsuccessful, what can healthcare managers do to help control the extent of excess returns on their projects? Our analysis offers some pointers. Healthcare organisations should require a much higher level of transparency in terms of an SPV's financial models before signing off on schemes. While financial models are constructed in such a way as to obscure the true equity IRRs (for example, by obscuring Free Cash Flow to Equity and including only a dividend-based IRR, which is likely to understate the

real level of return), investors can take advantage of this asymmetry of information to secure higher returns than would otherwise be possible. Healthcare organisations have also to undertake significant investment in financial and managerial skills to be able to assess and negotiate financial models and to monitor project financial conditions over the concession period. UK experience suggests that the creation of specialised central task force or the standardisation of contracts and assessment procedures cannot provide, in itself, a comprehensive means of ensuring the efficient implementation of PPP. In Italy some Regions are developing task forces that will coordinate and manage the procurement phase on behalf of healthcare organisations. While this may lead to better market management and deal-flow, it may also reduce incentives for investing in financial and managerial competences and taking real ownership of the PPP contract to be signed.

10. Conclusion

This paper has provided an investigation into whether the use of private finance for new healthcare infrastructures has proved cost-efficient in the United Kingdom and Italy. We found that in both jurisdictions there is a considerable element of excess returns on private investments and therefore a significant element of bad value for the public sector procurers – the NHS and SSN. The inefficiency of returns is likely to reflect various kinds of market failures – in particular a highly constrained supply market and a sluggish, expensive and ultimately monopolistic procurement process.

While policy-makers within central and regional governments clearly have a responsibility to try to improve the market, for example by reducing transaction costs, limiting the size of the procurement process and managing deal-flow, ultimately it falls to healthcare managers themselves to ensure that the scale of excess returns remains as low as possible. To do so, it is essential that managers are able to obtain access to reliable financial data and interpret these accurately. An improvement in the financial evaluation skills of healthcare managers may, therefore, go some way to addressing the problems generated by market failures.

Notes

1. This figure excludes certain smaller PPP contracts relating to non-infrastructure procurement.
2. This is the total capital raised by the private sector for the delivery of the project, as per the financial models.
3. <http://pages.stern.nyu.edu/~adamodar/>.
4. The reasoning behind the standard practice of Blume-adjustment is that the Beta of an investment reverts towards the market average over the long term (Blume, 1971). In the case of PPP projects, which have a repayment schedule stretching across three decades, it

- is necessary to adjust for this tendency. The effect of Blume is to reduce the difference between the equity Beta and the market average (i.e. 1).
5. As Italian figures available are not complete, we decide to consider an average risk importance and allocation for all the projects analysed.
6. The IRR is the interest rate on capital *plus* the interest (at the IRR) that has built up over any period in which returns have been foregone. Therefore, when cash-flow is delayed until the end of a contract, the IRR will fail to meaningfully represent the true return. Our thanks to Jim and Margaret Cuthbert for this important insight.

R E F E R E N C E S

- AUSTRALIAN GOVERNMENT (2008), «National Public Private Partnership Guidelines: Volume 5: Discount Rate Methodology Guidance», December, Commonwealth of Australia, www.infrastructureaustralia.gov.au, 02/02/09.
- AMATUCCI F., LECCI F. (2006), «Le operazioni di partnership finanziaria pubblico-privato in sanità: un'analisi critica», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds) *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2006*, Egea, Milano.
- AMATUCCI F., GERMANI A., VECCHI V. (2007), «Il project finance in sanità: un'analisi delle caratteristiche economico e finanziarie», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2007*, Egea, Milano.
- AMATUCCI F., HELLOWELL M., VECCHI V. (2008), «Il project finance: quali lezioni dalle esperienze internazionali?» in E. Anessi Pessina, E. Cantù (eds), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: rapporto OASI 2008*, Egea, Milano.
- BARETTA A., BUSCO C., RUGGIERO P. (2008), «Trust in Project Financing: An Italian Health Care Example», *Public Money & Management*, June, CIPFA, London, pp. 179-184s.
- BLANC-BRUDE F., GOLDSMITH H., VÄLILÄ T. (2007), «Public Private Partnerships in Europe: an update», *Economic and Financial Report 2007/03*, European Investment Bank, Luxembourg.
- BLANC-BRUDE F., STRANGE R. (2007), «How banks price loans to public private partnerships: Evidence from the European markets», *Journal of Applied Corporate Finance*, 19(4), pp. 94-106.
- BLUME M.E. (1971), «On the assessment of risk», *The Journal of Finance*, March, pp. 1-10.
- BREALEY R., MYERS S., ALLEN F. (2008), *Principles of Corporate Finance*, Ninth Edition, McGraw-Hill, New York.
- BROADBENT J., LAUGHLIN R. (2008), «Identifying and controlling risk: the problems of uncertainty in the Private Finance Initiative in the UK's National Health Service», *Critical Perspectives on Accounting*, 19(1), pp. 40-78.
- DENTON WILDE SAPTE LLP (2006), *Public Private Partnerships: BOT Techniques and Project Finance*, Euromoney Books, London.
- DLA PIPER (2008), *PPP Report 2007*, DLA, London.
- DUDKIN G., VÄLILÄ T. (2005), «Transaction costs in public-private partnerships: a first look at the evidence», *EIB Economic and Financial Report 2005/03*, European Investment Bank, Luxembourg.
- FABOZZI F., PETERSON P. (2003), *Financial Management and Analysis*, Wiley Finance.
- FLEMMING J., MAYER C. (1997), «The assessment: public-sector investment», *Oxford Review of Economic Policy*, 13(4), pp. 1-11.
- FROUD J., SHAOUL J. (2001), «Appraising and evaluating PFI for NHS hospitals», *Financial Accountability and Management*, 17(3), pp. 247-70.
- GAFFNEY D., POLLOCK A., DUNNIGAN M., PRICE D., SHAOUL J. (1999), «PFI in the NHS: is there an economic case», *BMJ*, 319 (10 July), pp. 116-119.
- GROUT P. (1997), «The economics of the private finance initiative», *Oxford Review of Economic Policy*, 13(4), pp. 53-66.
- GROUT P. (2005), «Value-for-money measurement in public-private partnerships», *EIB Papers*, Vol. 10, No. 2 (European Investment Bank, Luxembourg.), p. 32.
- HAMADA R.S. (1972), «The Effect of the Firm's Capital Structure on the Systematic Risks of Common Stocks», *The Journal of Finance*, May, pp. 435-452.
- HELLOWELL M., POLLOCK A. (2009), «The private financing of NHS hospitals - Politics, policy and practice», *Economic Affairs*, Vol. 29, Issue 1, pp. 13-21.
- HM Treasury (2003), «PFI: meeting the investment challenge», Stationary Office, London. Available at www.hm-treasury.gov.uk.
- KLEIN M. (1997), «The risk premium for evaluating public projects», *Oxford Review of Economic Policy*, 13(4), pp. 29-42.
- LONSDALE C., WATSON G. (2007), «Managing Contracts under the Private Finance Initiative», *Policy and Politics*, no. 4, pp. 683-700.

- NATIONAL AUDIT OFFICE (2003), *PFI Construction Performance*, The Stationery Office, London. Available: www.nao.org.uk/publications.
- NATIONAL AUDIT OFFICE (2007), *Improving the PFI tendering process*, The Stationery Office, London.
- POLLOCK A., SHAOUL J., VICKERS N. (2002), «Private finance and “value for money” in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?», *BMJ*, 324 (18 May), pp. 1205-9.
- POLLOCK A., PRICE D., PLAYER S. (2007), «An Examination of the UK Treasury’s Evidence Base for Cost and Time Overrun Data in UK Value-for-Money Policy and Appraisal», *Public Money & Management*, CIPFA, London.
- SHAOUL J., EDWARDS P., STAFFORD A. (2004), *Evaluating the operation of PFI in roads and hospital*, ACCA.
- SHAOUL J., STAFFORD A., STAPLETON P. (2008), «The Cost of using Private Finance to Build, Finance and Operate Hospitals», *Public Money and Management*, April, pp. 101-108.
- SCOTTISH GOVERNMENT (2009), «Freedom of Information Response», received 7 January.
- STANDARD AND POORS (2004), «PFI Projects Reshape the Credit Profile of Europe’s Construction Companies», *Infrastructure Finance*, February.
- SUSSEX J. (2001), *The Economics of the private finance initiative in the NHS*, Office of Health Economics, London.
- UK TREASURY (2003), *PFI: Meeting the Investment Challenge*, The Stationery Office, London.
- UK TREASURY (2008), *Pre-Budget report*, The Stationery Office, London.
- VECCHI V. (2008a), «Il Project finance e gli impatti sul profilo di rischio generale dell’azienda sanitaria», *Mecosan*, 65, pp. 127-142.
- VECCHI V. (2008b), «Project Finance e Investimenti sanitari: chi guadagna?», *Economia e Management*, 5.
- VECCHI V., HELLOWELL M., LONGO F. (2009) (forthcoming), «Are Italian healthcare organisations paying too much for their public private partnerships?», *Public Money and Management*.
- YESCOMBE E.R. (2007), *Public-private partnerships: Principles of Policy and Finance*, Elsevier Finance, London.

Una valutazione del costo dei capitali privati nelle operazioni di project finance per la realizzazione di investimenti sanitari nel Regno Unito e in Italia

MARK HELLOWELL, VERONICA VECCHI

1. Introduzione

Questo articolo si propone di investigare se l'uso del finanziamento privato nelle collaborazioni pubblico privato (*Public Private Partnerships*, da qui in poi PPP) per nuove infrastrutture sanitarie abbia dimostrato di essere *finanziariamente efficiente* nel Regno Unito e in Italia – i due maggiori mercati di infrastrutture sanitarie finanziate privatamente in Europa.

Nell'ambito di un PPP, un'autorità pubblica e un consorzio privato avviano un contratto a lungo termine, in cui quest'ultimo finanzia la progettazione, la costruzione e la gestione delle nuove strutture realizzate. Il partner privato si assume il rischio della costruzione degli edifici e della gestione dei servizi, generando un profitto sul proprio investimento attraverso una *availability charge*, per gli spazi messi a disposizione/locati all'amministrazione, e una *service charge*, per l'erogazione di servizi accessori, quali le pulizie, la ristorazione, la lavanderia e la sicurezza.

I contratti tipicamente durano circa 30 anni.

Questo modello d'investimento e di fornitura del servizio è sempre più comune in sanità in tutto il mondo. In Europa, programmi PPP si stanno sviluppando nel Regno Unito, in Italia, Portogallo, Spagna, Francia e Grecia (Blanc-Brude *et al.*, 2007). Il valore degli investimenti dei programmi PPP in sanità, completati o in fase di gara, nell'Unione Europea alla fine del 2007 ammontava a più di 74 miliardi di euro (DLA Piper, 2008). Al di fuori dall'Europa, paesi come il Canada, l'Australia, il Brasile, il Messico e il Sud Africa stanno avviando numerose operazioni di PPP.

Fino ad ora il più grande programma, tuttavia, è quello che è stato realizzato dal *National Health Service* (nel seguito NHS) del Regno Unito. Alla fine del 2008, 146 contratti PPP sono stati firmati in Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord, per un valore d'investimento

di 12.2 miliardi di sterline e un costo nominale totale previsto per il NHS di 70,5 miliardi di sterline¹ (HM Treasury, 2008; Scottish Government, 2009). Il secondo mercato per grandezza dei PPP sanitari in Europa è quello avviato dal Servizio sanitario nazionale italiano (in seguito Ssn), in cui sono stati firmati 26 contratti PPP per un capitale investito di 2,5 miliardi di euro nel maggio 2008 (Amatucci *et al.*, 2008), e un costo totale nominale per il Ssn di circa 14 miliardi di euro.

2. La letteratura

Sebbene i PPP abbiano assunto un'importanza crescente per il Ssn, la letteratura su questo tema appare limitata. La maggior parte degli studi esistenti sono di natura descrittiva e si focalizzano sulla dimensione del programma e sulla natura delle strutture organizzative coinvolte (es. Amatucci, Lecci, 2006; Amatucci *et al.*, 2007). Recentemente è stata esaminata la natura delle relazioni contrattuali nei programmi PPP del Ssn (Baretta *et al.*, 2008) e sono state elaborate alcune valutazioni sull'impatto finanziario dei programmi PPP sulle finanze pubbliche (Vecchi, 2008a; Vecchi, 2008b). Tuttavia non è stata ancora effettuata alcuna valutazione esaustiva della *cost-efficiency*.

Per contro, la maggiore rilevanza politica dei programmi PPP nel Regno Unito ha dato spunto a un'ampia letteratura critica. Questa, tuttavia, si focalizza soprattutto sui processi decisionali che portano alla firma dei contratti. Tre sono stati i temi maggiormente discussi: (1) la capacità di formulare previsioni corrette da parte del NHS relative all'impatto del PPP sul *budget* e sulla capacità di spesa della sanità (Gaffney, Pollock, 1999; Hellowell, Pollock 2009); (2) i criteri alla base della valutazione nella scelta tra le modalità realizzative tradizionali e il PPP (Froud, Shaoul,

SOMMARIO

1. Introduzione
2. La letteratura
3. Il nostro *focus*
4. I costi di finanziamento nel PPP e nella concessione tradizionale
5. Il *framework* per l'analisi dell'efficienza del finanziamento privato nelle PPP
6. Fonti e raccolta dei dati
7. La costruzione del *benchmark* del costo del capitale
8. I risultati: il confronto dell'*equity* prevista e del Tir dei progetti rispetto ai *benchmark*
9. Discussione
10. Conclusione

2001; Pollock *et al.*, 2002; Broadbent *et al.*, 2008); (3) il trasferimento del rischio al settore privato e i benefici presunti per il settore pubblico in termini di riduzione del tempo e dei sovra-costi nella realizzazione e costruzione dei progetti (HM Treasury, 2003; National Audit Office, 2003; Pollock *et al.*, 2007).

Altri studi recenti hanno esaminato le complessità e i costi di transazione dei contratti PPP in sanità (Dudkin, Väililä, 2006; Lonsdale, Watson, 2007) e delle spese *ex post* sui PPP (Shaoul *et al.*, 2008).

3. Il nostro focus

Una domanda che non è ancora stata seriamente affrontata – in Italia o nel Regno Unito – è fino a che punto il PPP sia *cost-efficient*. In entrambi i Paesi, la ricerca scientifica su questa problematica è stata ostacolata dall'assenza di dati finanziari affidabili di dominio pubblico. Tuttavia, in Italia talvolta si può avere accesso a dati pertinenti attraverso canali informali grazie al rapporto diretto tra ricercatori e le aziende sanitarie. Al tempo stesso, nel Regno Unito, il *Freedom of Information Act* ha avuto come effetto quello di rendere disponibile una maggiore (benché imperfetta) quantità di dati finanziari offrendo l'opportunità di condurre ricerche maggiormente focalizzate sul reale valore economico del PPP.

Basandosi su questi dati disponibili, questo articolo valuta la *cost-efficiency* del finanziamento privato di investimenti sanitari, nel Regno Unito e in Italia. L'analisi non prende in considerazione l'efficienza dei progetti PPP in termini delle loro componenti operative, quali le performance dei consorzi privati nella progettazione, costruzione e gestione delle strutture e dei servizi. Sono, invece, confrontati i *rate of return* futuri previsti del capitale privato investito, in due gruppi di operazioni, uno relativo al Regno Unito e uno all'Italia, con il costo del capitale di riferimento, calcolato in relazione ai rischi effettivamente sostenuti dagli investitori.

L'articolo è strutturato come segue. Una prima sezione è dedicata alla descrizione del modello PPP nei due sistemi sanitari e le motivazioni di natura economica che ne giustificano l'utilizzo. Procede tracciando un *framework* teorico per valutare il costo del finanziamento privato e

come questo costo sia correlato al rischio affrontato dagli investitori. Il *framework*, basato sulle teorie del *capital budgeting*, è applicato all'analisi dei due gruppi di progetti PPP. Infine esso discute la rilevanza delle conclusioni per i *policy-maker* e per i manager.

4. I costi di finanziamento nel PPP e nella concessione tradizionale

Un consorzio privato che formula un'offerta per un progetto PPP coinvolge tipicamente uno o più investitori «operativi», come imprese di costruzione e/o di gestione di strutture e uno o più investitori «finanziari» – banche di investimento o *equity bureaux*. Il consorzio selezionato attraverso le procedure ad evidenza pubblica costituisce una «*special purpose vehicle*» (SPV), che si finanzia attraverso *equity* e debito subordinato, tipicamente pari all' 8-15% dei costi del progetto, investito dalle imprese socie. L'equilibrio è raggiunto attraverso la sottoscrizione di *senior debt* da parte delle banche e dei mercati di capitale.

In prima battuta, la ragione economica per il ricorso al finanziamento privato per la realizzazione di infrastrutture pubbliche appare debole poiché il tasso di interesse sul prestito privato è sempre maggiore di quello sul prestito pubblico per progetti simili (Sussex, 2001). Nel prestare denaro ai governi, i creditori non si assumono alcun rischio – i governi, diversamente dalle aziende private, difficilmente risultano insolventi. Ne consegue che l'investimento in obbligazioni sovrane o «*gilts*»² è considerato «*risk free*» e il tasso di interesse su questo tipo di investimenti è probabile che sia il più basso disponibile sul mercato.

Molti economisti (e HM Treasury nel Regno Unito) sostengono, al contrario, che il «vantaggio» del tasso d'interesse sul prestito pubblico sia ampiamente illusorio. L'idea in questo caso è che, mentre il governo può raccogliere denaro a un basso tasso d'interesse (perché i compratori di obbligazioni hanno la garanzia di essere rimborsati), ciò non implica che il denaro possa essere *speso* senza rischio - ma che semplicemente il costo dei rischi che potrebbero materializzarsi, è sostenuto dai contribuenti, anziché dagli investitori nel progetto (Klein, 1997; Fleming and Mayer, 2003; UK Treasury, 2003).

Per contro, quando deve prendere una decisione di finanziamento, un investitore privato razionale stimerà l'entità dei flussi di denaro che si aspetta vengano generati dal progetto su base annuale, e successivamente li sconterà anno per anno a un *tasso risk-adjusted* per determinare il Valore attuale (o *Present Value*), dal quale sottrarre il costo dei suoi investimenti per definirne il Valore attuale netto (Van, o *Net Present Value*, NPV). Esso sarà positivo – cioè il valore presente sarà maggiore del costo dell'investimento – solo se il tasso di ritorno dell'investitore è maggiore del tasso di sconto *risk-adjusted*. E un operatore razionale investirà nel progetto solo se il Van è positivo.

Diversamente dal tasso di rendimento sui titoli di debito pubblico, quindi, il tasso di rendimento richiesto dagli investitori privati in un progetto PPP (che per la p.a. rappresenta il costo finanziario dell'investimento) rende il costo del rischio *esplicito*.

In un equilibrio competitivo, il tasso di ritorno previsto da un investitore approssimerà il tasso di sconto, che è il costo delle risorse finanziarie investite da operatori privati. Esso non può essere inferiore, poiché ne risulterebbe un Van negativo; e non può essere molto più alto perché, in un mercato perfettamente concorrenziale, altri investitori offrirebbero al debitore un prezzo inferiore.

Il dibattito verte sostanzialmente sul fatto che ogni differenza osservata tra costi di finanziamento pubblici e privati su un progetto, debba, in un mercato concorrenziale, essere una funzione del *risk-premium*, o in altre parole, funzione del vero prezzo del rischio.

5. Il framework per l'analisi dell'efficienza del finanziamento privato nelle PPP

5.1. Il tasso di sconto

È evidente che un confronto di costi di finanziamento dovrebbe prevedere una valutazione del rischio. Tuttavia, è importante specificare quale tipo di rischio un investitore razionale dovrebbe considerare nel calcolo del tasso di sconto. Il tasso di sconto usato da un investitore privato è il suo *costo del capitale* – ovvero il rendimento disponibile sulla *successiva migliore opportunità di investimento* che presenta un profilo di rischio simile.

Per un progetto che non presenta rischi, quindi, il costo opportunità del capitale sarebbe il tasso di interesse sui titoli di Stato. Per un progetto di PPP nel settore sanitario, il tasso di sconto appropriato è costruito facendo riferimento al tasso trentennale sui bond del governo, *più* un premio che riflette il rischio sostenuto.

La teoria della finanza aziendale indica che i rischi specifici del progetto o «idiosincratici», come la possibilità di ritardi, o le difficoltà nella costruzione e/o gestione, non dovrebbero riflettersi sul tasso di sconto (Brealey *et al.*, 2008). Questi rischi si riflettono sui «costi attesi» d'investimento e gestione – che per tale motivo sono chiamati costi *risk-adjusted* e sono carico dell'SPV o dei suoi fornitori/contraenti. Attualizzare i flussi di cassa ad un tasso di sconto che considera anche i rischi idiosincratici è sbagliato poiché significherebbe computare due volte il costo di tali rischi. Inoltre, ogni rischio residuo – cioè la possibilità che i costi attuali siano differenti dalle proiezioni – può essere raggruppato e distribuito attraverso un portafoglio diversificato, così che i profitti totali non ne siano intaccati (Grout, 1997).

Il tasso di sconto, di conseguenza, dovrebbe includere solo i «rischi sistemici» – quelli che non possono essere diversificati in virtù della loro correlazione col mercato.

5.2. Come il costo del capitale è impiegato nelle valutazioni finanziarie

Come scritto, una operazione di PPP coinvolge tipicamente due tipi di investitori: l'azionista della SPV, che fornisce il capitale nella forma di *equity* o di debito subordinato; e i creditori *senior*. Il modello finanziario è strutturato in modo tale che i profitti del creditore *senior* abbiano priorità, cosicché il volume dei rischi – sia idiosincratici sia sistemati – siano sopportati dagli azionisti. Il creditore ha inoltre il diritto di subentrare nel progetto qualora i flussi di cassa siano compromessi da una gestione del progetto non

appropriata. In questo modo, i diversi tipi di investitori sopportano diversi livelli di rischio e differenti costi del capitale. Questo giustifica l'adozione di due differenti indicatori per misurare la redditività dei loro investimenti.

Il Tasso interno di rendimento (Tir o *Internal Rate of Return*, IRR) è il tasso di interesse che azzerava il Van dei flussi di cassa in entrata e in uscita. In altre parole, esso è il tasso di sconto che rende il flusso futuro di pagamenti uguale al valore dell'investimento iniziale. Gli indicatori utilizzati per le valutazioni d'investimento degli operatori privati in PPP sono:

1) *L'Equity Internal Rate of Return* (Tir *Equity*): è il tasso di sconto che annulla il Van dei flussi di cassa per gli azionisti.

2) Il *Project Internal Rate of Return* (Tir di progetto): è il tasso di sconto che annulla il Van di tutti i flussi di cassa maturati dal progetto. Quest'ultimo tasso è una funzione dei tassi di interesse sull'*equity*, sul debito subordinato, sul debito *senior* e del *gearing* – cioè il contributo relativo delle fonti di finanziamento – e delle tasse.

I flussi di cassa rilevanti per i due indicatori, sono rispettivamente, il *Free Cash Flow to Equity* (FCFE) e il *Free Cash Flow to Operations* (FCFO). Questi flussi di cassa dovrebbero essere chiaramente identificabili all'interno dei modelli finanziari (anche se, come discusso più avanti, questo non è sempre il caso). L'FCFE è il flusso di tutto il *cash* disponibile per gli azionisti dopo aver pagato tutti i costi operativi e aver provveduto alla remunerazione dei debiti subordinati e *senior*. L'FCFO è il flusso di cassa disponibile per ripagare le risorse finanziarie investite dopo aver pagato *tutti* i costi operativi, tasse incluse.

I Tir dell'*equity* e di progetto, in un mercato concorrenziale, approssimano i *costi del capitale* rilevanti per questi investimenti – cioè i tassi di sconto che

dovrebbero essere utilizzati per valutare questi profitti, dati i rischi ai quali sono esposti.

Questi *ratios* possono anche essere utilizzati per valutare extra rendimenti per gli investitori privati.

5.3. La stima del costo del capitale

Il costo dell'equity. Il *Capital Asset Pricing Model* (CAPM) è di gran lunga il modello più comunemente usato dagli investitori per calcolare il loro costo del capitale. Esso formalizza l'idea, presentata in precedenza, che il costo del capitale sia una funzione del costo del denaro (il tasso *risk-free*) più un premio che tiene conto del rischio *sistematico*. Esso calcola il costo dell'*equity* come somma del tasso *risk free* e dell'*equity risk premium*, un premio per l'esposizione del progetto a un rischio *sistematico* – in altre parole, quei rischi che hanno un impatto su qualsiasi tipologia di investimento, in quanto soggetti all'andamento dell'economia generale.

La formula CAPM calcola il costo del capitale (K_e) come segue:

$$K_e = IR_{fr} + \beta_e * ERP$$

Dove:

IR_{fr} è il tasso di interesse *free risk*

β_e è l'*equity beta*

ERP è l'*equity risk premium*.

L'*equity beta* è un valore cruciale. Esso esprime il rischio *sistematico*, di un particolare investimento, a cui è soggetto tutto il mercato dell'*equity*, a cui va sommato un rischio finanziario derivante dal livello di indebitamento (Hamada, 1972).

Il costo del capitale dell'intero progetto. Per considerare i costi di tutte le risorse finanziarie investite, si effettua una somma ponderata del costo dell'*equity* e del costo del debito. La formula per il calcolo del costo totale del capitale è il *Weighted Average Cost of Capital* (WACC):

$$WACC = \frac{D}{D + SD + E} * K_d * (1 - T\%) + \frac{E}{D + SD + E} * K_e + \frac{SD}{D + SD + E} * K_{sd}$$

Dove:

D è l'ammontare totale del debito investito dai creditori;

E è l'ammontare dell'*equity* del progetto;

SD è l'ammontare del debito subordinato investito dai soci;

K_d è il costo del debito;

$T\%$ è l'imposta sul reddito d'impresa e $(1-T\%)$ rappresenta il «beneficio fiscale» del debito (cioè la sua deducibilità fiscale);

K_{sd} è il profitto atteso dai prestiti degli azionisti; e

K_e è il costo opportunità del capitale, come definito nella sezione 5.3.

6. Fonti e raccolta dei dati

L'analisi di seguito presentata è basata sui «*Project Agreement and Financial Models*» di nove progetti di PPP avviati nel NHS e da 14 nel Ssn.

Tra giugno 2008 e gennaio 2009, nell'ambito del *Freedom of Information (FOI) Act*, gli autori hanno contattato 78 aziende sanitarie del NHS coinvolte in contratti PPP. Nove di queste hanno accettato di fornire la documentazione, mentre le restanti hanno rifiutato di divulgare il proprio modello finanziario appellandosi alla necessità di garantire la riservatezza delle informazioni sensibili. I nove progetti di cui gli autori dispongono i modelli finanziari presentano un investimento complessivo³ pari 964 milioni di sterline.

Il campione italiano è formato da 14 progetti, in gara o aggiudicati (nel periodo tra giugno 2006 e gennaio 2008). Questi progetti presentano un valore d'investimento complessivo pari a 1,76 miliardi di euro. Essi sono stati forniti agli autori dalle aziende sanitarie committenti a condizione che fossero presentati in forma anonima.

7. La costruzione del benchmark del costo del capitale

Per verificare la *cost-efficiency* degli investimenti in PPP gli autori confrontano i tassi di rendimento di progetto e del capitale investito con tassi *benchmark*.

7.1. I benchmark per il costo dell'*equity*

Come discusso in precedenza, le 3 componenti del costo dell'*equity* nel

modello CAPM sono il tasso *risk-free*, l'*equity Beta* e il *market risk premium*. Il tasso *risk-free* (il tasso dei titoli di stato trentennali) rilevante si modifica in funzione dell'anno di stipula del contratto e del paese (UK o Italia). Il *market risk premium* è stimato pari al 4,75% per il Regno Unito e al 5,54% per l'Italia (Darmoradan on line, 2009).⁴

Il calcolo dell'*equity Beta* per un PPP è reso complesso dall'assenza di un mercato azionario di riferimento. Pertanto si è proceduto con una stima basata su una metodologia caratterizzata dai seguenti passaggi:

1) la stima della *magnitudo* del rischio *sistemico* totale in una operazione di PPP, al fine di derivare un *asset beta* medio per i progetti oggetto di analisi, inglesi e italiani;

2) l'identificazione delle *tipologie* di rischio *sistemico* per ogni progetto;

3) l'identificazione e l'analisi dell'*impatto relativo* di ogni rischio sistemico e la sua *allocazione* tra le parti pubbliche e private;

4) la stima, attraverso il *re-leveraging*, dell'*asset beta* dell'SPV in funzione del *gearing* del progetto specifico;

5) l'aggiustamento dell'*equity beta* di ogni progetto in relazione alla teoria di Blume.⁵

7.2. La magnitudo del rischio sistemico

I PPP, sia del campione anglosassone sia del campione italiano, prevedono la costruzione dell'infrastruttura e la gestione di una quota rilevante di servizi (manutenzione, e, nella maggior parte dei casi, pulizia, catering, lavanderia e servizi di portineria), a fronte dei quali l'azienda sanitaria corrisponde un canone. Questo implica che entrambi i gruppi di progetti sono soggetti a un livello di rischio sistemico molto basso. Per derivare il valore di tale rischio, è stata condotta una ricerca dei beta di aziende italiane e anglosassoni quotate, operanti in settori considerabili paragonabili alle operazioni di PPP oggetto di analisi: quali, costruzioni, investimenti immobiliari, *facilities management*, servizi idrici, *multiutilities* e case di cura. Le imprese che operano in questi settori riflettono rischi sistemici simili ai progetti di PPP (Fabozzi, Peterson, 2003).

Sono stati estratti quindi da *Datastream* gli *equity beta* specifici per le imprese operanti in questi settori e sono stati successivamente scomposti per derivarne l'*asset beta* complessivo – una proxy che definisce il grado complessivo di rischio sistemico di ogni PPP. Sulla base di questa analisi, l'*asset beta* medio di riferimento per il Regno Unito è 0,5 mentre per l'Italia è 0,44.

7.3. Tipologie di rischio sistemico

La valutazione contratti/convenzioni siglate tra le SPV e le aziende sanitarie di ciascuna operazione oggetto di analisi consente un apprezzamento dei rischi sistemici insiti nei contratti, la loro importanza e la loro allocazione tra il partner pubblico e privato. I rischi sistemici che caratterizzano i contratti di PPP sono:

i) domanda: il livello generale dell'attività economica può influire sulla domanda di prestazioni sanitarie e non sanitarie;

ii) inflazione: il valore reale dei pagamenti può essere diverso da quello stimato;

iii) il valore residuale: il valore dell'investimento, al termine della concessione, può essere diverso da quanto stimato;

iv) recessione economica: può condurre a un'insolvenza contrattuale, a una riduzione della o a un aumento dei costi.

7.4. Importanza relativa e allocazione del rischio sistemico

Data la natura di lungo termine dei contratti di PPP, c'è una probabilità elevata che la domanda effettiva possa essere diversa da quella attesa. Tuttavia, i contratti mostrano che i pagamenti alla SPV sono in larga misura fissati in termini nominali, e non dipendono dall'uso effettivo della struttura durante la vita del progetto. L'SPV ha anche diritto a pagamenti addizionali se il livello effettivo dei ricoveri (*patient throughput*) eccede il livello definito contrattualmente definito, che consente di compensare i costi operativi addizionali che possono risultare da un uso del bene più intenso del previsto. I contratti dimostrano che il rischio di domanda, sebbene di *alta importanza*, sia *trattenuto* dal NHS/Ssn per ognuno dei 23 progetti in considerazione.

Per contro, è evidente che il rischio di inflazione è ripartito tra il NHS/Ssn e la SPV. Una porzione del pagamento alla SPV è indicizzata annualmente all'indice nazionale per riflettere i costi reali, ma il vero valore dei flussi di cassa potrebbe erodersi nel caso di un'inflazione più alta del previsto. È, inoltre, possibile che l'indicizzazione all'inflazione programmata non riesca a remunerare adeguatamente l'SPV a causa, per esempio, di una variabilità dei costi non proporzionata all'indice, come per esempio per i costi di personale o dei materiali. Al contrario, l'inflazione può essere inferiore a quella programmata e questo può generare dei sovra rendimenti a carico del NHS e dell'Ssn. Quindi è ragionevole concludere che questo rischio ha un'alta importanza, ed è condiviso.

È anche chiaro che una recessione economica generale potrebbe causare il fallimento dei fornitori o del costruttore e imporre la loro sostituzione con soggetti che chiedono una remunerazione maggiore di quella prevista contrattualmente e stimata nei flussi di cassa. Se la vulnerabilità dei fornitori o dei *contractor* all'insolvenza dovrebbe fare parte del processo di *due diligence* da parte della SPV, in casi di crisi economiche particolarmente acute (come quella che si sta sperimentando nel momento in cui si scrive) anche aziende con un bilancio solido possono provare difficoltà. Ciò può portare alla situazione in cui un fornitore chiave o un contraente vengano posti in amministrazione controllata, imponendo la ricerca di un nuovo soggetto con costi eventualmente più alti. Dove i servizi sono specializzati (verosimilmente nel settore ospedaliero) questo può portare al rischio di selezionare un soggetto non in grado di erogare servizi di buona qualità o allineati agli standard. Sembra, ancora una volta, ragionevole concludere che questo rischio sia *condiviso* – con la SPV che se ne fa carico in misura maggiore coerentemente al suo ruolo di project manager. Tuttavia l'impatto potenziale di questo rischio è di ordine inferiore rispetto a quello di inflazione, e può essere quindi considerato di *media importanza*.

I contratti mostrano, infine, che il rischio di valore residuale è *trattenuto* dal NHS/Ssn, che acquisisce l'ospedale a un prezzo nullo alla fine del contratto, sopportando così il rischio che il valore della proprietà in quel momento sia inferiore a

quello previsto. Dal momento che la possibilità di vendita del bene alla fine del contratto è, in ogni caso, trascurabile, il rischio può essere categorizzato di *bassa importanza*, anche in virtù del fatto che normalmente vengono definiti dei piani di manutenzione concordati finalizzati a garantire il buon funzionamento della struttura al momento del trasferimento.

Le **tavole 1** (per il campione inglese) e **2** (per il campione italiano)⁶ mostrano l'incidenza di ciascuna categoria di rischio sistemico e l'allocatione percentuale alla SPV (la quota residua è trattata dal settore pubblico).

7.5. La determinazione del *risk premium* per il campione del Regno Unito e italiano e il costo dell'*equity*

Sulla base dell'importanza relativa e dell'allocatione dei rischi sistemici, per ogni progetto è stata calcolata la quota di *asset beta* relativa al rischio sistemico trattenuto dall'SPV. Questo valore è stato poi «rileveraggiato», in funzione della leva finanziaria di ciascun progetto, per considerare l'impatto del livello di indebitamento sul rischio sistemico. L'*equity beta* della SPV è stato poi adattato secondo la formula di Blume e moltiplicato per il *market risk premium* per calcolare l'*equity risk premium* per ogni progetto analizzato.

Le **tavole 3** e **4** mostrano, per i campioni inglese e italiano, il costo specifico del capitale di ogni progetto, aggiungendo all'*equity risk premium* il tasso di interesse *free risk* quotato sul mercato finanziario nell'anno in cui è stato firmato il contratto di PPP.

Il costo del capitale varia tra il 9,35% e l'11,46% nel gruppo inglese e dal 7,37% al 18,36% nel gruppo italiano.

7.6. Il WACC *benchmark*

In aggiunta al valore di riferimento del costo dell'*equity*, il calcolo del WACC *benchmark* richiede il calcolo del costo *benchmark* del debito *senior*. Per costruire quest'ultimo, è necessario capire come i sottoscrittori del debito *senior* originino il loro capitale e a quali rischi siano esposti nel prestare del denaro nelle operazioni di PPP. I creditori *senior* raccolgono fondi dai mercati monetari *wholesale* a un costo che, per Regno Unito, è il tasso LIBOR (*The London Inter-Bank Offered*

Rate) e, per l'Italia, il tasso EURIBOR. A questo potrebbe essere aggiunto un margine di credito per riflettere il costo del rischio sistemico.

La magnitudo del rischio sistemico sul *senior debt* è minore di quella sull'*equity* perché il debito *senior* è rimborsato in via prioritaria rispetto all'*equity*. La letteratura mostra come credito alle operazioni di *project finance* sia risultato estremamente resistente alle condizioni economiche avverse, con tassi di insolvenza bassi e tassi di recupero alti (Standard, Poors, 2004).

Sembra ragionevole, quindi, concludere che il costo del capitale prestato dalla banca si avvicini al LIBOR/EURIBOR al momento del *financial close* con l'aggiunta di uno *spread* di cento punti base (Blanc-Brude, Strange, 2007). La componente finale del WACC di riferimento per ciascun progetto è il *gearing*, il contributo relativo dell'*equity*, del debito subordinato e del debito *senior* rispetto al costo di investimento.

Le **tavole 5** e **6** mostrano, per il gruppo inglese e italiano, il WACC specifico per ogni progetto. Esso varia tra il 4,31% e il 6,58% per il gruppo inglese e tra il 3,55 e il 5,79% per il gruppo italiano.

8. I risultati: il confronto dell'*equity* prevista e del Tir dei progetti rispetto ai *benchmark*

8.1. Regno Unito

Tir Equity versus il costo del valore di riferimento dell'*equity*

Per gli otto progetti per i quali il Tir *equity* può essere calcolato (ciò esclude l'East e il North Hertfordshire perché il modello finanziario non fornisce i dati necessari), esso è in tutti i casi più alto del suo *benchmark*. Per quattro dei progetti presi in considerazione è possibile calcolare il Tir *equity* del *Free Cash Flow to Equity*. Il Tir medio su queste basi è del 38,58% – più alto del 28,35% rispetto al costo medio di riferimento dell'*equity* per questi cinque schemi, che è del 10,24%.

In quattro progetti – North Cumbria, Hairmyres, County Durham & Darlington e Nottingham – i modelli finanziari non permettono di calcolare il Tir *equity* sulla base del *Free Cash Flow to Equity*, ma solo sui dividendi. Un Tir basato sui dividendi tipicamente sottostima la vera

scala dei profitti dell'*equity* – e talvolta in modo significativo. Ciò è dovuto al «*back-ending*» dei pagamenti dei dividendi su questi progetti (il fatto, cioè, che i pagamenti sono effettuati verso la fine della concessione), il che porta a sottovalutare questi flussi di cassa nella formula di calcolo del Tir.⁷ Nondimeno, i Tir *equity* basati sui dividendi si mantengono più alti del costo di riferimento in tutti i progetti.

La media del Tir *equity* basato sui dividendi è del 32,67%; più alto di circa 22,43% rispetto al valore medio di riferimento (tavola 7).

Tir di progetto versus il WACC benchmark

Il Tir di progetto può essere calcolato per sette dei nove progetti. Per due progetti, Hairmyres e Nottingham, i modelli finanziari non sono costruiti in modo da permettere di calcolare questo valore. Il Tir di progetto è maggiore, in tutti i casi, del valore di riferimento WACC. La differenza media tra l'IRR di progetto e il valore di riferimento WACC è del 3,82% (tavola 8).

8.2. Italia

Tir equity versus il costo di riferimento dell'equity

Per i 12 progetti per i quali il Tir *equity* può essere calcolato, esso è in tutti i casi maggiore del *benchmark*. Per sei progetti è possibile calcolare il Tir *equity* rispetto al *Free Cash Flow to Equity*, con un valore medio pari al 23,42% – più alto del 14,67% rispetto al valore *benchmark*. Per dieci progetti è riportato il TirR calcolato sui dividendi, il cui valore medio ammonta all'11,48% – più alto di circa il 5,56% rispetto alla media dei *benchmark* (tavola 9).

Tir di progetto versus il valore di riferimento WACC

Il Tir di progetto può essere calcolato per tutti i 14 progetti. L'IRR di progetto è più alto in tutti i casi tranne uno rispetto al WACC *benchmark*. Nei 14 progetti l'IRR di progetto medio è dell'8,19%. La differenza media tra il Tir di progetto e il valore WACC medio di riferimento è del 3,92% (tavola 10).

Una caratteristica che distingue i progetti italiani di PPP rispetto a quelli inglesi è un *tail period* esteso. Questo è il momento in cui l'accumulo di profitto per gli investitori in *equity* cresce in maniera significativa perché il debito è stato interamente ripagato e i flussi di cassa possono essere impiegati per pagare i costi operativi e remunerare l'*equity*. Nel campione inglese il *tail period* medio è di tre anni e mezzo con solo un progetto, Hairmyres, che raggiunge i 10 anni.

In Italia il *tail period* è molto più lungo, mediamente di 7,4 anni, con picchi di 10 e 21 anni.

Comunque entrambi i campioni hanno *tail period* medi molto più lunghi di quanto suggerito in letteratura, dove si stima che esso debba collocarsi tra i 6 mesi, per i progetti PPP ospedalieri semplici (Yescombe, 2007), e i 3 anni per i progetti più grandi (Denton Wilde Sapte, 2006). *Tail period* estremamente lunghi presenti in alcuni di questi progetti, specialmente in Italia, possono generare profitti significativi durante l'ultima fase del contratto, pur non essendo adeguatamente considerati dalla misura del Tir per effetto del principio dell'attualizzazione.

9. Discussione

Quanto presentato cerca di valutare l'efficienza del finanziamento privato comparando i tassi di rendimento in 2 campioni di PPP nel Regno Unito e in Italia con valori di riferimento dei costi del capitale, costruiti in base ai rischi realmente sostenuti dagli investitori. Contrariamente a quanto affermato dai sostenitori del PPP, si osserva che i costi prospettici della finanza privata sono maggiori di quella pubblica, anche prendendo in debita considerazione i fattori di rischio. Ciò dà evidenza al fatto che gli investitori nelle operazioni di PPP nel settore sanitario sono in grado di guadagnare «extra profitti» – profitti più alti rispetto a quelli ottenibili da investimenti con profilo di rischio simile. Questo si traduce in un costo eccessivo per il NHS e il Ssn.

Dalla nostra analisi si potrebbe concludere che il grado di competizione nel mercato del PPP sia insufficiente a generare prezzi efficienti. In un certo senso, questa situazione non sorprende, poiché è noto che i mercati del PPP sono generalmente degli oligopoli.

A causa della complessità finanziaria e della natura a lungo termine del PPP, i costi di transazione – come quelli associati alla gara, alla predisposizione dell'offerta e alla stesura dei contratti – sono più alti rispetto ad altre forme di appalto. Il processo di negoziazione dei contratti è particolarmente costoso (sia per la parte pubblica sia per quella privata) a causa degli alti costi di consulenza legale, finanziaria e tecnica.

Per esempio Dudkin e Väililä (2005) hanno studiato che, per un campione di 25 PPP nel settore sanitario nel Regno Unito, i costi di transazione *ex ante* per il settore pubblico e per l'SPV ammontano a circa l'8% del costo totale di investimento (diviso uniformemente tra il settore pubblico e l'aggiudicatario). Certamente, il concedente pubblico in definitiva sostiene entrambi i costi di transazione – i suoi propri e quelli del settore privato attraverso i maggiori profitti richiesti.

Gli alti costi di transazione nelle PPP hanno anche un impatto indiretto sulla *cost-efficiency* diventando una significativa «barriera in entrata» per potenziali offerenti, trattenendo le aziende dal fare offerte e riducendo il livello di concorrenza nel processo di acquisto. Lo stesso processo di approvvigionamento è una fonte addizionale d'inefficienza. I costi di transazione diventano molto alti durante la fase negoziale, prima e durante la stipula del contratto, che può protrarsi a lungo nel tempo. Il *National Audit Office* inglese (2007) ha stimato, in un campione di 20 concessioni ospedaliere, che il tempo medio tra l'indizione della gara e la firma del contratto è stato di 38 mesi, di cui circa 20 mesi impiegati per la negoziazione con la SPV. Si tratta, tra l'altro, di una fase in cui significative modifiche progettuali e al *budget* normalmente vengono effettuate.

In Italia, dove non sono permesse modifiche ai modelli finanziari durante o dopo la selezione, le offerte in generale prendono in considerazione l'inefficienza dei processi di gara, in media di durata pari a 18 mesi (Amatucci *et al.*, 2007), includendo proiezioni di costi più onerose.

Si pone quindi la questione, se sia risolvibile il problema dei profitti in eccesso al finanziamento privato – per esempio attraverso la riduzione dei costi di transazione, stimolando una maggiore competizione nel mercato e riducendo la possibilità di modifiche ai *business plan*

durante la fase di negoziazione, quest'ultimo per il caso specifico inglese. L'esperienza inglese dovrebbe suggerire che ciò è molto lontano dall'essere semplice. La *policy* in UK è stata da sempre orientata a una riduzione dei costi di transazione attraverso la standardizzazione dei contratti, ma l'evidenza empirica fornita dal *National Audit Office* (2007) suggerisce che il numero degli offerenti per progetto è in realtà *in declino* negli ultimi anni.

Se soluzioni a livello di *policy* è probabile che falliscano, cosa potrebbero fare i manager pubblici per ridurre gli extra profitti nelle operazioni di PPP?

La nostra analisi offre alcune indicazioni. Le organizzazioni sanitarie dovrebbero richiedere un livello molto più alto di trasparenza nei *business plan* di progetto. Infatti, quando i modelli finanziari sono strutturati in modo da oscurare il *Tir equity* effettivo (non mostrando, ad esempio, i *Free Cash Flow to Equity* e includendo solo un *Tir* basato sui dividendi che è probabile che sottostimi il livello reale di rendimento), gli investitori possono trarre vantaggio da questa asimmetria informativa per assicurarsi profitti più alti di quelli ritenuti adeguati. Le aziende sanitarie dovrebbero anche investire in maggiori competenze finanziarie e manageriali per valutare e negoziare in modo più attento i *business plan* e per monitorare le condizioni finanziarie dei progetti durante il periodo di concessione. L'esperienza inglese suggerisce che la creazione di *task force* centrali specializzate o la standardizzazione dei

contratti e delle procedure di valutazione non possa costituire di per sé un mezzo esaustivo per assicurare un'implementazione efficiente del PPP. In Italia, alcune Regioni stanno creando *task force* per il coordinamento e la gestione delle operazioni di PPP per conto delle aziende sanitarie. Mentre ciò può portare a una migliore gestione del mercato e del *deal flow*, questo può anche generare disincentivo a investire in competenze gestionali e finanziarie da parte delle aziende sanitarie, riducendone l'*ownership* sulle operazioni.

10. Conclusioni

Questo articolo ha analizzato se l'utilizzo dei capitali privati per la costruzione di nuove infrastrutture sanitarie si sia dimostrato *cost efficient* nel Regno Unito e in Italia. In entrambi i paesi vi è una componente considerevole di extra rendimenti sui capitali privati investiti e quindi maggiori costi per i servizi sanitari, l'*NHS* e il *Ssn*. Questa inefficienza riflette diversi tipi di fallimenti di mercato – in particolare un mercato dei fornitori oligopolistico e elevati costi di transazione.

Mentre i *policy-maker* dei governi centrali e regionali hanno chiaramente la responsabilità di provare a migliorare il mercato, per esempio riducendo i costi di transazione, limitando la lunghezza delle procedure di gara, è responsabilità dei manager delle aziende sanitarie assicurare che la remunerazione del capitale

privato sia allineata a valori efficienti di mercato. Per fare ciò, è essenziale che i manager siano in grado di valutare *business plan* attendibili e chiari. Un miglioramento nelle capacità di valutazione finanziaria dei manager sanitari può, quindi, in qualche modo consentire di affrontare i problemi generati dai fallimenti di mercato.

Note

1. Questo esclude certi piccoli contratti PPP relativi ad approvvigionamenti non riguardanti infrastrutture.
2. Titoli di debito emessi dai governi di Regno Unito, Irlanda e Sud Africa.
3. Questo è il capitale totale raccolto dal settore privato per la realizzazione del progetto, in base al modello finanziario.
4. <http://pages.stern.nyu.edu/~adamodar/>.
5. La ragione dietro la pratica standard dell'aggiustamento Blume è che il Beta di un investimento ritorna verso la media del mercato nel lungo periodo (Blume, 1971). Nel caso di progetti PPP, che hanno una scadenza nel pagamento in tre anni, è necessario un aggiustamento per questa tendenza. L'effetto di Blume è di ridurre la differenza tra l'*equity* Beta e la media del mercato (cioè 1).
6. Dal momento che i dati italiani disponibili non sono completi, abbiamo deciso di considerare valori medi per l'importanza del rischio e per l'allocazione per tutti i progetti analizzati.
7. Il *Tir* è il tasso di interesse sul capitale *più* l'interesse (al *Tir*) che è stato costruito su ogni periodo per il quale i profitti sono stati scontati. Quindi, quando il flusso di cassa è ritardato fino alla fine del contratto, l'IRR non è adatto a rappresentare significativamente il vero profitto. I nostri ringraziamenti a Jim e Margaret Cuthbert per questa importante indicazione.

Costo dell'abbonamento per l'anno 2009: € 300,00

MECOSAN

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

L'abbonamento annuo a **Mecosan**, Management ed economia sanitaria, decorre dall'inizio di ciascun anno solare e da diritto, in qualunque momento sia stato sottoscritto, a tutti i numeri pubblicati nell'annata.

Si intende tacitamente rinnovato se non perviene disdetta alla società editoriale, con lettera raccomandata, entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello, cui la disdetta si riferisce.

La disdetta può essere posta in essere solo dall'abbonato che sia in regola con i pagamenti.

Per l'abbonamento non confermato, mediante versamento della relativa quota di sottoscrizione, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui la conferma si riferisce, la società editoriale si riserva di sospendere l'inoltro dei fascicoli alla data del 30 gennaio di ogni anno, fermo restando per l'abbonato l'obbligazione sorta anteriormente. L'amministrazione provvederà all'incasso nella maniera più conveniente, addebitando le spese relative.

In caso di mancato, ritardato e/o insufficiente pagamento, l'abbonato è tenuto a corrispondere in via automatica, ai sensi del D.L.vo 9 ottobre 2002, n. 231, gli interessi di mora, nella misura mensile del tasso legale pubblicato all'inizio di ogni semestre solare sulla Gazzetta Ufficiale. Inoltre tutte le eventuali spese sostenute dalla **SIPIS** per il recupero di quanto dovute, ivi comprese le spese legali (sia giudiziali che stragiudiziali) saranno a carico dell'abbonato inadempiente, che dovrà effettuarne il pagamento su semplice richiesta.

Il pagamento, sempre anticipato, dell'abbonamento, potrà essere effettuato mediante:

- c.c.p. n. **72902000** intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a **SIPIS** s.r.l.;
- bonifico bancario (Intesa San Paolo, ag. n. 59 Roma, IBAN: IT37 0030 6903 2821 0000 0000 178 BIC BCITITMM), con eventuali spese di commissione bancaria a carico dell'abbonato.

Il prezzo di abbonamento per l'anno 2009 è fissato in:

€ 300,00 per l'abbonamento ordinario

In caso di **abbonamento plurimo** (più copie), si applica:

per ordine di almeno 6 abbonamenti - la riduzione del	3%
per ordine di almeno 12 abbonamenti - la riduzione del	5%
per ordine di almeno 24 abbonamenti - la riduzione del	10%
per ordine di almeno 36 abbonamenti - la riduzione del	15%

Per qualsiasi controversia è competente esclusivamente il foro di Roma.

È ammesso, per i fascicoli non pervenuti all'abbonato, reclamo, per mancato ricevimento, entro 30 giorni dall'ultimo giorno del mese di riferimento del fascicolo; la società editoriale si riserva di dare ulteriormente corso all'invio del fascicolo relativo, in relazione alle scorte esistenti.

Decorso in ogni caso il predetto termine, il fascicolo si spedisce contro rimessa dell'importo riservato per gli abbonati (sconto del 25% sul prezzo di copertina).

Non è ammesso il reclamo, se il mancato ricevimento sia dovuto a cambiamento di indirizzo non comunicato, per tempo, mediante lettera raccomandata alla società editoriale, e non sia stata contemporaneamente restituita l'etichetta riportante il vecchio indirizzo.

Il prezzo di un singolo fascicolo di un'annata arretrata è pari di norma al prezzo del fascicolo dell'annata in corso, fatte salve eventuali campagne promozionali.

Il prezzo dell'abbonamento 2009 per l'estero è fissato come segue: € 300,00, per l'Europa unita (più spese postali); € 400,00, per il resto del mondo (più spese postali).

La spesa per l'abbonamento a MECOSAN, trattandosi di rivista tecnica, potrà essere considerata costo fiscalmente deducibile dai redditi professionali e d'impresa.

ANNATE ARRETRATE

Fino ad esaurimento delle scorte le annate arretrate saranno cedute al prezzo sottoindicato:

Volume 1°, annata 1992 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 556)	€ 280,00
Volume 2°, annata 1993 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 586)	€ 280,00
Volume 3°, annata 1994 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 660)	€ 280,00
Volume 4°, annata 1995 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 540)	€ 280,00
Volume 5°, annata 1996 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 640)	€ 280,00
Volume 6°, annata 1997 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 648)	€ 280,00
Volume 7°, annata 1998 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 700)	€ 280,00
Volume 8°, annata 1999 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 280,00
Volume 9°, annata 2000 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 716)	€ 280,00
Volume 10°, annata 2001 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 712)	€ 280,00
Volume 11°, annata 2002 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 664)	€ 300,00 *
Volume 12°, annata 2003 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 300,00 *
Volume 13°, annata 2004 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 300,00 *
Volume 14°, annata 2005 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 636)	€ 300,00 *
Volume 15°, annata 2006 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 620)	€ 300,00 *
Volume 16°, annata 2007 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 692)	€ 300,00 *
Volume 17°, annata 2008 (formato 21x28, fascicoli n. 4, pagg. 688)	€ 300,00 *

Nel caso di ordine contestuale, tutte le annate arretrate saranno cedute, con lo sconto del 15%, al prezzo speciale di € 4.165,00, anziché € 4.900,00, e, nel caso siano richieste più copie della stessa annata, sarà praticato uno sconto particolare.

* Disponibile anche in CD-rom.