

12 Le Sperimentazioni Gestionali nel SSN: rilevazione nazionale e analisi dei modelli emergenti¹

di Giulia Cappellaro, Francesco Longo e Alberto Ricci²

12.1 Introduzione

La regionalizzazione degli anni '90 e primi anni 2000 ha reso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) un naturale «laboratorio di *policy*». La pluralità di politiche e soluzioni istituzionali adottate dai singoli contesti permette infatti di trarre utili insegnamenti sull'efficacia dei diversi modelli innovativi di erogazione dei servizi. L'adozione e lo sviluppo delle cosiddette «Sperimentazioni Gestionali»³ (nel testo SG) rientrano in questa prospettiva. Le SG hanno avuto in ogni regione delle declinazioni specifiche, che, dopo anni di operatività, consentono delle valutazioni *a posteriori* utili per l'intero SSN. Le SG sono particolari forme di *partnership* pubblico-private (nel testo, PPP) che prevedono il mantenimento in capo al soggetto pubblico della maggioranza della compagine sociale, ma che possono essere configurate utilizzando molteplici soluzioni giuridiche e assetti interni di *gover-*

¹ La ricerca è frutto del lavoro svolto in collaborazione con il Ministero della Salute nell'ambito della Convenzione con il SIVEAS. Si ringraziano Francesco Bevere, Lucia Lispi e Federica Medici (Ministero della Salute) e i referenti regionali che hanno contribuito alla ricerca: Carolina Di Lorenzo (Regione Basilicata); Antonino Orlando (Regione Calabria); Luigi Riccio, Alberto D'Alessandro e Florinda Salomè (Regione Campania); Maria Luigia De Palma (Regione Emilia Romagna); Massimiliano Passi (Regione Lazio); Maria Elena Balza (Regione Lombardia); Sandro Oddi (Regione Marche); Mirella Angarano (Regione Piemonte); Mario Romeri (Regione Toscana); Rosalia Murè e Lucia Li Sacchi (Regione Sicilia); Paola Casucci e Francesca Armellini (Regione Umbria); Claudio Pileri e Silvia Vigna (Regione Veneto). Si ringraziano anche tutti i referenti delle strutture coinvolte nella rilevazione. Si ringraziano Marina Cerbo e Maria Rosaria Perrini (Age. Na.S.) per il supporto nella fase di impostazione della ricerca.

² Sebbene il capitolo sia il frutto di un comune lavoro di ricerca, i §§ 12.4 e 12.5 sono da attribuire a Giulia Cappellaro; i §§ 12.1 e 12.6 a Francesco Longo; il § 12.3 ad Alberto Ricci; il § 12.2 è da attribuire congiuntamente ai tre autori. Si ringrazia Anna Palmariello per il prezioso supporto nella raccolta dei dati. Si ringraziano i colleghi Elio Borgonovi, Giuliana Bensa, Elena Cantù e Fabio Amatucci per i fondamentali suggerimenti e le indicazioni fornite.

³ Il termine «Sperimentazione Gestionale» compare per la prima volta nell'ordinamento italiano con la Legge 412/91 (art.4), venendo presto ripreso dall'D.lgs. 502/92 (art. 9 bis).

nance. Le SG, come tutte le soluzioni «miste», si caratterizzano per elevati elementi di complessità istituzionale e gestionale; si configurano come soluzioni intermedie tra la gerarchia e il mercato, tra il settore pubblico e quello privato, e sono per questo foriere di potenziali positività; al contempo, tuttavia, possono evidenziare immediati elementi di criticità. La complessità delle SG è abbinata ad ampi gradi di variabilità nelle politiche regionali in materia e a notevoli spazi di autonomia progettuale e manageriale locale; leve che, nel corso dell'ultimo ventennio, le regioni e le Aziende Sanitarie hanno potuto per la prima volta manovrare, rendendo il terreno delle SG particolarmente interessante da approfondire.

Il presente capitolo ha quindi il triplice obiettivo di (i) mappare le SG attive e concluse nel SSN, in parallelo con un'analisi delle politiche regionali in materia; (ii) classificare le caratteristiche delle stesse SG; (iii) introdurre elementi di valutazione sulle loro configurazioni di *governance*. Si tratta quindi di un'analisi valutativa *ex post*, affinché il SSN e i suoi *policy maker* possano apprendere sia dalle esperienze di successo, sia dalle scelte rivelatesi inadeguate. Come noto, quest'ultima è una pratica tanto preziosa quanto politicamente sensibile e scarsamente diffusa nel sistema.

Per raggiungere gli obiettivi sopra riportati, il capitolo si articola in sei paragrafi. Il paragrafo successivo declina gli obiettivi della ricerca e la metodologia di analisi adottata. Il terzo paragrafo illustra le politiche regionali in tema di SG. Il quarto paragrafo presenta l'analisi aggregata e per *cluster* della popolazione organizzativa di SG. Il quinto paragrafo discute le implicazioni dell'analisi effettuata e propone 3 modelli possibili di Sperimentazione Gestionale sulla base di fattori istituzionali e di contesto. Il sesto paragrafo conclude il lavoro.

12.2 Obiettivi di ricerca e metodologia di analisi

12.2.1 Obiettivi del lavoro

La tematica delle SG è stata oggetto di un interesse crescente da parte di soggetti istituzionali di diversa natura. A livello internazionale, i temi trattati nel presente capitolo sono stati spesso collegati alle scelte di *make or buy* per l'erogazione di beni e servizi sanitari da parte dell'amministrazione pubblica (Preker, Harding & Travis, 2000; Parker & Hartley, 2003). Altre ricerche hanno fornito utili contributi sulle condizioni di efficacia delle collaborazioni pubblico-privato (Hart, 2003; Klijn & Teisman, 2003). Nel nostro paese, enti e agenzie nazionali, agenzie regionali e università hanno di frequente approfondito questo tema, soprattutto in seguito alla rapida diffusione dello strumento a seguito della regionalizzazione del SSN (Fiorentini, 2000; Bensa e Pellegrini, 2002; Cavazza e Fiorini, 2002; Cuccurullo, 2005; Amatucci, Lecci e Marsilio, 2007; Cappellaro e Marsilio, 2007; Zangrandi e Butera, 2007).

Ad eccezione della prima rilevazione ASSR (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, ora Age.Na.S.) confluita nel lavoro di Bensa e Pellegrini (2002), la totalità degli studi condotti si è basata però sullo studio di casi, adottando quale criterio di selezione la formula giuridica (ad esempio, società miste o fondazione) oppure la dislocazione geografica.

Tali studi hanno permesso una maggiore comprensione ed approfondimento dei profili specifici delle collaborazioni dal punto di vista giuridico, organizzativo e di performance. Tuttavia, prima dell'avvio della ricerca (marzo 2011), non esisteva una rilevazione aggiornata che fornisse un'analisi dell'evoluzione dell'istituto delle SG e permettesse quindi una valutazione complessiva di questa formula di *partnership* nel SSN. Tale fabbisogno conoscitivo ha costituito la principale motivazione dello studio. Nel dettaglio, i ricercatori si sono posti i seguenti obiettivi:

- ▶ tracciare lo stato dell'arte dell'implementazione delle Sperimentazioni Gestionali ex art.9-bis in Italia al 2011 e analizzare l'evoluzione della popolazione organizzativa a vent'anni dalla introduzione della formula nel SSN;
- ▶ evidenziare il ruolo delle politiche regionali in materia di SG, per comprendere se e come le realtà regionali avessero indirizzato l'applicazione di questo strumento di *partnership*;
- ▶ approfondire le caratteristiche delle SG oggetto di rilevazione, delineando alcuni modelli «di successo» emergenti dalle analisi, in modo da fornire utili spunti per indirizzare future politiche regionali sul tema.

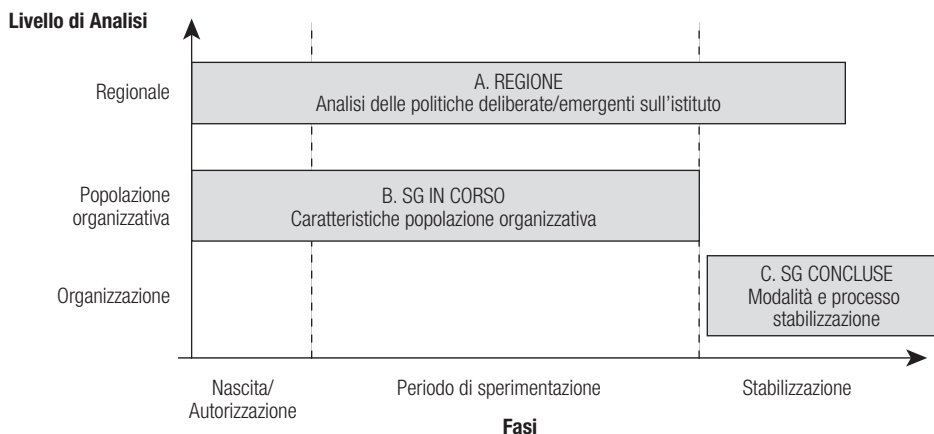
12.2.2 Disegno di ricerca

Per rispondere agli obiettivi sopra elencati, lo studio ha sviluppato una prospettiva di ricerca integrata che ha interessato il livello regionale e il livello aziendale (popolazione e singola organizzazione), seguendo l'intero «ciclo di vita» delle Sperimentazioni (Figura 12.1).

A livello regionale, l'analisi delle politiche si è focalizzata su tre dimensioni: (i) normativa regionale disciplinante le SG come formula organizzativa autonoma; (ii) sistemi di autorizzazione, monitoraggio, valutazione e stabilizzazione della formula; (iii) ruolo delle SG nella programmazione regionale.

A livello organizzativo, è stata condotta una ricognizione delle SG attuate dal 1992 al 2011, focalizzata sulle dimensioni istituzionali, organizzative ed economico-finanziarie. Inoltre, la ricerca ha approfondito il tema delle Sperimentazioni Gestionali concluse, con particolare riferimento alle modalità di stabilizzazione. Per «SG concluse», qui e nel seguito del capitolo, si intendono (i) le *partnership* pubblico-privato per le quali la fase sperimentale è stata dichiarata terminata e che si sono consolidate a vario titolo («stabilizzazioni»), (ii) le collaborazioni che hanno visto il ritorno ad una gestione da parte del pubblico («rientri pubblici»).

Figura 12.1 Livelli di analisi e fasi del ciclo di vita delle SG oggetto di studio



Fonte: nostra elaborazione

12.2.3 Definizione dell'oggetto di indagine

L'oggetto di studio è costituito da tutti i casi di SG autorizzati dal 1995 al 2011. Non esistendo, all'avvio della ricerca, un database aggiornato e completo che censisse tali esperienze, si è proceduto alla costruzione di un foglio dati originale che raccogliesse tutte le Sperimentazioni gestionali censite, a partire da diverse fonti: (i) rilevazione ASSR compiuta nel 2002 dalla Commissione per le Sperimentazioni e le Innovazioni gestionali, parti A e B; (ii) schede di monitoraggio dei LEA inviate dalle regioni al Ministero della Salute (adempimento AJ) relativamente agli anni 2007-2008-2009, con relativi allegati; (iii) normativa regionale disponibile attraverso i BUR (Bollettini Ufficiali Regionali); (iv) siti internet istituzionali di regioni e Aziende Sanitarie e (v) rassegna stampa.

Sono state incluse nell'analisi tutte le esperienze identificate come 9-bis ex art. 9-bis D. lgs. 502/92⁴. Il passo successivo è stato la compilazione di liste provvisorie di SG per ogni regione, poi validate dai referenti regionali individuati per la ricerca dal Ministero della Salute. Le regioni che hanno partecipato alla rilevazione sono state le seguenti: Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia, Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Bolzano, Provincia Autonoma di Trento, Friuli

⁴ Sono state mantenute nel campione le poche *partnership* per la gestione di servizi *no core* esplicitamente autorizzate dalle Regioni in base all'art. 9-bis e confermate dai referenti regionali; sono state incluse anche le esperienze comunque definite Sperimentazioni gestionali in base alla normativa regionale. È il caso dell'Emilia Romagna, che ha autorizzato le prime esperienze di SG in base alla propria LR 50/94, riservando l'applicazione dell'art. 9-bis D.Lgs. 502/92 per le *partnership* implicanti «deroghe alla normativa vigente».

Venezia Giulia, Abruzzo, Molise, Sardegna non hanno preso parte alla rilevazione, comunicando di non avere avviato esperienze di SG e di non avere elaborato politiche regionali in materia. Liguria e Puglia presentano Sperimentazioni sul loro territorio (in corso o autorizzate al momento dell'avvio della ricerca), ma non hanno partecipato allo studio.

12.2.4 Raccolta e analisi dati

Raccolta e analisi dati sulle politiche regionali

L'analisi delle politiche regionali si è articolata in tre fasi:

- ▶ raccolta ed analisi documentale della normativa regionale disciplinante le SG come formula organizzativa autonoma e i sistemi di autorizzazione, monitoraggio, valutazione e stabilizzazione della *partnership*. Sono stati consultati: (i) schede di monitoraggio dei LEA inviate dalle regioni al Ministero della Salute (adempimento AJ) relativamente agli anni 2007-2008-2009, con relativi allegati; (ii) normativa regionale disponibile attraverso i BUR (bollettini ufficiali regionali); (iii) siti internet istituzionali di regioni e Aziende Sanitarie;
- ▶ raccolta ed analisi delle fonti disciplinanti il ruolo delle SG nella programmazione regionale. Sono stati considerati i Piani sanitari o Socio-Sanitari Regionali, i Piani Attuativi Regionali dei Fondi Comunitari, i Piani Ospedalieri ed eventuali documenti collegati a Piani di Rientro dal deficit sanitario segnalati nel questionario o attualmente in vigore (Decreti dei Commissari *ad Acta*);
- ▶ organizzazione di un *focus group* con i referenti regionali presso la sede del Ministero della Salute;
- ▶ interviste telefoniche con i referenti, a completamento della raccolta dati.

Tabella 12.1 **Sezioni del questionario e relative aree di indagine**

Sezioni questionario	Area di indagine	Descrizione
1	Demografia della SG	Denominazione
		Stato
		Date di avvio-proroga-conclusione
		Livelli di assistenza interessati
		Aree di operatività
		Obiettivi specifici della <i>partnership</i>
2	Normativa e profili legali	Fonti normative nazionali
		Fonti normative regionali
		Documenti di programmazione sanitaria regionale di riferimento
		Contenziosi
		Deroghe alla normativa vigente

Tabella 12.1 (segue)

Sezioni questionario	Area di indagine	Descrizione
3	Struttura di governance	Formula giuridica
		Durata della <i>partnership</i>
		Denominazione e natura dei soci
		Composizione e nomina degli organi di governo
		Conferimenti e contributi dei partner
		Proprietà del patrimonio infrastrutturale
		Modifiche alla <i>governance</i>
4-5	Ruolo e rapporti tra i partner	Ruolo del partner pubblico
		Natura dei finanziamenti pubblici alla SG
		Regimi di incompatibilità
		Modalità di scelta del partner privato
		Fase di coinvolgimento del privato
6	Committenza	Responsabile del rapporto di committenza
		Durata del rapporto di committenza
		Eventuali modalità di programmazione dei livelli di spesa
7	Attività e performance	Volumi di attività caratteristica
		Dotazione strutturale
		Saturazione capacità produttiva
		Aree specialistiche di attività
		Valori contabili principali
		Garanzie e interventi di supporto finanziario da parte pubblica
		Strumenti di <i>accountability</i> diretti all'utenza
8	Acquisti e investimenti	Disciplina degli acquisti
		Tipologia e ammontare degli investimenti
		Modalità di finanziamento degli investimenti
		Realizzazione investimenti previsti
9	Personale	Entità e tipologia del personale dipendente dalla SG
		Modalità di assunzione e contrattualistica del personale dipendente dalla SG
		Entità e tipologia del personale dipendente da enti pubblici
		Modalità di assunzione e contrattualistica del personale dipendente da enti pubblici
		Spesa per il personale
10	Monitoraggio della formula sperimentale	Modalità di supporto regionale alla formula sperimentale
		Cadenza e modalità del monitoraggio regionale
11	Sviluppi futuri	Modalità e motivazioni della eventuale proroga della fase sperimentale
		Modifiche previste ai profili giuridici, di <i>governance</i> e organizzativi della SG e relative motivazioni
12	Fase di conclusione	Soggetti coinvolti nel processo valutativo
		Indicatori e criteri di valutazione adottati
		Modalità di conclusione della SG e relative motivazioni
		Modifiche ai profili giuridici, di <i>governance</i> e organizzativi rispetto alla fase sperimentale

Raccolta e analisi dati sulla popolazione organizzativa

L'analisi della popolazione organizzativa è stata svolta tramite *survey* analitica descrittiva. Il questionario, composto da 12 sezioni e 114 domande, è stato elaborato a partire dal questionario predisposto dall'ASSR (2001) e dalle evidenze della letteratura in tema di *public private partnership*. Il questionario è stato validato da un Gruppo di Lavoro formato da Cergas - Bocconi, Ministero della Salute e Age.Na.S. La Tabella 12.1 descrive le principali aree d'indagine del questionario di rilevazione.

Il questionario è stato somministrato ai referenti regionali tramite due modalità: *survey* online (*Qualtrics survey software*) e documento di lavoro elettronico. Il questionario è stato inviato ad una popolazione di 58; le rispondenti sono state 51, per un tasso di restituzione dell'88%. L'Appendice riporta la lista delle SG censite con gli obiettivi della partnership come indicati dai compilatori del questionario (Tabella 12.7).

12.3 Le politiche regionali in tema di Sperimentazioni Gestionali

Indirizzi normativi e discipline regionali in materia di SG

Il posizionamento delle regioni in termini di indirizzi normativi in materia di SG è relativamente variegato. Alcune regioni si sono limitate al recepimento della disciplina nazionale; altre, al contrario, hanno introdotto disposizioni originali di diverso dettaglio, con una particolare attenzione agli aspetti autorizzativi, di monitoraggio, valutazione e stabilizzazione delle SG. In particolare:

- ▶ Abruzzo, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Marche, Molise, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto e le Province Autonome di Trento e di Bolzano hanno recepito le disposizioni nazionali senza disciplinare ulteriormente la materia;
- ▶ Basilicata, Sicilia e Toscana hanno disposto indicazioni di dettaglio sull'iter autorizzativo, i profili di *governance* e i rapporti finanziari tra la regione e la struttura oggetto di Sperimentazione;
- ▶ Emilia Romagna, Piemonte, Puglia hanno disciplinato in maniera variamente dettagliata l'iter di autorizzazione, lo svolgimento e lo sviluppo della *partnership*, con una particolare attenzione alla tutela della finalità pubblica delle esperienze.
- ▶ La Lombardia ha elaborato negli anni una disciplina organica, che oltre a regolare l'avvio e lo sviluppo delle SG, fornisce specifiche sull'assetto di *governance* e sulle attività di monitoraggio delle esperienze.

La Tabella 12.2 sintetizza i contenuti delle indicazioni normative regionali in materia di SG, nell'ordine in cui sono sopra citate.

Tabella 12.2 **Principali indirizzi normativi regionali**

Regione	Indirizzi normativi	Fonti
Basilicata	– Nomina dell'«amministratore unico» delle SG da parte della Giunta Regionale	LR 7/2003
Sicilia	– Divieto di intervenire a copertura del disavanzo della gestione finanziaria dei soggetti che sostengono la Sperimentazione	LR 4/2003
Toscana	– Obbligo di forma societaria – Requisiti documentali per l'autorizzazione – Tempistiche di autorizzazione del progetto (30 giorni)	LR 40/05
Emilia Romagna	– Durata massima della gestione sperimentale (5 anni) – Contenuti obbligatori del progetto di SG – Obbligo di accreditamento – Obbligo di utilizzo tariffari regionali	LR 50/94 e s.m.; LR 29/04
Piemonte	– Scelta del partner privato tramite gara ad evidenza pubblica – Contenuti obbligatori del progetto di SG – Durata massima della proroga: cinque anni previa verifica della convenienza economica, della qualità dei servizi e della coerenza con programmazione regionale – Stabilizzazione subordinata al raggiungimento degli obiettivi di progetto e al mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario – Requisiti della <i>partnership</i> in forma stabile: <ul style="list-style-type: none"> • pieno controllo nei processi decisionali da parte del soggetto pubblico; • accreditamento regionale della struttura oggetto di SG; • applicazione tariffe non superiori a quelle previste dal tariffario regionale; • definizione del rapporto contrattuale tra la società e l'azienda sanitaria. 	LR 1/2012
Puglia	– Scelta del partner privato tramite gara ad evidenza pubblica – Contenuti obbligatori del progetto di SG	DGR 745/09
Lombardia	– Esclusione della forma giuridica della società mista – Soggetti potenzialmente coinvolti: AO, Fondazioni ospedaliere, ASL, enti locali, operatori privati sia for profit che no profit – Scelta del partner privato tramite gara ad evidenza pubblica – Garanzia di presenza maggioritaria dei soci pubblici negli organi di indirizzo delle Fondazioni di partecipazione – Contenuti obbligatori del progetto di SG – Esclusione del soggetto pubblico da qualsiasi responsabilità per quanto riguarda il risultato economico della SG – Nomina di un <i>project leader</i> per ogni progetto di SG – Costituzione di un Comitato di Sorveglianza per ogni progetto di SG – Istituzione di una Commissione di monitoraggio sulle SG regionali – Obbligo di misurazione e rendicontazione alla regione di un set di parametri economico-finanziari e sanitario-gestionali.	DGR VI/4127/99; LR 3/03; DGR VII/18575/04; DGR VIII/7854/08

Fonte: nostra elaborazione

Ruolo delle SG nella programmazione regionale

Per quanto riguarda il ruolo assegnato alle Sperimentazioni Gestionali nella programmazione regionale, l'analisi ha rivelato che:

- ▶ il ruolo più frequentemente affidato alle SG (11 regioni, ad eccezione dell'Abruzzo) è la specializzazione delle strutture oggetto di *partnership* per qualificare o razionalizzare la *rete di offerta regionale*;

- ▶ l'obiettivo di riduzione della spesa attraverso la *diminuzione della mobilità passiva* è tipico delle regioni in Piano di Rientro dal deficit sanitario;
- ▶ la *realizzazione di investimenti* è obiettivo diffuso in alcune regioni/territori dove è urgente il rinnovamento della dotazione infrastrutturale. Le SG sono considerate come opportunità per integrare i fondi regionali, nazionali e europei con il finanziamento privato. Lo stesso obiettivo si riscontra in Lombardia, dove è ormai consolidata la pratica della PPP per realizzare investimenti infrastrutturali.

Il prospetto del ruolo affidato alle SG dai documenti di programmazione sanitaria regionale è riassunto in Tabella 12.3:

Tabella 12.3 **Ruolo delle SG nei documenti di programmazione sanitaria regionale**

Regione	Ruolo				Fonti
	Razionalizzazione/ qualificazione offerta	Riduzione mobilità passiva	Realizzazione investimenti	Integrazione operatori	
Abruzzo (accenni)				X	PSR 2008-2010
Basilicata	X				PSR 1997-1999; PSR 2011-2014
Calabria	X	X	X		PSR 2007-2009
Campania	X	X		X	PSR 2002-2004; PRO ¹ 2007-2009
Emilia Romagna	X				PSR 2008-2010
Lazio	X				PSR 2009-2011; DCAA ² U0113 del 2010
Liguria	X	X			PRSSR ³ 2010
Lombardia	X		X	X	PSSR 2007-2009
Marche (accenni)	X			X	PSR 2007-2009
Piemonte	X				PSSR 2007-2010
Puglia	X		X		PAR ⁴ FAS 2007-2013
Sicilia	X	X			PCR ⁵ 2007-2009; PO 2010-2012
Toscana	X				PSR 2008-2010 PSR 2008-2010
Veneto (accenni)	X				PSSR 1996-1998

(¹) Piano regionale ospedaliero

(²) Decreto del Commissario Ad Acta

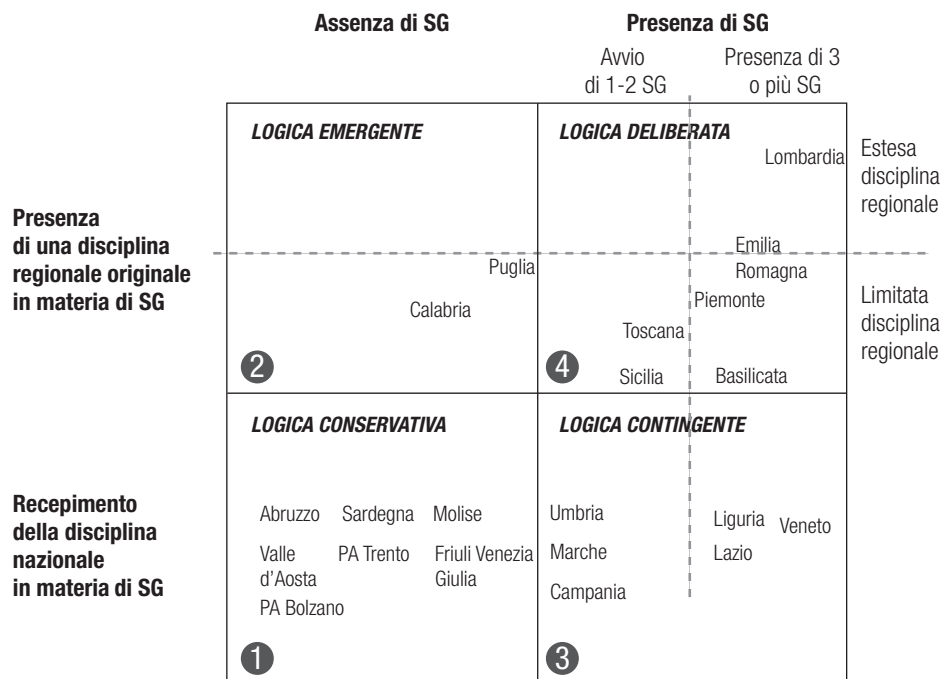
(³) Piano di Riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale

(⁴) Piano attuativo regionale Fondo Aree Sottosviluppate

(⁵) Piano di Contenimento e Riqualificazione SSR

Fonte: nostra elaborazione

Figura 12.2 **Logiche di politica regionale in materia di SG**



Fonte: nostra elaborazione

Da segnalare che le regioni che hanno emanato una disciplina regionale sulle SG includono sempre tale forma di *partnership* nella programmazione sanitaria regionale.

La Figura 12.2 propone un modello di classificazione delle regioni italiane basato sulle logiche adottate per lo sviluppo delle proprie politiche in tema di Sperimentazioni Gestionali. I due criteri di classificazione alla base della tassonomia sono: (i) la presenza di una disciplina regionale in materia di SG che presenti caratteri di originalità nei confronti della normativa nazionale; (ii) l'attivazione di Sperimentazioni Gestionali sul territorio.

- ▶ **Cluster 1. Logica Conservativa.** Il primo raggruppamento include regioni che non hanno innovato la normativa nazionale e non hanno avviato esperienze di SG. Tale primo *cluster* è composto da tutte le regioni a statuto speciale (ad eccezione della Sicilia), dall'Abruzzo e dal Molise. Dal punto di vista finanziario, si registrano sia regioni in Piano di Rientro che sistemi in equilibrio.
- ▶ **Cluster 2. Logica Emergente.** Il secondo raggruppamento comprende regioni che non hanno, ad oggi, avviato SG, ma che hanno emanato una disciplina

regionale originale. Lo sforzo normativo fa presupporre un interesse nei confronti dello strumento e l'eventualità di un ricorso ad esso in futuro. Le realtà riconducibili a questo secondo *cluster* sono la Puglia⁵ e, in ottica futura, la Calabria⁶.

- ▶ **Cluster 3. Logica Contingente.** Il terzo raggruppamento include regioni che, al contrario, presentano SG sul proprio territorio ma non hanno disciplinato la materia a livello regionale. L'avvio di Sperimentazioni è stato giudicato vantaggioso per soddisfare determinate esigenze locali, ma non abbastanza strategico da essere disciplinato come istituto autonomo nel SSR. Tale *cluster* è composto da Veneto e Liguria nel Nord, da Umbria, Marche e Lazio nel Centro e da Campania nel Sud.
- ▶ **Cluster 4. Logica Deliberata.** Il quarto raggruppamento include le regioni che hanno avviato Sperimentazioni eliminare e disciplinato lo strumento, dimostrando interesse in un'ottica stabile. Le regioni di questo *cluster* non sempre presentano una situazione di equilibrio economico-finanziario, ma sono spesso considerate all'avanguardia nel panorama del SSN per la qualità dell'assistenza e/o i loro modelli istituzionali e gestionali. I risultati di tale analisi formeranno la base per il paragrafo di discussione.

12.4 Risultati dell'indagine nazionale sulle Sperimentazioni Gestionali

Il presente paragrafo illustra i risultati della *survey*⁷ condotta sulle esperienze di Sperimentazione Gestionale.

12.4.1 Analisi aggregata

Distribuzione geografica e stadio temporale

In termini di distribuzione geografica, 35 delle 51 esperienze rilevate si trovano nel Nord Italia (68,6%), 8 al Centro (15,7%) e 8 al Sud (15,7%). La Lombardia presenta in termini assoluti il maggior numero di SG (N=21, 5,9%), seguita da

⁵ Con DGR 1447 del 04/08/2009 la Regione Puglia aveva autorizzato l'unica SG Ospedale S. Raffaele del Mediterraneo. A Marzo 2012, la Giunta regionale ha tuttavia scelto di avviare le procedure per uscire dalla Fondazione «San Raffaele del Mediterraneo». La regione è stata pertanto collocata nel quadrante «logica emergente».

⁶ Sebbene la Calabria non abbia disciplinato le SG in maniera originale, i frequenti riferimenti alle SG nel PSR 2007-2009 pongono la regione all'interno di questo *cluster*.

⁷ Nel corso del paragrafo, per ogni domanda del questionario discussa, N indica il numero di compilatori che hanno espresso una determinata risposta. Il valore in percentuale, invece, indica la quota che ha espresso una specifica risposta in relazione ai rispondenti totali. Variando il numero di rispondenti totali alle singole domande del questionario, è quindi possibile riscontrare percentuali differenti a parità di valore N.

Veneto (N=7, 13,7%), Emilia Romagna, Lazio e Basilicata, ciascuna con 4 esperienze (7,8%)⁸

In termini di fase della sperimentazione, su 51 esperienze 5 (9,8%) sono auto-riizzate, 27 (53%) sono attualmente in corso e 19 (37,2%) sono concluse⁹. Delle 27 SG in corso, 16 (31,4%) sono in prima applicazione e 11 (21,6%) sono in regime di proroga. Mentre la durata della prima applicazione è variabile e risulta dipendere da scelte di politica regionale, le motivazioni delle proroghe sono riconducibili a due categorie principali: (i) ragioni organizzative e di completamento strutturale; (ii) motivazioni di natura «politica» dovute alla mancanza di una chiara definizione del ruolo delle SG nel sistema di offerta regionale. Delle 19 SG concluse, 17 (33,3%) sono terminate allo scadere del periodo di sperimentazione e 2 (3,9%) prima del termine.

Trend di approvazione

Nel corso del ventennio la popolazione organizzativa delle SG ha mostrato alterne dinamiche di crescita e contrazione. L'analisi temporale degli anni di approvazione delle SG permette di individuare tre periodi: 1995-2001, 2002-2005 e dal 2006 ad oggi (Figura 12.3).

Nel periodo 1995-2001, il trend delle approvazioni si mantiene relativamente stabile, anche a causa della gestione centralizzata della procedura di autorizzazione affidata alla Conferenza Stato-Regioni.

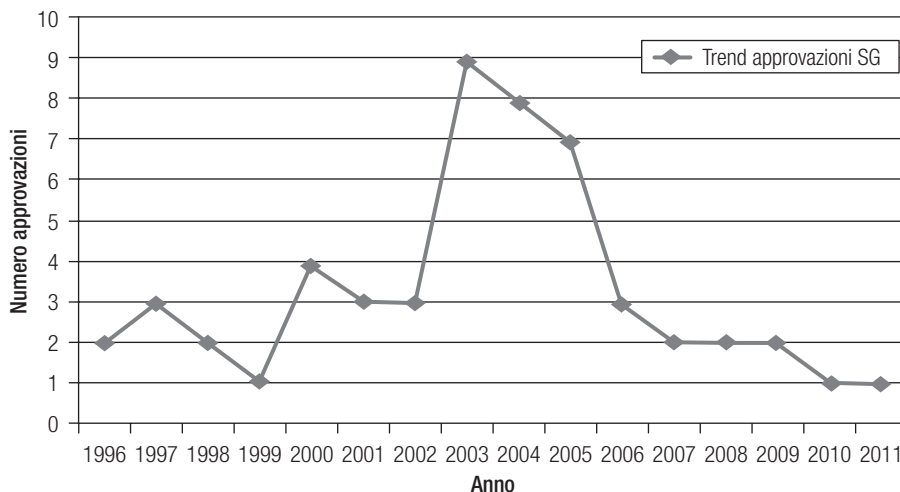
A partire dal 2002, con la regionalizzazione del SSN e il relativo trasferimen-

⁸ Si sottolinea quanto segue:

- in Veneto l'ospedale Chiarensi di Zevio è stato oggetto negli anni di due diverse Sperimentazioni gestionali. Nel primo caso si è trattato di una associazione in partecipazione (fine anni '90, approvata da Conferenza Stato Regioni) e nel secondo di un appalto concorso con ATI (capofila: Casa Cura Pederzoli – anni 2003-2007). Trattandosi di esperienze eterogenee tra loro, sono state considerate separatamente.
- In Basilicata è attualmente in approvazione l'ipotesi di Sperimentazione Gestionale presso il presidio ospedaliero di Pescopagano. Trattandosi ancora di ipotesi non è stata inserita.
- In Emilia Romagna il numero di sperimentazioni gestionali è da considerarsi superiore rispetto a quanto descritto dalla presente sezione della *survey*, in quanto alcune esperienze in corso o concluse (2) non hanno partecipato alla rilevazione.
- In Sicilia si registrano due convenzioni con la Fondazione Maugeri. I referenti aziendali hanno tuttavia confermato che non si tratta di SG ex art.9 bis.
- La Liguria non ha partecipato alla *survey*. In tale Regione le schede di adempimento LEA – punto AJ indicano la presenza di 4 SG.
- In Lombardia, il Progetto «Vita Nova», in *partnership* con l'AO S. Anna di Como, è stato inizialmente escluso dall'universo delle SG; tuttavia, nel corso della rilevazione, è stata reperita la delibera di autorizzazione. Grazie a quest'ultima, è stato possibile recuperare alcuni elementi utili per censire l'esperienza (*partner* privati, area di operatività).

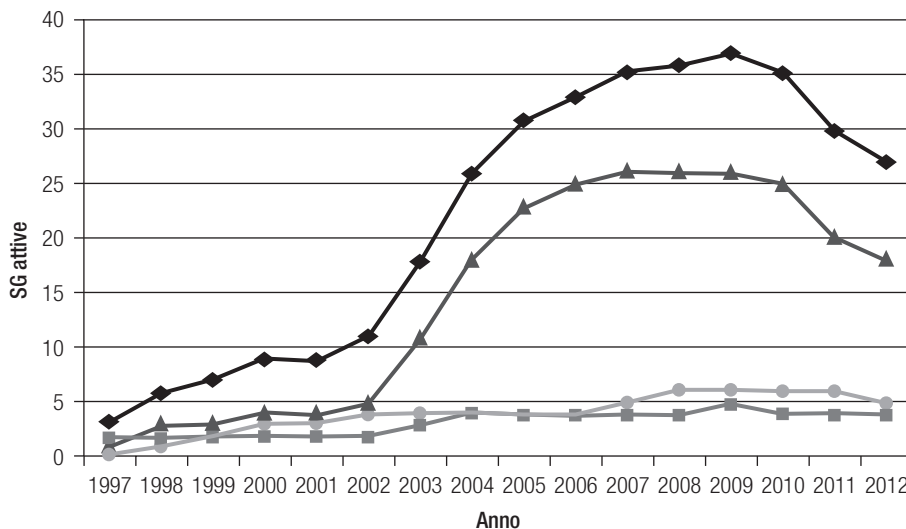
⁹ Si intendono qui sia il ritorno ad una gestione esclusivamente pubblica, sia le *partnership* pubblico-privato che sono state dichiarate stabilizzate. Tra le SG censite ma non analizzate, si registrano 3 esperienze in corso, una concluse e 3 per le quali non è stato possibile recuperare la fase del ciclo di vita.

Figura 12.3 Distribuzione SG per anno di approvazione del progetto



Fonte: nostra elaborazione

to delle competenze in materia di SG, si osserva un incremento di autorizzazioni, trainato dalle regioni del Nord, primariamente Lombardia e Veneto. Dopo il 2005, si nota un trend decrescente nell'approvazione di nuove SG. In alcune realtà si rivela determinante il nuovo contesto normativo, con particolare riferimento all'introduzione del codice dei contratti pubblici (D.Lgs. n.163 del 12/04/2006) e alla normativa in tema di affidamenti in house (D.L. n.233 del 04/07/2006) che hanno limitato il campo applicativo dello strumento. Ad eccezione delle regioni con approccio «deliberato» (v. paragrafo precedente), la mancanza di una politica regionale coerente sull'istituto ha determinato incertezza (i) sul consolidamento dell'assetto giuridico e/o delle aree di operatività e (ii) sulla nuova normativa in materia di acquisti di beni e servizi, soprattutto nel caso delle SG istituzionalizzate societarie. Come sottolineato da alcuni interlocutori aziendali, la natura di «Giano bifronte» della SG quale organismo di diritto pubblico (per capitale e per oggetto sociale), da un lato, e di società di capitali ai sensi del codice civile, dall'altro, ha comportato la necessità di rendere conto a due sistemi normativi. L'assenza di norme *ad hoc* sulle SG ne ha reso molto onerosa la gestione amministrativa, contribuendo a determinare *performance* altalenanti nel tempo. Da segnalare anche fattori endogeni, come l'emanaazione di linee guida regionali che limitano le forme di *governance* ammesse, come nel caso delle società miste da parte della Regione Lombardia (DGR VIII/7854/08). Dal 2006, si registrano nuove autorizzazioni tipicamente al Sud, in Basilicata, Puglia e Campania. Al Nord, nel 2009, si riscontra un solo avvio, mentre nessuna nuova esperienza risulta essere stata avviata nel Centro Italia a partire dal 2008.

Figura 12.4 **Distribuzione SG attive negli anni**

Fonte: nostra elaborazione

L'analisi della distribuzione delle SG attive negli anni è riportata in Figura 12.4: dal 2002 si registra un consistente aumento delle esperienze al Nord; nel 2009 si concludono molte esperienze, mentre già 2006 si osserva un calo netto di nuove autorizzazioni.

Iter di approvazione e soggetti promotori

Per quanto riguarda l'iter di approvazione, nell'88,2% dei casi le SG sono state autorizzate dalle regioni, mentre la Conferenza Stato Regioni ha svolto un ruolo autorizzatorio nella fase antecedente al processo di regionalizzazione (1995-2001). Nella maggior parte dei casi (N=29 su 46, 63%) il primo soggetto promotore è stata l'azienda sanitaria o l'azienda ospedaliera di riferimento, seguita dalla regione (N=14, 30,4%), dai privati (N=2, 4,4%) e dal Ministero della Salute (N=1, 2,2%). L'iniziativa regionale caratterizza alcune regioni meridionali (quali Basilicata, Sicilia e Puglia) e la Regione Veneto. L'intervento regionale è legato anche alla natura delle attività. La regione, in qualità di sponsor del progetto, è segnalata soprattutto in SG legate all'offerta di servizi sanitari a livello sovra locale o ad attività di ricerca.

Motivazione del progetto

La motivazione primaria segnalata per la creazione delle SG è la razionalizzazione dell'offerta a livello sovra locale (N=29, 59,2%), seguita dall'ottimizzazione dei processi gestionali interni (N=7, 14,3%), da ragioni economico finanziarie (N=5, 10,2%) e dalla realizzazione di investimenti infrastrutturali (N=3, 6,1%).

Livello di assistenza e aree aziendali

In termini di livelli di assistenza, più della metà delle SG (N=29, 56,9%) dichiarano come livello di assistenza l'ospedale, seguito dal territorio/assistenza socio-sanitaria, categoria che include la residenzialità psichiatrica (N=13, 25,5%). Infine, sette casi interessano attività di ricerca e cura per l'alta specialità (13,7%). Due esperienze non offrono servizi di assistenza sanitaria *core*, ma servizi ausiliari e a supporto.

Per quanto concerne le aree aziendali interessate, la maggioranza delle esperienze (N=43 su 51, 84,3%) hanno ad oggetto servizi sanitari essenziali; seguono i servizi socio-assistenziali (N=4, 7,8%). Poco diffuse le SG che offrono solo specifici servizi diagnostici, ausiliari generali o prestazioni a pagamento.

Profili interpretativi della normativa

Un ultimo ambito trasversale a tutte le esperienze riguarda i profili di interpretazione della normativa sulle SG.

Le criticità si possono ricondurre a tre tematiche principali: (i) applicazioni della normativa fiscale, quali il trattamento dell'IVA o l'applicabilità del dimezzamento dell'aliquota IRES; (ii) rapporti tra i soci, tra la SG e i propri fornitori, tra la SG e i propri committenti in ambiti quali il riconoscimento della produzione sanitaria extra-tetti, la natura dei compensi per prestazioni e forniture, il trattamento fiscale del canone del gestore erogato dal soggetto pubblico; (iii) riconduzione della Sperimentazione ad assetti giuridici stabili previsti dalla normativa, quali IRCCS di diritto pubblico

12.4.2 Analisi per cluster giuridico-istituzionali

Dopo aver presentato un profilo generale della demografia delle SG, il presente paragrafo approfondisce l'analisi della popolazione sulla base di 4 *cluster*: SG istituzionalizzate di tipo societario, SG istituzionalizzate di tipo non societario, SG contrattuali e SG associative. Le SG istituzionalizzate, come risulterà dai prossimi paragrafi, sono caratterizzate dalla creazione di un soggetto con personalità giuridica propria (tipicamente, Società o Fondazione) e da una condivisione più o meno ampia delle attività di gestione. Nelle SG contrattuali o associative, invece, i rapporti tra partner sono esclusivamente contrattuali e lo svolgimento delle attività sanitarie spetta di norma al solo soggetto privato («associante», oppure «convenzionato» con il pubblico per la gestione di un determinato servizio).

Per ciascuno dei quattro *cluster* sopra elencati sono state valutate 5 dimensioni: profili di *governance*, rapporti con la committenza, attività e performance, acquisti e investimenti, monitoraggio della formula. In Tabella 12.4 si riporta la corrispondenza tra *cluster*, natura giuridica delle esperienze e stato di attività delle corrispondenti SG. In termini assoluti, si coglie la preponderanza di SG

Tabella 12.4 Clusterizzazione SG sulla base profili di governance

Cluster	Natura giuridica	Nr. esperienze	Stato delle corrispondenti SG
SG Istituzionalizzata di tipo societario	SPA, SRL	20	Autorizzate 0 In corso 11 Concluse 9
SG istituzionalizzata di tipo non societario	Fondazione, istituto di altra natura	7	Autorizzate 1 In corso 6 Concluse 0
SG di tipo contrattuale	Regolate da rapporto di: convenzione (Basilicata), concessione	9	Autorizzate 1 ¹ In corso 6 Concluse 2
SG di tipo associativo	Associazione in partecipazione	14	Autorizzate 2 In corso 4 Concluse 8
Non applicabile ²	/	1	Autorizzata
Totale	/	51	Autorizzate 5 In corso 27 Concluse 19

(¹) La SG «Ospedale Pediatrico Bambino Gesù Basilicata» risultava solo autorizzata al momento della compilazione del questionario e come tale è stata censita. Essa è stata attivata a Gennaio 2012 e al momento della stesura del capitolo (Luglio 2012) risulta pienamente operativa. La SG «INMP» è invece da considerarsi conclusa (cfr. Appendice).

(²) Non è stato possibile reperire il dato sul progetto di SG inerente il PO di Bussolengo-Malcesine, esperienza solo autorizzata con prospettiva di divenire società mista. Nel prosieguo dell'analisi sono quindi considerate 50 esperienze.

Fonte: nostra elaborazione

Tabella 12.5 Cluster di SG per regione

Regione	Tipo di SG				Totale
	SG Istituzionalizzate societarie	SG Istituzionalizzate non societarie	SG di tipo associativo	SG di tipo contrattuale	
Piemonte	3	–	–	–	3
Lombardia	1	2	12	6	21
Veneto	4	–	1	1	6
Emilia-Romagna	4	–	–	–	4
Toscana	2	–	–	–	2
Umbria	1	–	–	–	1
Marche	1	–	–	–	1
Lazio	2	2	–	–	4
Campania	1	–	–	–	1
Basilicata	–	1	1	2	4
Puglia	–	1	–	–	1
Sicilia	1	1	–	–	2
Totale	20	7	14	9	50

Fonte: nostra elaborazione

«istituzionalizzato societarie», seguite dalle tipologie associativa, istituzionalizzata non societaria e contrattuale¹⁰.

In termini geografici (Tabella 12.5), diverse regioni (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Campania) hanno attuato solo SG in formula istituzionalizzata societaria, mentre la Lombardia detiene la quasi totalità di SG di tipo associativo, contrattuale e istituzionalizzato non societario.

Cluster 1. Sperimentazioni Gestionali istituzionalizzate di tipo societario

Profili di governance

Le SG istituzionalizzate di tipo societario sono rappresentate per il 70% da SPA pubblico-privato e per il 25% da SRL pubblico-privato. In un caso si registra una SPA di tipo pubblico-pubblico.

In termini di composizione societaria, si rivela una discreta concentrazione delle quote: nel 60% (N=12) del campione i partner sono meno di quattro. La quota del socio di maggioranza relativa è conseguentemente ampia, superando il 50% del capitale nel 70% dei casi (N=14). Tali partecipazioni, che consentono di mantenere la maggioranza assoluta nella società, sono sempre detenute dal pubblico, come stabilito dal D.Lgs 502/92, con un'unica eccezione¹¹. L'investimento attivato a socio, calcolato come rapporto tra conferimento finanziario e numero di soci, supera leggermente il milione di euro considerando i soli soci pubblici e raggiunge 1,24 milioni considerando i soli soci privati (profit e no profit). Il dato conferma una buona capacità dello strumento di attrarre risorse private.

Particolarmente interessanti sono le modalità di nomina dei vertici. Il socio di maggioranza (pubblico in tutti i casi eccetto uno) nomina il Presidente nel 72% dei casi; il direttore generale/amministratore delegato è invece nominato dal socio detentore della seconda/terza quota rispettivamente nel 31% e nel 44% dei casi. In molti casi, quindi, si riscontra un buon bilanciamento delle cariche: il ruolo di supervisione e indirizzo è affidato ad una figura di nomina pubblica, mentre i compiti più gestionali sono tendenzialmente delegati a *manager* espressione del privato. La nomina del direttore sanitario è affidata al socio di maggioranza nel 50% dei casi.

Per quanto concerne la proprietà del patrimonio infrastrutturale, nel 60% dei casi (N=12) il patrimonio utilizzato dalla SG è di proprietà del socio pubblico di maggioranza; solo in 5 casi è la SG ad essere proprietaria degli immobili. La maggior parte delle esperienze in cui la SG non è proprietaria degli immobili in cui opera (N=8, 53,39%) dichiara di corrispondere una locazione basata su prez-

¹⁰ Si segnala che tra le 7 esperienze censite ma non analizzate (questionario non ricevuto) si conta una SG istituzionalizzata societaria, una SG associativa, tre SG contrattuali e due esperienze per cui non è stato possibile determinare l'assetto di *governance* (cfr. Appendice).

¹¹ Si tratta dell'Istituto Proserpius Tiberino SPA, in cui il privato possiede il 52,38% delle azioni.

zi di mercato. Ciò denota la difficoltà di rendere tale esperienze delle vere e proprie società: da una parte la temporaneità della *partnership* (3+3) dissuade il socio pubblico dal conferire in maniera stabile il patrimonio infrastrutturale; dall'altra, l'eventuale conferimento degli immobili e delle attrezzature da parte del pubblico richiederebbe un corrispondente impegno in termini di contributi da parte del socio privato, non sempre possibile.

Per quanto concerne il socio pubblico, nell'80% dei casi (N=16) quest'ultimo è anche soggetto regolatore della *partnership*; nell'85% (N=17) il socio pubblico è responsabile della funzione di committenza. In termini di concorso finanziario all'attività della SG partecipata, il 60% dei referenti compilatori (N=12) nega che vi sia obbligo di concorso da parte del partner pubblico. Nei casi in cui tale obbligo sia presente, esso si esplicita in contributi in conto gestione (ad esempio, integrazione delle rette per attività socio sanitarie) e in conto capitale. In 3 casi l'ente pubblico ha l'obbligo di ripianare eventuali perdite di gestione.

Per quanto riguarda il socio privato, nella maggior parte delle esperienze quest'ultimo è stato individuato mediante procedure ad evidenza pubblica (63,2%, N=12), denotando la volontà da parte dei soggetti promotori di stimolare la concorrenza sul progetto. La mediana di offerte valide, pari a 1,5, mostra tuttavia come il livello di concorrenzialità effettivo sia limitato. Per quanto concerne la tipologia di privato partecipante alle SG considerate, quasi la metà (N=9, 47,3%) è costituito da gruppi italiani attivi nella gestione di strutture e servizi sanitari. Segue la categoria «Altro» (N=4) che comprende le cooperative (servizi assistenziali e infermieristici o di ristorazione); infine, alcuni partner privati sono appartenenti a gruppi sanitari stranieri (N=2), sono ONLUS (N=2), oppure imprese locali raggruppate in ATI¹² (N=1).

Committenza

Con riferimento alla committenza, tutte le SG in corso (N=11) dichiarano di essere accreditate o autorizzate all'esercizio nel SSR. Per quanto riguarda il soggetto responsabile delle committenza, nel 72,7% dei casi (N=8) si tratta della ASL/AO.

Il documento regolante i rapporti con la committenza è nel 45,5% dei casi (N=5 su 11) il contratto di servizio. Negli altri casi sono state segnalate convenzioni, atti deliberativi dei Direttori Generali ASL, accordi di programma che regolano i rapporti tra partner della SG e regione.

La quasi totalità delle SG in corso (N=10, 90,9%) dichiara di essere sottoposta a tetti/livelli sostenibili di spesa da parte del soggetto committente; tra queste, il 90% delle esperienze dichiara l'assenza di un margine di negoziazione sui volumi di produzione sanitaria.

¹² Aggregazione Temporanea di Imprese.

Attività e performance

Per quanto riguarda le attività e le performance economico-gestionali, su 17 SG istituzionalizzate societarie che forniscono dati sul proprio fatturato, il 70% (N=12) si colloca al di sotto dei 20 milioni di valore della produzione (Figura 12.5), quindi sui livelli di presidi ospedalieri o case di cura di piccole o medie dimensioni.

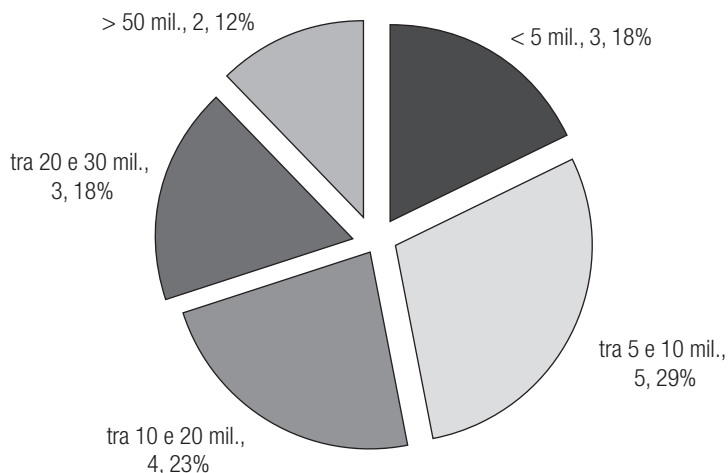
Il rapporto tra risultato d'esercizio e fatturato nell'ultimo anno disponibile si mantiene tra -1% e +10% nel 70% dei casi (N=12 su 17), evidenziando che la maggior parte delle esperienze conseguono risultati positivi (Figura 12.6).

È significativa anche l'analisi della performance economica dell'investimento nelle SG in termini di rapporto tra risultato d'esercizio e patrimonio netto (ROE). Quest'ultimo indicatore risulta positivo nel 64% dei casi (N=11) a fronte però di 2 situazioni di totale erosione del patrimonio netto (12%) in cui il ROE scende sotto il -100%. Infine, si registra come le SG societarie ricorrano piuttosto abbondantemente all'indebitamento: la copertura dell'attivo da parte del patrimonio netto si attesta tra lo 0 e il 20% nel 57% dei casi (N=9).

Acquisti e investimenti

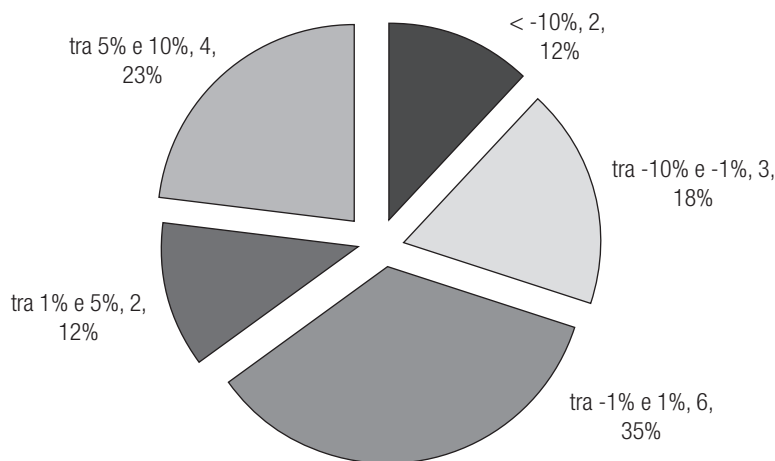
Per quanto concerne gli aspetti di gestione interna, coerentemente con la tipologia giuridica adottata, la maggior parte delle esperienze hanno adottato modalità di acquisizione dei fattori produttivi di tipo privatistico; tuttavia, diversi interlocutori hanno segnalato che il cambiamento della normativa, unito all'incertezza sulla natura istituzionale della SG, ha condotto a un ritorno con delle procedure ad evidenza pubblica.

Figura 12.5 **Distribuzione SG istituzionali societarie per classi di fatturato (€, ultimo anno disponibile)**



Fonte: nostra elaborazione

Figura 12.6 **Rapporto utile/fatturato nelle SG istituzionalizzate societarie (ultimo anno disponibile)**



Fonte: nostra elaborazione

In relazione agli investimenti, la SG è il soggetto responsabile nella quasi totalità dei casi. Le relative risorse sono state tipicamente reperite attraverso:

- ▶ meccanismi di «autonomia d'impresa», primariamente indebitamento, o mix di indebitamento e altre fonti, quali conferimenti proporzionali alle quote, reinvestimento utili accompagnato da conferimenti proporzionali alle quote, e autofinanziamento in gestione caratteristica;
- ▶ finanziamento vincolato della parte privata;
- ▶ finanziamento vincolato della parte pubblica.

La media dell'investimento per singola SG è pari a € 11.488.792. La maggior parte degli investimenti (51% del totale SG) riguarda costruzioni e ristrutturazioni, a seguire macchinari (30%) e sistemi informativi (5%, ma relativi solo alle SG in corso). La categoria «Altro», che ammonta al 19% degli investimenti nelle SG in corso, è composta principalmente da mobili, arredi e automezzi.

Personale

I dati aggregati relativi al personale (12 SG) mostrano un incremento significativo dei dipendenti delle SG, con una media di 170 unità per caso. In termini di procedure di assunzione e di gestione del personale dipendente la maggior parte delle esperienze utilizza modalità privatistiche. Si sperimenta di frequente la coesistenza di personale dipendente della SG e personale pubblico, sebbene il trend per quest'ultimo sia decrescente negli anni, con una media di 34 unità per espe-

rienza nell'ultimo anno disponibile. In particolare, tendono a diminuire in maniera più che proporzionale le figure infermieristiche, mentre il personale medico, soprattutto se in posizioni apicali, mostra un trend più stabile, a prova del suo mantenimento a garanzia del socio pubblico. In caso di coesistenza di personale dipendente e pubblico, la maggior parte (75%) dichiara di aver intrapreso azioni di armonizzazione delle discipline contrattuali, soprattutto di natura economica.

Monitoraggio formula e sviluppi futuri

Tutte le SG dichiarano di essere sottoposte a monitoraggio periodico da parte degli organi regionali, nella maggior parte dei casi (N=6 su 11, 54,5%) con frequenza annuale. La natura dei flussi informativi riguarda, in ordine di frequenza, i volumi di attività (9 casi), dati economico finanziari (6 casi), dati epidemiologici (1 caso) oppure informazioni di altra natura¹³ (1 caso).

In termini di sviluppi futuri, 9 su 11 SG in corso (82%) dichiarano di voler stabilizzare la formula al termine del periodo di sperimentazione. È interessante notare come la maggior parte delle SG in corso (6 su 11) sia in regime di proroga, dovuta in primo luogo all'attesa di una definizione a livello regionale di un ruolo e di una disciplina più dettagliata per questa tipologia di *partnership*.

Cluster 2. Sperimentazioni Gestionali istituzionalizzate di tipo non societario

Profili di governance

Le SG istituzionalizzate di tipo non societario sono rappresentate da 7 casi, nella quasi totalità (6 su 7) sotto la forma giuridica di Fondazione.

Si registra che il numero di soggetti coinvolti è relativamente limitato: 3 partner in 4 casi, 4 partner in 2 casi e 2 partner in un solo caso. La regione è il partner pubblico di riferimento in questa tipologia di SG.

La quasi totalità delle SG (5) non detiene la proprietà del patrimonio infrastrutturale e, nell'80% di questi casi, non paga alcun corrispettivo per l'utilizzo delle strutture.

Il socio pubblico, nel 43% dei casi (N=3), è anche regolatore della *partnership* e nel 57% (N=4) è soggetto committente della stessa. Considerando il concorso finanziario all'attività della SG, 2 esperienze su 6 analizzate hanno dichiarato l'obbligo, per il partner pubblico, di contribuire con erogazioni in conto esercizio non riconducibili né al ruolo di fondatore né di committente. Le stesse SG dichiarano l'obbligo da parte del partner pubblico di coprire le eventuali perdite. Non si rilevano, infine, regimi di incompatibilità in capo agli amministratori e dipendenti dell'ente pubblico in relazione alle SG controllate. Tali indicatori, nel complesso, denotano una bassa autonomia del soggetto giuridico.

¹³ Si tratta dei flussi ministeriali dei modelli NSIS, in gran parte riconducibili alle categorie precedenti.

Il partner privato è stato scelto con modalità privatistiche, nella quasi totalità dei casi. In Sicilia e in Puglia, il modello giuridico della Fondazione è stato proposto in *partnership* tra le regioni e lo stesso soggetto privato (Fondazione S. Raffaele Monte Tabor). Le due esperienze laziali, infine, prevedono il partenariato tra soli enti pubblici.

Committenza

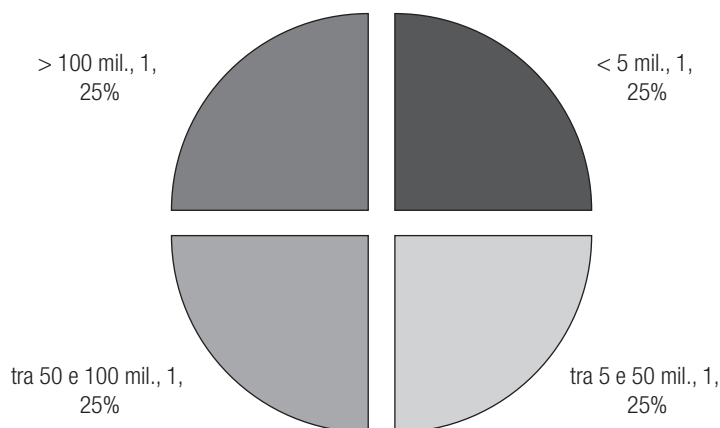
La quasi totalità delle esperienze (5 su 6) è accreditata/autorizzata all'esercizio presso il SSR. Nel 50% dei casi il committente è l'ASL/AO, seguito dalla Regione e, in un caso, dal Ministero della Salute.

Per quanto concerne il documento regolante i rapporti con la committenza, le due esperienze lombarde (33,3% del totale) indicano contratti di servizio. Negli altri casi sono state segnalate convenzioni e, in un caso, decreti ministeriali. Tre SG in corso dichiarano di essere sottoposta a tetti o livelli sostenibili di spesa da parte del soggetto committente e, di queste, due dichiarano l'assenza di margini di negoziazione per la definizione dei livelli stessi. In caso di sfioramento dei tetti massimi, le due SG lombarde prevedono il pagamento parziale della eccedenza mentre una sola Sperimentazione non ha ricevuto alcun rimborso sulla sovrapproduzione.

Attività e performance

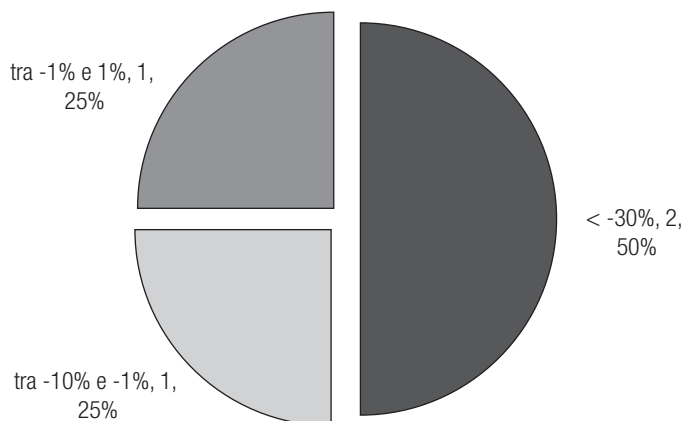
In termini di attività e performance, dai 4 casi validi si evidenzia come le dimensioni di fatturato tendano ad essere superiori rispetto alla media degli altri *cluster*, con due casi che oltrepassano i 50 milioni di euro (Figura 12.7).

Figura 12.7 **Distribuzione SG istituzionali non societarie per classi di fatturato (€), ultimo anno disponibile)**



Fonte: nostra elaborazione

Figura 12.8 **Rapporto utile/fatturato nelle SG istituzionali non societarie (ultimo anno disponibile)**



Fonte: nostra elaborazione

I risultati reddituali, tuttavia, tendono ad essere negativi: il 75% delle esperienze (N=3) sono in perdita nell'ultimo anno disponibile, mentre il rimanente 25% (N=1) è in pareggio (Figura 12.8). Due delle 3 esperienze con risultati negativi contemplano l'onere, da parte di enti pubblici, di ripianare le perdite, sebbene non siano stati indicati casi di accollo.

Acquisti e investimenti

Con riferimento alle modalità di acquisizione di beni e servizi, la quasi totalità delle SG (4 su 5) adottano procedure di tipo pubblicistico.

La SG è risultata il soggetto che si fa carico degli investimenti nella totalità dei casi (N=5). Le modalità di reperimento delle relative risorse, tuttavia, evidenziano di frequente la dipendenza da finanziamenti vincolati di parte pubblica o privata, o dai conferimenti dei fondatori. Lo strumento dell'indebitamento appare prevalente solo in un caso, mentre nessuna SG dichiara di contare sul reinvestimento di utili o comunque dei proventi della gestione caratteristica. La media di investimenti per SG è pari a 3.652.547 euro.

Personale

Tre delle 4 SG rispondenti dichiarano di ricorrere alla disciplina civilistica e al CCNL¹⁴ per la Sanità Privata per regolare il rapporto di lavoro del personale dipendente della SG, incluse le procedure di assunzione. La maggior parte delle esperienze (N=3 su 4; 75%) sono caratterizzate dalla presenza di personale ope-

¹⁴ Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro.

rante nella SG con contratto legato al CCNL della Sanità Pubblica, e in 2 casi sono state intraprese azioni di armonizzazione delle discipline. Anche per questo *cluster* si nota un drastico calo del personale pubblico (-89%) tra il primo anno di attività e l'ultimo anno disponibile, riconducibile nuovamente alla diminuzione molto marcata del personale infermieristico.

Monitoraggio formula e sviluppi futuri

Tutte le SG attive dichiarano di essere sottoposte a monitoraggio periodico della formula da parte degli organi regionali. In termini di periodicità di monitoraggio, la maggioranza (N=3, 54,5%) dichiara una frequenza semestrale. Per quanto concerne la natura dei flussi informativi, si registrano in 6 casi flussi di attività, in 5 casi economico finanziari, in 3 casi flussi epidemiologici.

In termini di sviluppi futuri, anche in questo caso l'indicazione prevalente è di ricondurre – o confermare – la SG entro schemi tipici pubblici quali IRCCS o Fondazioni.

Cluster 3. Sperimentazioni Gestionali di tipo associativo

Profili di governance

Le SG di tipo associativo contano 14 casi; la forma giuridica principale è l'associazione in partecipazione. Se ne registra, l'85% delle esperienze e in Lombardia (N=12); una in Veneto e una in Basilicata.

In termini di composizione associativa, la maggior parte dei casi (N=13, 93%) conta 2 soli associati. L'associazione in partecipazione è caratterizzata da una disciplina – e da una *governance* – essenziale: non prevede quote, azioni o conferimenti di capitale (sono però possibili «canoni di accesso» a carico dell'associante privato). Nelle associazioni l'organo di governo, di norma, coincide con la figura apicale dell'associante privato a cui è affidata la gestione. Nel caso lombardo, su impulso della normativa regionale, è stato creato un organismo («comitato») di sorveglianza partecipato dai partner e dalla regione. Non creandosi un vero soggetto istituzionale stabile, la proprietà del patrimonio infrastrutturale rimane in capo a uno dei due partner. Anche in questo caso, nella maggior parte dei casi (73%) non è previsto corrispettivo per l'occupazione dei locali da parte della SG.

Per quanto concerne il socio pubblico, nel 33% dei casi (N=4) è anche soggetto regolatore della partnership, mentre nel 41,7% (N=5) è soggetto committente della stessa. In due casi il partner pubblico ha l'obbligo di concorrere finanziariamente alla gestione. Infine, non sono stati riportati regimi di incompatibilità in capo agli amministratori e dipendenti dell'ente pubblico nell'organizzazione della SG.

Per quanto riguarda il socio privato, nella quasi totalità dei casi l'associante

privato è stato scelto con procedure dirette. In termini di natura dei soci, la maggior parte sono ONLUS (N=5, 41%), seguiti da gruppi italiani attivi nella gestione di strutture sanitarie. Nella categoria «Altro» rientrano cooperative sociali e società a responsabilità limitata costituite tra soci finanziari o no profit.

Committenza

La maggior parte delle SG (N=8) dichiara di essere autorizzata/accreditata nel SSR. Nel 62,5% dei casi il soggetto responsabile del rapporto di committenza è l'ASL/AO, mentre nel 37,5% è la regione. Il rapporto di committenza è regolato da un contratto di servizio (2 casi), da una convenzione (2 casi) o da un contratto annuale con l'ASL di riferimento (3 casi).

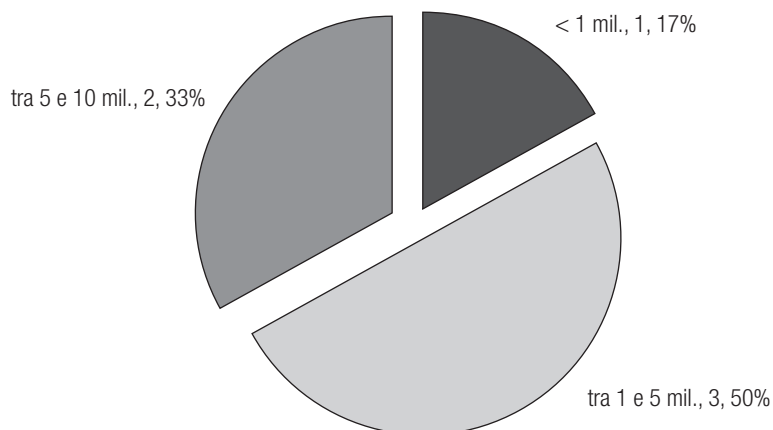
Una minoranza di esperienze (N=3), tutte lombarde, dichiara di essere sottoposte a tetti o livelli sostenibili di spesa stabiliti dal soggetto committente, senza margine di negoziazione nella definizione degli stessi.

Attività e performance

I valori di fatturato sono inferiori rispetto ai precedenti *cluster*: nel 67% dei casi (N=4 su 6) il valore della produzione è inferiore ai 5 milioni di euro; non supera mai i 10 milioni di euro (Figura 12.9).

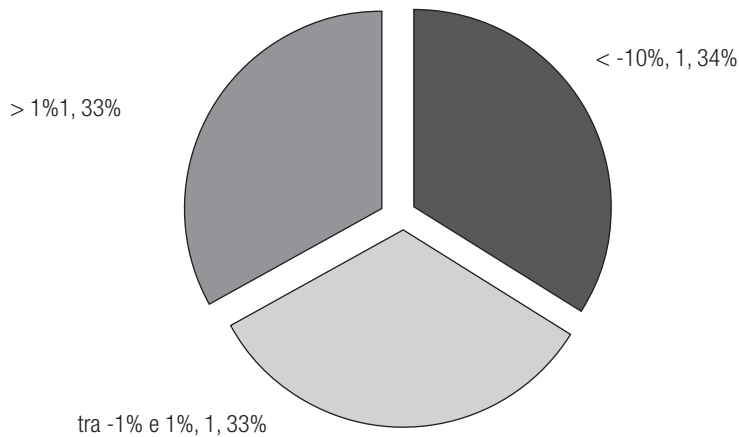
In termini di rapporto utile/fatturato, le SG si assestano su valori medi, mantenendosi tra il -10 e il +10% in 2 delle 3 osservazioni disponibili (Figura 12.10). Del resto, nelle SG associative il partner privato è spesso una realtà del no profit locale, le cui finalità istituzionali non richiedono il conseguimento di consistenti utili o l'assunzione di rilevanti rischi imprenditoriali.

Figura 12.9 **Distribuzione SG associative per classi di fatturato (€, ultimo anno disponibile)**



Fonte: nostra elaborazione

Figura 12.10 **Rapporto utile/fatturato nelle SG associative (ultimo anno disponibile)**



Fonte: nostra elaborazione

In nessun caso di SG associativa è riportato l'obbligo di ripianamento perdite da parte del pubblico.

Acquisti e investimenti

La totalità delle esperienze rispondenti (N=6) ha adottato modalità di acquisizione dei fattori produttivi di tipo privatistico.

Per quanto concerne gli investimenti, in tutti i casi l'onere è in capo all'associante privato, per un investimento medio per SG pari a € 1.545.911.

Personale

Il trend del totale del personale dipendente delle SG (N=6, di cui 4 in corso e 2 concluse) registra un aumento del 51% tra il primo anno di operatività e l'ultimo anno disponibile. Tale aumento è spiegato dall'incremento di organico che riguarda i ruoli tecnici, infermieristici e amministrativi. È stata riportata la presenza di personale con contratto pubblico nella metà dei casi. Nessuna SG ha indicato iniziative per l'armonizzazione delle discipline regolanti il personale impiegato nelle strutture.

Monitoraggio formula e sviluppi futuri

Nove SG su 14 (64%) dichiarano di trasmettere flussi informativi alle regioni, con cadenza semestrale (N=4) e mensile (N=2). La tipologia dei flussi di attività trasmessi include flussi di attività (N=9), epidemiologici (N=8) ed economico-finanziari (N=3).

La maggior parte delle esperienze sono concluse e si rimanda pertanto al paragrafo dedicato.

Cluster 4. Sperimentazioni Gestionali di tipo contrattuale

Profili di governance

Le SG di tipo contrattuale contano 9 casi, concentrate soprattutto in Lombardia. La forma giuridica principale è la concessione, seguita dalla convenzione.

La *governance* di questa categoria di SG è essenziale come quella delle SG associative. I due partner, infatti, non creano entità terze giuridicamente separate; piuttosto, stringono accordi per la gestione di determinate attività sanitarie. Tale quarta fattispecie si avvicina molto all'esternalizzazione dei servizi anche se, di norma, rimane una qualche condivisione di risorse tra i partner (locali, attrezzature, personale).

Nelle SG contrattuali, tipicamente, non è contemplato un organo collegiale di governo, ma un organo di controllo (comitato di sorveglianza in Lombardia, comitato di indirizzo e controllo per OPBG¹⁵ Basilicata). Trattandosi di rapporti contrattuali, il patrimonio infrastrutturale rimane in tutti i casi di proprietà pubblica e il soggetto privato paga un canone di affitto sulla base di prezzi di mercato.

Il partner pubblico di riferimento nel 100% dei casi validi (N=5) è anche soggetto regolatore della partnership, mentre nell'80% (N=4) è soggetto committente della stessa. Non si registra in nessun caso l'onere di concorrere finanziariamente alla gestione o di ripianare perdite da parte del pubblico. Non sono indicati regimi di incompatibilità in capo agli amministratori e ai dipendenti dell'ente pubblico nell'organizzazione della SG.

I partner privati sono scelti mediante procedura ad evidenza pubblica e rappresentano solitamente gruppi italiani attivi nella gestione di servizi sanitari, (N=4 su 8), eventualmente associati in ATI.

Committenza

Tutte le SG in corso (N=7) dichiarano di essere autorizzate o accreditate presso il SSR. Il responsabile del rapporto di committenza, nei casi ritenuti validi (N=3), è la ASL o, nel caso della Basilicata, la regione. Lo strumento che regola il rapporto di committenza è nell'87% dei casi (N=6 su 7) la concessione, mentre nel caso lucano la convenzione. Si tratta sempre di rapporti di lunga durata, nel 43% dei casi (N=3 su 7) pari a 25 anni.

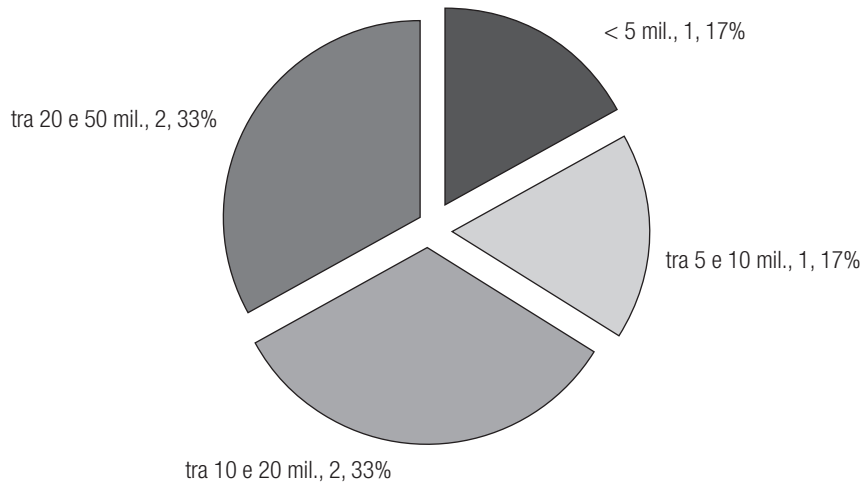
Attività e performance

In termini di attività e performance, l'analisi delle classi di fatturato mostra come il 66% (N=4) delle esperienze dichiara un valore della produzione superiore ai 10 milioni di euro (Figura 12.11).

Il rapporto utili/fatturato (Figura 12.12) indica una situazione reddituale solitamente prossima al pareggio nel 50% dei casi (N=3).

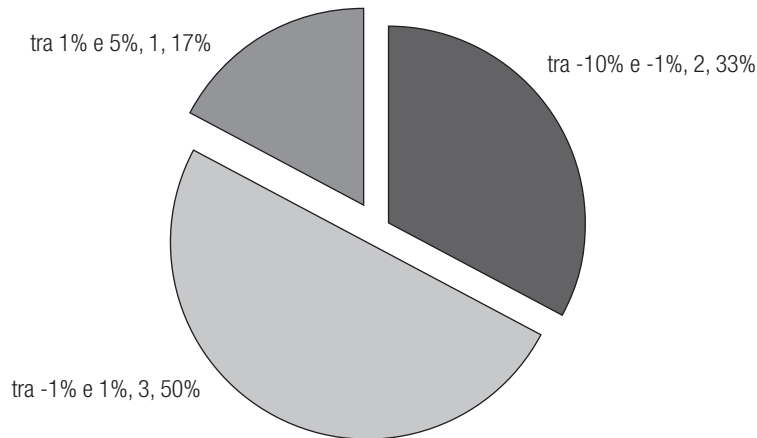
¹⁵ Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

Figura 12.11 **Distribuzione SG contrattuali per classi di fatturato (€, ultimo anno disponibile)**



Fonte: nostra elaborazione

Figura 12.12 **Rapporto utile/fatturato nelle SG contrattuali (ultimo anno disponibile)**



Fonte: nostra elaborazione

Acquisti e investimenti

La quasi totalità delle SG (N=6) ricorre a procedure private per l'acquisizione di beni e servizi. L'OPBG Basilicata, fortemente integrato all'interno dell'AO San Carlo, utilizza invece procedure ad evidenza pubblica.

Le quattro SG contrattuali che forniscono dati sugli investimenti risultano

tutte in corso, per un ammontare totale degli investimenti effettuati pari a € 41.064.652, destinati prevalentemente a ristrutturazioni o nuove costruzioni (69%) e ad acquisti di attrezzature (27%).

Monitoraggio formula e sviluppi futuri

Tutte le strutture in corso e autorizzate (N=7) dichiarano attività di monitoraggio regionale a partire dai flussi informativi trasmessi dalle strutture in termini di attività (N=7), flussi epidemiologici (N=6) ed economico finanziari (N=6).

Poiché si tratta di rapporti contrattuali con durata relativamente lunga (ultra decennale), non vi sono, al momento, indicazioni sugli sviluppi della sperimentazione.

Sperimentazioni Gestionali concluse

Al termine dell'analisi si presenta una breve disamina delle esperienze di SG concluse (per la definizione di «SG concluse», cfr. § 12.2.2). Queste ultime risultano essere 18¹⁶. Si contano 8 rientri pubblici (44%), avvenuti attraverso il riasorbimento all'interno di ASL o AO nel 19% dei casi (N=4) oppure attraverso altre soluzioni, quali l'evoluzione in società pubblica o IRCCS di diritto pubblico. La stabilizzazione della *partnership* si è verificata in 10 casi (54%). Più precisamente, la *partnership* ha trovato assetto stabile come SRL in 2 esperienze, come SPA in 3 casi¹⁷, come associazione in partecipazione in 5 occasioni.

Per quanto concerne il processo valutativo, in 16 casi su 17 validi (94%), il compilatore ha dichiarato che la regione ha partecipato a tale processo, mentre la ASL/AO è stata indicata tra i soggetti valutatori 12 volte (70%). Per quanto riguarda gli strumenti di valutazione, sono stati utilizzati in 7 casi su 12 validi (58%) indicatori quantitativi, qualitativi o economico-finanziari. L'elemento più rilevante per la scelta delle modalità di conclusione della stabilizzazione risulta essere nel 63% dei casi (N=7 su 11 rispondenti) il miglioramento qualitativo nell'erogazione dei servizi, seguito dal miglioramento dell'equilibrio economico-finanziario (18% dei casi), dalla realizzazione di investimenti infrastrutturali (9%) e da elementi eminentemente normativi (10%).

12.5 Analisi dei modelli emergenti

Sulla base delle evidenze emerse dalla *survey*, è possibile individuare tre modelli di formule organizzative di sperimentazione gestionale utili per le future politiche di indirizzo. Si tratta di tre archetipi riconducibili a concrete esperienze che hanno spesso raggiunto la fase di stabilizzazione della *partnership* pubblico-privato; oppure, si tratta di SG che di norma sono state valutate in maniera positiva dai decisori regionali e sono tuttora in proroga.

¹⁶ In questa sezione e nelle conclusioni le due esperienze di Zevio sono considerate come unica SG.

¹⁷ Di questi, un caso è relativo all'ambito dei servizi ausiliari.

Nella definizione dei modelli si pone particolare enfasi al contesto istituzionale di riferimento in cui la SG opera. La scelta del modello deve infatti tenere in considerazione due caratteristiche di contesto:

(1) *Modello istituzionale di riferimento regionale*: integrato, misto quasi integrato, misto quasi separato e separato. Tale classificazione, introdotta dal Fornez (2007), riconduce i sistemi sanitari regionali a quattro tipologie, in base alla propensione delle ASL a controllare direttamente la rete di erogazione, oppure a intrattenere rapporti contrattuali con strutture pubbliche, «equiparate»¹⁸ o private accreditate. In particolare, il SSR è definito «integrato» se le ASL gestiscono direttamente oltre il 66% dei posti letto (PL) all'interno del loro territorio; «misto-quasi integrato» se gestiscono tra il 66% e il 40% dei PL; «misto-quasi separato» se gestiscono tra il 40% e il 20% dei PL; «separato» se gestiscono meno del 20% dei PL.

Nel caso delle SG, i risultati della analisi hanno dimostrato come il modello istituzionale regionale sia una *proxy* della tipologia di *governance* adottata nel territorio di competenza. Da un lato, infatti, regioni a sistemi integrati o misti integrati, ove la regione non ricorre di frequente a rapporti contrattuali per completare la propria offerta, sono più inclini a promuovere SG di tipo istituzionale. Esse prevedono la creazione di un nuovo soggetto giuridico, caratterizzato (i) dalla regolazione del rapporto pubblico-privato attraverso sistemi formalizzati di obblighi reciproci e (ii) dal mantenimento di un controllo di tipo proprietario da parte del soggetto pubblico. I casi del Veneto, dell'Emilia Romagna, del Piemonte, delle Marche, dell'Umbria e della Toscana ne sono un esempio. Al contrario, regioni a sistemi separati o misti separati, in cui i rapporti tra soggetti erogatori e committenti sono prevalentemente di natura contrattuale, sono più inclini a promuovere SG di tipologia contrattuale oppure associativa. Inoltre, il soggetto pubblico tende ad intervenire considerando le SG alla stregua degli altri soggetti erogatori, pubblici o privati che siano. Il caso più significativo in questo senso è la Lombardia.

(2) *Indirizzo regionale in materia di sperimentazioni gestionali*. Si fa riferimento alla distinzione introdotta su approcci regionali in materia di SG di tipo «deliberato/emergente» (regioni che hanno adottato indirizzi normativi regionali in tema di SG) e di tipo «conservativo/contingente» (regioni che non hanno adottato indirizzi normativi regionali di indirizzo in tema di SG).

Sulla base delle due dimensioni istituzionali regionali si propongono 3 possibili modelli di SG capaci di raggiungere *performance* positive (Tabella 12.6). Si sottolinea che si tratta di una prima sistematizzazione e che la tassonomia proposta non ha la pretesa di comprendere le uniche tipologie in grado di ottenere risultati soddisfacenti.

¹⁸ IRCCS, aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN, Policlinici universitari privati, Ospedali classificati, enti di ricerca, Istituti qualificati presidio ASL (cfr. Capitolo 2).

Tabella 12.6 **Modelli di sperimentazione gestionale**

		Sistema istituzionale regionale	
		Integrato/quasi integrato	Separato/quasi separato
Politiche regionali verso SG	Nessun indirizzo regionale	Modello imprenditoriale (esempio: SG Veneto)	
	Indirizzo regionale	Modello integrato a supporto (esempio: SG EMR)	Modello associativo (Modello contrattuale) (esempio: SG Lombardia)

Fonte: nostra elaborazione

12.5.1 Il modello imprenditoriale

Caratteristiche del modello. Una prima tipologia, definita «imprenditoriale», si registra in:

- ▶ regioni con modello istituzionale di riferimento di tipo integrato o misto quasi integrato, dove il pubblico detiene la (quasi) completa gestione della rete di offerta ospedaliera;
- ▶ regioni con approccio alle SG di tipo non deliberato. In tale prospettiva il ruolo della SG nella programmazione è «da costruire», ed è lasciata libera «sul mercato» (ad esempio, non beneficia di sconti tariffari).

Le motivazioni che spingono il soggetto privato, solitamente non locale, ad avviare la *partnership* da ricondurre alla possibilità di penetrare nuovi mercati, tradizionalmente presidiati dal pubblico. In tal senso, ci si aspetta che SG «imprenditoriali» siano avviate per gestire servizi che abbiano discrete prospettive reddituali in termini di (i) portafoglio di attività variegato e/o (ii) di un efficace posizionamento di nicchia. È il caso delle attività riabilitative, di alta specializzazione o di ricerca.

In termini di *governance*, entrambi i partner cercano modalità strutturate di collaborazione che permettano di definire impegni, responsabilità e remunerazioni precise. La tipologia di SG più frequentemente riconducibile a questo modello è la istituzionalizzata di tipo societario, con formula giuridica di SPA o di SRL. Poiché la regione non fornisce uno specifico supporto finanziario o gestionale, è importante che la SG disponga degli strumenti necessari per operare autonomamente sul mercato. È necessario, ad esempio, che la *partnership* sia adeguatamente patrimonializzata, in modo da poter effettuare investimenti ricorrendo al proprio capitale di rischio o al debito bancario. Inoltre, è opportuna la definizione di regimi di incompatibilità in termini di nomine e di gestione tra Sperimentazione e personale pubblico.

Per quanto riguarda i processi gestionali interni, la SG basa il proprio vantag-

gio competitivo sulla flessibilità nella modalità di acquisizione e impiego dei fattori produttivi, con riferimento sia ai beni e ai servizi che al personale. È necessario che la SG possa adottare procedure di tipo privatistico o para-privatistico che permettano di adattarsi alle esigenze di mercato. In particolare, si suggerisce l'adozione di regolamenti interni che mostrino come, pur ricorrendo a modalità di acquisto snelle e di tipo diretto, la SG garantisca i principi di trasparenza e imparzialità nella scelta dei fornitori.

Le strategie di successo di tale categoria di SG sono le economie di scala e di specializzazione. Se le condizioni di successo fin qui elencate sono soddisfatte, si ritiene raggiungibile l'obiettivo di un consistente aumento di fatturato negli anni, più realistico in contesti regionali contraddistinti dalla mancanza o dalla relativa flessibilità dei tetti/target pubblici di spesa per la produzione sanitaria.

Rischi ed evoluzioni possibili del modello. Per quanto riguarda i rischi, se ne possono individuare essenzialmente quattro.

1. Evoluzioni normative o giurisprudenziali che introducano nuovi vincoli alla flessibilità dell'assetto societario.
2. Insostenibilità dei volumi di produzione nel tempo. Anche se è da considerare fisiologico un aumento di attività nei primi anni, nel tempo può diventare insostenibile, per il socio pubblico, mantenere e remunerare la struttura. È possibile che l'imposizione di mix di attività o di tetti da parte di soci committenti erodano il vantaggio competitivo della struttura, soprattutto se il socio/committente pubblico è unico ed esclusivo.
3. Saturazione della filiera produttiva. Operando in un contesto prettamente pubblico, l'efficientamento della SG potrebbe provocare una saturazione delle strutture a valle con un conseguente decremento di produttività complessivo. Questo rischio è particolarmente concreto se le attività erogate necessitano di un percorso integrato (ad esempio, in campo riabilitativo).
4. Incertezze nella fase di stabilizzazione e messa a regime della struttura. Data la mancanza di un ruolo forte della regione, vi è il pericolo che al termine del periodo di sperimentazione non sia chiaro quale sia il ruolo-e il futuro- della SG, con la possibilità di continue proroghe. Questo fenomeno potrebbe produrre effetti negativi sia interni (motivazione del personale), sia esterni (capacità attrattiva e di investimento).

Alla luce dell'analisi, si possono comunque ipotizzare alcune risposte strategiche ai rischi sopra esposti. In particolare:

- ▶ in termini di *governance*, può essere opportuno l'ampliamento della compagine dei *partner*. L'allargamento può essere strutturato in termini orizzontali, ad esempio coinvolgendo altre ASL o AO, con l'obiettivo di diminuire le pressio-

ni legate alla committenza unica. In alternativa, può avvenire in termini verticali, mirato all'integrazione con strutture locali «a valle» nella filiera produttiva, che permetta di riversare e mantenere i principi di efficienza nel corso di tutto il processo di cura. La fattibilità dell'integrazione verticale dipende tuttavia dal bacino di utenza attuale e futuro della SG. Se infatti quest'ultima opera con forte mobilità attiva, le strutture con cui sarebbe naturale sviluppare l'integrazione potrebbero trovarsi al di fuori del perimetro dell'ASL e/o della regione; l'ampliamento dei *partner* coinvolti richiederebbe quindi un maggior coordinamento interistituzionale. Altra soluzione è la creazione nell'area di riferimento di strutture territoriali trasversali, quali i dipartimenti interaziendali, che permettano di gestire la filiera in maniera coordinata, sebbene non integrata strutturalmente;

- ▶ per mantenere soddisfacenti livelli di redditività, oltre all'ampliamento della compagine (che può risultare tuttavia onerosa in termini di costi di coordinamento e transazione), si può ipotizzare l'attivazione di linee di attività *out of pocket*, che permettano quindi di remunerare il privato;
- ▶ da ultimo, per ridurre l'incertezza sulla stabilizzazione è necessario definire a livello regionale, già in fase di autorizzazione della *partnership*, l'indirizzo futuro sulla formula.

Sebbene tale modello rappresenti solo un utile riferimento, si possono ricondurre a tale forma – o ad alcune caratteristiche di essa – le esperienze di ORAS SPA (Veneto), Auxilium Vitae Volterra SPA (Toscana), COQ SPA (Piemonte), Montefeltro Salute SRL (Marche) e Centro Prosperius Tiberino SPA (Umbria).

12.5.2 Il modello integrato a supporto

Caratteristiche del modello. Un secondo modello, modello integrato a supporto, si ritrova in:

- ▶ regioni con modello istituzionale di riferimento di tipo integrato o misto quasi integrato, ove il pubblico gestisce in larga misura la rete di offerta ospedaliera e la quota del privato in sanità è minoritaria;
- ▶ regioni che adottano una logica deliberata nei confronti delle SG, «guidando» il ruolo e lo sviluppo delle *partnership*. La Sperimentazione non è pertanto lasciata libera «sul mercato» ma è considerata da subito a pieno titolo come parte della rete (ad esempio, attraverso l'applicazione di agevolazioni tariffarie).

In tale contesto il soggetto privato è motivato a partecipare al progetto è per mantenere o incrementare quote locali di offerta sanitaria. In quest'ottica, sebbene le attività specialistiche ad alta redditività siano preferibili, è possibile ero-

gare anche attività di natura generalista. Si pensi al caso in cui la SG operi, di fatto, quale presidio dell'ASL.

In termini di *governance*, anche in questo secondo modello, per via delle caratteristiche istituzionali regionali, entrambi i soggetti preferiranno modalità strutturate di *partnership* che permettano di definire impegni, responsabilità e remunerazioni precise. La tipologia di SG è riconducibile alla istituzionalizzata di tipo societario, con formula giuridica di SPA o di SRL. Poiché la regione supporta maggiormente la SG, non è essenziale che la *partnership* sia fornita di tutti gli strumenti tipici societari, come la patrimonializzazione.

Allo stesso tempo, grazie alla forte integrazione nella rete regionale, l'adozione di modalità privatistiche di gestione interna e di acquisizione dei fattori produttivi non è strettamente necessaria. L'inserimento in una rete territoriale forte fa sì che le SG possano beneficiare dei servizi regionali, quali, ad esempio, le reti di acquisto centralizzato. In tal modo, è possibile ottenere risparmi mantenendo una forte ottica pubblica.

Per quanto riguarda gli investimenti, ci si aspetta che siano effettuati direttamente dalla SG attraverso modalità tipiche di autonomia di impresa, quali i proventi di gestione caratteristica, il reinvestimento utili e l'indebitamento. In alcuni casi, tuttavia, è sensato che la stessa regione effettui gli investimenti necessari a rendere la SG *hub* di una delle proprie reti di specialità, oppure *spoke* dei servizi ospedalieri a livello locale.

In termini di dinamiche di attività, ci si aspetta un aumento di fatturato sensibile, sebbene più contenuto rispetto al precedente modello, anche a causa del forte ruolo di coordinamento da parte del soggetto committente. È tuttavia prevedibile una certa flessibilità nella negoziazione dei tetti, soprattutto in ottica *ex post* in caso di sfioramento.

Rischi ed evoluzioni possibili del modello. Per quanto concerne i rischi di tale archetipo, si sottolineano le seguenti dinamiche.

1. Evoluzioni normative, specialmente a livello nazionale e quindi non strettamente controllabili dalla regione, che modifichino il sistema di remunerazione o vincolino le modalità operative della struttura, compromettendo i fondamenti finanziari e/o organizzativo-gestionali del vantaggio competitivo.
2. Il mantenimento dell'interesse del privato come partner di lungo periodo nella collaborazione. L'obiettivo di tali SG è infatti l'efficientamento complessivo della rete e, solo in misura minore, la conquista di nuove quote di mercato e/o il raggiungimento di positive performance reddituali (obiettivi invece più vincolanti nel modello precedente). Il risultato è che le performance economiche possono vivere periodi altalenanti, e vi è il rischio che l'interesse del privato dopo i primi anni – ovvero dopo il rientro dall'investimento iniziale – possa scemare.

Tra le risposte ai rischi sopra esposti, si possono ipotizzare le seguenti soluzioni:

1. ridefinire la compagine societaria per dare maggiore forza al pubblico;
2. ampliare la SG in un'ottica di rete in maniera simile a quanto evidenziato per il precedente modello. In tale contesto, si ipotizza la creazione di rete *hub* and *spoke* dove la SG stabilizzata funzioni da *hub*;
3. integrazione con poli universitari e affiancamento di attività di ricerca alle attività di cura. Tale strategia potrebbe diversificare le aree di operatività e le fonti di finanziamento delle SG.

Si possono ricondurre a tale modello le esperienze di SG in Emilia Romagna, quali Montecatone Rehabilitation Institute SPA, Ospedale di Sassuolo SPA, IRST SRL.

12.5.3 Il modello associativo

L'ultima tipologia, di tipo associativo, si trova in regioni a sistemi separati o misti quasi-separati, ove il sistema sanitario regionale è già strutturato in termini orizzontali con rapporti prevalentemente di natura contrattuale tra soggetti erogatori e committenti. Il ruolo della regione si basa sulla definizione di regole «alla pari» per tutti gli enti erogatori.

In tali casi il pubblico non ha interesse a entrare in *partnership* di tipo istituzionalizzato per la gestione di servizi sanitari, data l'impostazione de-integrata del sistema regionale; piuttosto, risulta vantaggioso promuovere *partnership* di tipo associativo o contrattuale¹⁹.

Poiché in tali contesti la percentuale di offerta privata è solitamente già ampia, la motivazione per entrare in questa tipologia di *partnership* non è riconducibile alla penetrazione di quote mercato protette. Più verosimilmente, saranno prevalenti privati di natura *no profit*, interessati a progetti specifici, legati anche alla gestione di una porzione della struttura. Tali erogatori *no profit* (operanti soprattutto nel settore della riabilitazione o delle malattie gravemente invalidanti) hanno di norma la possibilità di finanziare le proprie attività tramite molteplici canali (gestione patrimoniale, donazioni) e non si focalizzano primariamente sulla redditività. D'altro canto, l'erogatore pubblico potrebbe essere molto interessato ad esternalizzare servizi territoriali di cui non riesce a risanare la gestione, a causa di eterogenei motivi (costo del personale, modalità di acquisto di beni e servizi, scarse competenze gestionali, impiantistica obsoleta, ecc).

¹⁹ Tra i modelli «di successo» discussi nel paragrafo non sono comprese SG contrattuali. Anche in tale cluster di SG esistono esperienze in grado di raggiungere gli obiettivi del progetto e buone performance sia economico-gestionali che in termini di qualità dei servizi. Tuttavia, si ritiene che tali forme di *partnership* non dovrebbero essere classificate come SG, perché l'assetto di governance del modello contrattuale si allontana significativamente da quello dell'art. 9 bis D.Lgs. 502/92.

Il modello associativo si basa su meccanismi di *governance* poco strutturati che permettono pertanto una maggiore flessibilità. Tipicamente, il volume di attività è inferiore rispetto ai precedenti modelli e l'associante privato, anche per la sua natura, è focalizzato sullo svolgimento delle attività, spesso di natura prettamente sociale e di elevato standard qualitativo. Da registrare come, in diversi casi, l'associante corrisponda all'associato pubblico un canone annuale in conto esercizio.

Tale modello risulta strettamente legato al SSR lombardo e tende ad allontanarsi notevolmente dallo strumento di *partnership* descritto dal D.Lgs. 502/92, che tratteggia modalità di collaborazione più istituzionalizzate. Sarebbe comunque positivo che le innovazioni organizzative di successo elaborate in un contesto regionale si diffondessero in SSR comparabili dal punto di vista dell'assetto istituzionale e degli indirizzi di *policy*. L'associazione in partecipazione potrebbe quindi costituire una soluzione vantaggiosa anche in contesti extra-lombardi con modelli separati o misti – integrati, soprattutto in presenza di un settore privato no profit imprenditoriale, professionale, dotato di *know – how* riconosciuto nell'erogazione di specifici servizi sanitari. I potenziali partner dovrebbero, comunque, garantire sempre alti standard di *accountability* gestionale e finanziaria e un'adeguata solidità patrimoniale.

Si possono ricondurre a questo modello alcune esperienze avviate dall'AO Bolognini di Seriate (riqualificazione e gestione dei Presidi Ospedalieri di TreSCORE Balneario e Sarnico, gestione del servizio di dialisi dell'AO di Seriate, gestione del Centro Alzheimer di Gazzaniga), presso l'AO di Desenzano (riqualificazione del percorso riabilitativo presso il Presidio di Leno, realizzazione di un Comunità Protetta psichiatrica a Pontevico, riqualificazione del percorso riabilitativo nell'Alto Garda e Valsabbia) e dall'AO di Melegnano (gestione del Centro Riabilitazione presso l'ospedale Uboldo di Cernusco).

12.6 Conclusioni

Le SG studiate sono state 51, di cui 18 concluse, ovvero quasi il 40%. Tra queste ultime, quasi il 50% sono rientrate nell'alveo della produzione pubblica tradizionale (sotto il controllo della ASL o delle AO); l'altra metà si è definitivamente stabilizzata come *partnership*, con forme giuridiche molto differenti e una *governance* che lascia più o meno spazio di manovra al privato.

Questa panoramica denota la rilevante dinamicità e flessibilità dello strumento, che tende a non essere statico nel tempo, ma piuttosto dinamico e flessibile. A questo proposito, le esperienze regionali si sono caratterizzate per essere molto robuste in fase di progettazione delle sperimentazioni, mentre più incerte nel definire se e con quali formule caratterizzare la stabilizzazione istituzionale. Spesso, nell'incertezza, si prolunga la sperimentazione, in attesa di decisioni fu-

ture. Occorre probabilmente acquisire maggiore consapevolezza della precarietà dello strumento e del suo incerto sviluppo, per definire *ex ante* i criteri di valutazione e i possibili scenari alternativi di evoluzione della SG, o nella direzione della stabilizzazione e reintegrazione in formule più abituali.

La variabilità delle soluzioni e degli esiti non sono però sempre frutto di sistematiche politiche regionali: in molti casi siamo davanti a politiche emergenti o chiaramente «*path dependent*» dal modello istituzionale regionale esistente. Questo spiega la propensione di regioni con SSR istituzionalmente de-integrati verso forme contrattuali e regioni con modelli istituzionali più integrati verso formule societarie più robuste. La lunga e variegata esperienza del SSN può però costituire ora una importante scuola, da cui trarre molte lezioni.

Le singole regioni dovrebbero iniziare ad utilizzare formule istituzionali più variegate, comprendendo tutte le soluzioni che sono state ampiamente descritte, in funzione dei fabbisogni di governo del singolo contesto, evitando l'isomorfismo giuridico rispetto alle uniche formule sperimentate localmente. Lo strumento delle SG può essere utile nella sua polifonia, in funzione delle specificità del singolo presidio sanitario da riorganizzare.

Le SG sono state spesso scarsamente patrimonializzate, sia dal socio pubblico che non ha conferito in dotazione le infrastrutture (qui principalmente intese come gli immobili e le apparecchiature), sia dal socio privato, che non ha dovuto capitalizzare con trasferimenti monetari equivalenti. Questo denota una certa «insicurezza» o «avversione al rischio» nell'implementare lo strumento delle SG. Queste ultime, quindi, sono state storicamente concepite come soggetto relativamente fragile, anche se quasi sempre avviate con grandi aspettative di rinnovo infrastrutturale e tecnologico, rendendo gli assetti aziendali delle Sperimentazioni intrinsecamente ambigui. La maggiore conoscenza e familiarità con lo strumento dovrebbe permettere di superare questa ambiguità, promuovendo una più solida patrimonializzazione se le SG hanno come obiettivo principale rilevanti azioni di infrastrutturazione e investimento. Al contrario, in presenza di SG più focalizzate sulla gestione di servizi, sarebbe possibile conservare l'attuale assetto «leggero». In altri termini, dopo anni di sperimentazione, si possono concepire soluzioni che più coraggiosamente conferiscano infrastrutture e capitale, dimostrando fiducia nell'efficacia dello strumento.

Le Sperimentazioni sono servite prevalentemente per gestire la focalizzazione o rifocalizzazione di alcune strutture sanitarie periferiche di natura specialistica, modificando la vocazione generalista e contribuendo quindi a razionalizzare la struttura d'offerta complessiva dei singoli contesti locali. In tali casi, il mandato chiaro e limitato degli obiettivi e le ampie deleghe ai soci privati nella gestione hanno garantito risultati economici migliori, rispetto a mandati istituzionali più ampi con un prevalere di soci pubblici, come è avvenuto nelle SG Fondazioni. La focalizzazione e la misurabilità del target sono state le variabili che hanno garantito le maggiori probabilità di successo, come ci si attende da

mirate azioni di *contracting out*. È probabile che l'attuale e futura congiuntura economica del SSN renda necessaria un'ulteriore e significativa riduzione dei posti letto ospedalieri, richiedendo una nuova stagione di razionalizzazioni o il ri-orientamento strategico di interi presidi. A questo proposito, le SG, magari con formule giuridiche leggermente innovate, potrebbero di nuovo rappresentare uno strumento utile di trasformazione delle reti di offerta locali.

L'evoluzione della *governance* delle SG è stata determinata con particolare forze dalle discussioni di legittimità giuridica, proprio per la sua natura ibrida di soggetto a maggioranza pubblica, ma di diritto privato. Questo elemento ha spesso distratto l'attenzione dalle più significative criticità amministrative e gestionali: la definizione delle procedure di acquisizione dei beni e servizi, dei meccanismi di selezione del personale e della disciplina contrattuale dei dipendenti. I processi di acquisto sono spesso stati impostati su procedure privatistiche, ma talvolta recuperando in un secondo momento soluzioni pubblicistiche. La funzione di gestione del personale si è spesso dovuta confrontare con soluzioni miste, organizzando la coesistenza di una maggioranza di contratti privati con altri pubblici. Il futuro delle SG e le loro formule di stabilizzazione possono utilmente risolvere queste criticità, scegliendo delle soluzioni unitarie e stabili, coerenti con il profilo giuridico privato dei soggetti giuridici delle SG.

La significativa variabilità delle soluzioni attuate, la possibilità di classificarle, raggrupparle e valutarle, come ha fatto il presente lavoro, costituisce un esempio di come nel SSN sia oramai possibile socializzare le esperienze innovative; si tratta di trovare piattaforme stabili per promuovere il confronto e l'apprendimento di sistema.

12.7 Appendice

Tabella 12.7 **Lista SG censite per regione tipologia e obiettivi della partnership (obiettivi indicati dai compilatori)***

Denominazione sintetica della Sperimentazione Gestionale	Regione	Tipologia di SG	Stato al 31/03/12	Obiettivi sintetici della SG
FONDAZIONE IN PARTECIPAZIONE «STELLA MARIS MEDITERRANEO ONLUS»	Basilicata	SG istituzionalizzata non societaria	In corso	(1) Riquilibrare, sviluppando attività di ricerca nell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, servizi particolarmente carenti nelle regioni del meridione d'Italia. (2) Offrire competenze professionali di alta specializzazione attraverso sinergie pubblico-privato. (3) Erogare servizi innovativi e qualificati, oltre ai servizi tradizionali; favorire processi in rete con altri servizi e strutture a livello comunale, provinciale, regionale nazionale, internazionale.

Tabella 12.7 (segue)

Denominazione sintetica della Sperimentazione Gestionale	Regione	Tipologia di SG	Stato al 31/03/12	Obiettivi sintetici della SG
CENTRO RIABILITATIVO BAMBINO GESU'	Basilicata	SG contrattuale	In corso**	(1) Diminuire la mobilità passiva. (2) Rafforzare la specialità pediatrica nel contesto locale.
CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO BASILICATA	Basilicata	SG contrattuale	Conclusa	(1) Creare un polo oncologico regionale, aperto anche alle aree limitrofe. (2) Contrastare la migrazione sanitaria. (3) Svolgere attività di ricerca e alta specialità.
ATTIVAZIONE DI N. 10 «PUNTI SALUTE» NELL'AZIENDA USL 1 DI VENOSA	Basilicata	SG associativa	Conclusa	(1) Integrare le competenze professionali coordinando le risorse umane e tecnologiche volte all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. (2) Migliorare l'accesso alle strutture territoriali. (3) Migliorare l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria attraverso lo sviluppo di sistemi informativi unificati.
MALZONI RADIOSURGERY CENTER SRL - CENTRO STUDI E RICERCHE R. CAROLA	Campania	SG istituzionalizzata societaria	In corso	(1) Valutare l'efficacia della radioterapia non convenzionale su tumori difficilmente aggredibili con le terapie tradizionali. (2) Condurre attività di ricerca.
MONTECATONE REHABILITATION INSTITUTE SPA	Emilia Romagna	SG istituzionalizzata societaria	Conclusa	(1) Incrementare i volumi di prestazioni. (2) Estendere i protocolli di trattamento ad un numero doppio di pazienti. (3) Realizzare utili di gestione.
IRST SRL	Emilia Romagna	SG istituzionalizzata societaria	Stabilizzata	<i>Non indicati</i>
OSPEDALE DI SASSUOLO SPA	Emilia Romagna	SG istituzionalizzata societaria	Stabilizzata	(1) Diminuire le strutture ospedaliere del Distretto di Sassuolo da due a una. (2) Realizzare in modo concordato e governato l'inevitabile contingentamento dell'offerta sanitaria nel Distretto di Sassuolo. (3) Garantire il concorso di un privato al finanziamento dell'investimento necessario al completamento dell'ospedale.
OSPEDALE CERVESI DI CATTOLICA (*)	Emilia Romagna	<i>Non indicato</i>	Conclusa	<i>Non indicati</i>
GE.RSA (*)	Emilia Romagna	<i>Non indicato</i>	<i>Non indicato</i>	<i>Non indicati</i>
LUGO CATERING SPA	Emilia Romagna	SG istituzionalizzata societaria	Stabilizzata	(1) Ottimizzare i processi organizzativo-gestionali interni. (2) Ottenere soddisfacenti performance economico-finanziarie.
HEALTH CARE LITORALE SPA	Lazio	SG istituzionalizzata societaria	Conclusa	Avviare la gestione di un <i>Hospice</i> e dell'assistenza domiciliare.

Tabella 12.7 (segue)

Denominazione sintetica della Sperimentazione Gestionale	Regione	Tipologia di SG	Stato al 31/03/12	Obiettivi sintetici della SG
VALMONTONE HOSPITAL SPA	Lazio	SG istituzionalizzata societaria	In corso	(1) Reperire mezzi finanziari per la ristrutturazione. (2) Contrastare la mobilità passiva. (3) Aumentare il livello quantitativo e qualitativo dei servizi offerti.
ISTITUTO NAZIONALE PER LA SALUTE DELLE POPOLAZIONI MIGRANTI E IL CONTRASTO ALLE MALATTIE DELLA POVERTA'	Lazio	SG istituzionalizzata non societaria	In corso***	(1) Applicare un modello cooperativo e innovativo di assistenza sanitaria, basato anche sull'uso dell'ICT. (2) Valorizzare le capacità individuali e collettive del personale medico e socio sanitario operante presso l'Istituto e le strutture sanitarie territoriali ad esso connesse. (3) Valorizzare le figure di mediazione linguistico-culturale per l'accesso ai servizi da parte dei cittadini stranieri.
FONDAZIONE PTV POLICLINICO TOR VERGATA	Lazio	SG istituzionalizzata non societaria	In corso	(1) Realizzare una più efficace integrazione tra regione ed Università per programmare congiuntamente le attività del Policlinico. (2) Favorire, attraverso l'inserimento di competenze e finanziamenti privati, lo sviluppo della ricerca sia clinica che tecnologica applicata. (3) Qualificazione dell'attività assistenziale ed arricchimento di quella didattica e formativa dell'Università.
CENTRO DI RIABILITAZIONE «CENTRO DI CURA PIETRA NUOVA SPA»(*)	Liguria	SG istituzionalizzata societaria	Non indicato	Non indicati
CENTRO UROLOGICO IMPERIESE (*)	Liguria	SG contrattuale	In corso	Non indicati
CENTRO DI CHIRURGIA ORTOPEDICA IMPERIESE(*)	Liguria	SG contrattuale	In corso	Non indicati
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE PER PAZIENTI CARDIOPATICI EX PEDIATRICI (*)	Liguria	SG contrattuale	Non indicato	Non indicati
RISTRUTTURAZIONE E GESTIONE OSPEDALE F.LLI MONTECCHI DI SUZZARA	Lombardia	SG contrattuale	In corso	Recupero strutturale dell'ospedale e relativa gestione.
RISTRUTTURAZIONE E GESTIONE OSPEDALE SAN PELLEGRINO DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE	Lombardia	SG contrattuale	In corso	Ristrutturare l'ospedale promuovendo la specializzazione in area ortopedica.

Tabella 12.7 (segue)

Denominazione sintetica della Sperimentazione Gestionale	Regione	Tipologia di SG	Stato al 31/03/12	Obiettivi sintetici della SG
FONDAZIONE MONZA E BRIANZA PER IL BAMBINO E LA SUA MAMMA	Lombardia	SG istituzionalizzata non societaria	In corso	<ol style="list-style-type: none"> (1) Realizzare una nuova struttura dedicata all'area materno-infantile. (2) Promuovere un approccio integrato e interdisciplinare al percorso assistenziale-sanitario per il bambino e la sua famiglia. (3) Sviluppare e potenziare l'eccellenza, ricercando elevati livelli di assistenza, ricerca clinica avanzata ed attività didattica.
NEMO (NEUROMUSCULAR OMNISERVICE) DI FONDAZIONE SERENA ONLUS	Lombardia	SG istituzionalizzata non societaria	In corso	<ol style="list-style-type: none"> (1) Realizzare il primo Centro Clinico Nazionale dedicato alle distrofie muscolari e malattie correlate. (2) Rendere operativo il Centro senza oneri aggiuntivi per il Servizio Sanitario Nazionale e senza comportare variazioni nel numero dei posti letto accreditati. (3) Soddisfare i bisogni delle persone con malattie neuromuscolari e delle loro famiglie.
PROGETTO VITA NOVA - GESTIONE STRUTTURE DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (*)	Lombardia	SG associativa	In corso	<i>Non indicato</i>
DENTAL BUILDING SPA	Lombardia	SG istituzionalizzata societaria	Conclusa	<ol style="list-style-type: none"> (1) Aumentare l'efficienza produttiva, incrementare i volumi di prestazioni erogate a parità di risorse e modificare del case-mix di prestazioni. (2) Sviluppare l'attività prestazionale a livello di libera professione e/o area a pagamento.
RICONVERSIONE DEL P.O. DI PALAZZOLO SULL'OGLIO	Lombardia	SG contrattuale	In corso	<ol style="list-style-type: none"> (1) Incrementare l'appropriatezza della produzione sanitaria. (2) Diagnosticare gli stati di demenza, proporre terapie dei disturbi mnestici e comportamentali e promuovere la riabilitazione neuro psicogena dei pazienti ultra-sessantacinquenni. (3) Riconversione e ristrutturazione edilizia ed impiantistica del presidio ospedaliero.
RICONVERSIONE DEL P.O. DI ROVATO	Lombardia	SG contrattuale	In corso	<ol style="list-style-type: none"> (1) Riconversione funzionale del Presidio Ospedaliero di Rovato «Ettore Spalenza» in Presidio di Riabilitazione Polivalente. (2) Costituzione di Unità Operative di recupero e rieducazione funzionale ad indirizzo cardio-respiratorio, neurologico e neuromotorio.
COMPLETAMENTO E GESTIONE U.O. RIABILITAZIONE SPECIALISTICA OSPEDALE VIADANA	Lombardia	SG contrattuale	In corso	Riqualificare e gestire l'ospedale di Viadana, ricercando la specializzazione in area lungodegenziale.

Tabella 12.7 (segue)

Denominazione sintetica della Sperimentazione Gestionale	Regione	Tipologia di SG	Stato al 31/03/12	Obiettivi sintetici della SG
RISTRUTTURAZIONE E GESTIONE OSPEDALE CIVILE DI VOLTA MANTOVANA	Lombardia	SG contrattuale	In corso	(1) Garantire il recupero strutturale dell'intero ospedale. (2) Riconfigurare l'ospedale privilegiando la vocazione di riabilitazione.
GESTIONE DEL SERVIZIO DI DIALISI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI SERIATE	Lombardia	SG associativa	Stabilizzata	<i>Non indicato</i>
REALIZZAZIONE CENTRO DI RIABILITAZIONE FUNZIONALE DI SARNICO	Lombardia	SG associativa	Stabilizzata	<i>Non indicato</i>
POTENZIAMENTO DEL PO S. ISIDORO DI TRESCORE BALNEARIO	Lombardia	SG associativa	Stabilizzata	(1) Incrementare il profilo riabilitativo dell'offerta. (2) Reperire le risorse (circa € 2.000.000) per il potenziamento e la riconversione dell'ospedale. (3) Applicazione di forme organizzative e gestionali innovative.
CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CURA DEI MALATI DI ALZHEIMER - OSPEDALE BRIOLINI DI GAZZANIGA	Lombardia	SG associativa	Stabilizzata	(1) Costituire un centro eccellenza per cura dell'Alzheimer. (2) Promuovere l'impiego di risorse private.
RIQUALIFICAZIONE DEL PERCORSO RIABILITATIVO INTENSIVO PO BARBARANO DI SALO'	Lombardia	SG associativa	In corso	Riqualificare il percorso riabilitativo intensivo nel bacino dell'Alto Garda e Valsabbia.
COMUNITÀ PROTETTA PER PAZIENTI PSICHIATRICI DI PONTEVICO	Lombardia	SG associativa	In corso	(1) Realizzare una Comunità Protetta e un Centro Diurno nel Comune di Ponteviso. (2) Completare, a spese del soggetto privato, le opere di ristrutturazione ed adeguamento della struttura di Ponteviso. (3) Collaborare con la C.P.A. e con il D.S.M. dell'Azienda Ospedaliera di Desenzano.
RIQUALIFICAZIONE DEL PERCORSO RIABILITATIVO PO DI LENO	Lombardia	SG associativa	In corso	Riorganizzare e riqualificare il P.O. di Leno per l'integrazione a rete del percorso riabilitativo nella bassa bresciana.
RIABILITAZIONE GENERALE E GERIATRICA PO «UBOLDO» DI CERNUSCO SUL NAVIGLIO	Lombardia	SG associativa	Stabilizzata	(1) Colmare la carenza di strutture residenziali sul territorio. (2) Consolidare l'attività di degenza di riabilitazione specialistica. (3) Predispone l'attivazione della riabilitazione geriatrica.

Tabella 12.7 (segue)

Denominazione sintetica della Sperimentazione Gestionale	Regione	Tipologia di SG	Stato al 31/03/12	Obiettivi sintetici della SG
STRUTTURA RESIDENZIALE A RIABILITAZIONE INTENSIVA DI LEGNANO	Lombardia	SG associativa	In corso	<ol style="list-style-type: none"> (1) Ristrutturare e gestire il presidio ospedaliero. (2) Implementare le strutture Residenziali attraverso la riqualificazione delle attuali strutture e il collegamento al Modello gestionale PTI/PTR. (3) Avviare Servizi di Residenzialità Leggera attraverso collegamenti in rete.
SPERIMENTAZIONE GESTIONALE PER L'EROGAZIONE DEI TRATTAMENTI DI RADIOCHIRURGIA CYBERKNIFE	Lombardia	SG associativa	Conclusa	<ol style="list-style-type: none"> (1) Trattare con tecnologia <i>Cyberknife</i> 300 pazienti l'anno per 6 anni. (2) Valutazione del <i>follow up</i> dei pazienti trattati negli anni precedenti.
CENTRO DI RIABILITAZIONE TERMALE PAVIA	Lombardia	SG associativa	Autorizzata	<ol style="list-style-type: none"> (1) Integrare prestazioni mediche, trattamenti riabilitativi e terapie termali. (2) Utilizzare risorse terapeutiche termali per il trattamento degli ustionati, del dolore cronico e per la riabilitazione respiratoria. (3) Conseguire buone performance economico-gestionali.
STRUTTURA RIABILITATIVA PER LA CURA DEI DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE	Lombardia	SG associativa	Autorizzata	<ol style="list-style-type: none"> (1) Costruzione, attivazione e gestione di una struttura riabilitativa (SR) a media assistenza (CRM) per la cura dei soggetti con disturbi della condotta alimentare (DCA). (2) Realizzare l'effettiva integrazione tra pubblico e privato sia a livello gestionale che operativo. (3) Favorire il collegamento della struttura con le agenzie formali e informali del territorio.
MONTEFELTRO SALUTE SRL	Marche	SG istituzionalizzata societaria	Stabilizzata	<ol style="list-style-type: none"> (1) Interrompere l'attività chirurgica maggiore nel polo ospedaliero di Sassocorvaro a favore della chirurgia minore programmata, soprattutto in <i>day surgery</i>. (2) Migliorare i flussi di mobilità (soprattutto verso Emilia Romagna e Umbria). (3) Massimizzare il risparmio a favore dell'ASUR Marche (rispetto ad una committenza privata pura) e sostegno a progetti socio-sanitari territoriali.
CENTRO ORTOPEDICO DI QUADRANTE - COQ SPA	Piemonte	SG istituzionalizzata societaria	In corso	<ol style="list-style-type: none"> (1) Ridurre i costi correlati alla gestione del PO di Omegna. (2) Destinare al <i>partner</i> pubblico parte degli utili della società. (3) Recuperare mobilità passiva in area ortopedica.
AMOS - Azienda Multiservizi Sanitari SPA	Piemonte	SG istituzionalizzata societaria	Conclusa	<ol style="list-style-type: none"> (1) Qualificazione e valorizzazione dell'attività degli ospedali S. Croce e Carle. (2) Introdurre un modello innovativo di organizzazione. (3) Fornire anche sul piano del confort alberghiero e della degenza un'offerta qualificata.

Tabella 12.7 (segue)

Denominazione sintetica della Sperimentazione Gestionale	Regione	Tipologia di SG	Stato al 31/03/12	Obiettivi sintetici della SG
SAAPA - SOCIETÀ ASSISTENZA ACUZIE E POSTACUZIE SPA	Piemonte	SG istituzionalizzata societaria	In corso	(1) Ospitare attività territoriali, residenziali e di ricovero in regime di post acuzie (2) Incrementare i posti letto per l'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti. (3) Sperimentare un modello di collaborazione per l'attività sanitaria e sociosanitaria.
FONDAZIONE SAN RAFFAELE DEL MEDITERRANEO - TARANTO	Puglia	SG istituzionalizzata non societaria	Autorizzata	(1) Costruire un nuovo ospedale che garantisca alti standard architettonici, gestionali ed organizzativi. (2) Diminuire il flusso della mobilità passiva. (3) Rafforzare la ricerca scientifica e la formazione in campo biomedico, in collaborazione con le università pugliesi.
FONDAZIONE ISTITUTO SAN RAFFAELE E GIGLIO - CEFALÙ'	Sicilia	SG istituzionalizzata non societaria	In corso	(1) Incrementare la complessità della produzione sanitaria. (2) Ridurre la mobilità passiva e incrementare la mobilità attiva. (3) Completare e gestire l'ospedale di Cefalù.
ISTITUTO MEDITERRANEO PER I TRAPIANTI E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE SRL	Sicilia	SG istituzionalizzata societaria	In corso	(1) Rafforzare l'area clinica dei trapianti. (2) Rafforzare l'area della formazione. (3) Aumentare l'efficienza della produzione sanitaria.
AUXILIUM VITAE VOLTERRA SPA	Toscana	SG istituzionalizzata societaria	Stabilizzata	(1) Utilizzare nuovi sistemi di gestione con più flessibilità operativa per realizzare maggiore efficacia ed efficienza aziendale. (2) Realizzare sinergie economiche con il <i>partner</i> privato per l'acquisizione di nuove tecnologie e lo sviluppo di attività riabilitative di eccellenza. (3) Creare una foresteria per migliorare il comfort dei familiari.
CENTRO DI RIABILITAZIONE TERRANUOVA BRACCIOLINI SPA	Toscana	SG istituzionalizzata societaria	In corso	(1) Razionalizzare delle spese. (2) Diventare polo di eccellenza territoriale. (3) Migliorare l'appropriatezza di ricoveri e cure.
ISTITUTO PROSPERIUS TIBERINO SPA	Umbria	SG istituzionalizzata societaria	In corso	(1) Riconversione parziale del Presidio ospedaliero di Umbertide. (2) Collaborazione tra soggetti pubblici e privati. (3) Potenziare l'attività riabilitativa.
ISTITUTO CODIVILLA-PUTTI DI CORTINA SPA	Veneto	SG istituzionalizzata societaria	In corso	(1) Mantenere operativa la struttura ospedaliera esistente. (2) Attrarre la domanda di attività ortopediche qualificate (osteomieliti) da tutto il territorio nazionale. (3) Sviluppare l'attività di recupero e riabilitazione funzionale, in particolare post traumatica.

Tabella 12.7 (segue)

Denominazione sintetica della Sperimentazione Gestionale	Regione	Tipologia di SG	Stato al 31/03/12	Obiettivi sintetici della SG
SER.S.A. SPA SERVIZI SOCIALI ASSISTENZIALI	Veneto	SG istituzionalizzata societaria	In corso	(1) Sviluppare la rete di offerta e la qualità delle prestazioni erogate dei servizi residenziali e semiresidenziali rivolti alla popolazione anziana. (2) Rafforzare la collaborazione tra comuni. (3) Creare sinergie tali da garantire vantaggiose economie di scala.
OSPEDALE RIABILITATIVO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE SPA DI MOTTA DI LIVENZA SPA	Veneto	SG istituzionalizzata societaria	In corso	(1) Migliorare le potenzialità e le performance dell'ospedale di Motta. (2) Favorire l'incremento della qualità, della produttività e la riduzione dei costi. (3) Utilizzare gli strumenti di gestione più flessibili consentiti dalla disciplina privatistica.
CENTRO DI RIABILITAZIONE POLIFUNZIONALE C/ OOSPEDALE DI ZEVIO	Veneto	SG associativa	Conclusa	(1) Riconvertire l'ospedale da generalista a riabilitativo. (2) Attivare il servizio di riabilitazione polifunzionale. (3) Sperimentare modalità gestionali che permettano un più adeguato sistema di remunerazione a tariffa.
CITTADELLA SOCIO- SANITARIA DI CAVARZERE SRL	Veneto	SG istituzionalizzata societaria	In corso	(1) Miglioramento l'efficienza gestionale della struttura. (2) Migliorare l'accessibilità ai servizi sul territorio per una popolazione prevalentemente anziana.
OSPEDALE RIABILITATIVO CHIARENZI	Veneto	SG contrattuale	Conclusa	(1) Garantire il mantenimento dei servizi riabilitativi. (2) Dare completa attuazione alla programmazione regionale per la rete ospedaliera.
P.O. BUSSOLENGO - MALCESINE	Veneto	Non applicabile	Autorizzata ma revocata	Migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e diversificare l'offerta di servizi socio sanitari e assistenziali.

(*) N.B. le esperienze rilevate ma non analizzate (questionario non ricevuto) sono contrassegnate da un asterisco (*)

(**) La SG ha iniziato la sua attività nel Gennaio 2012, dopo la compilazione del questionario.

(***) Ai sensi del D.L. 95 del (art. 14, C. 2) l'INMP «già costituito come SG, è ente con personalità giuridica di diritto pubblico».

Bibliografia

Amatucci F., Lecci F., Marsilio M. (2007), «Le sperimentazioni gestionali per i servizi *core*: ricognizione delle esperienze e analisi di due casi» in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA.

Age.Na.S.²⁰ (2010), «Rapporti pubblico-privato nelle Regioni», disponibile on line http://www.agenas.it/agenas_pdf/ricerca_07_publico_privato_perrini.pdf

Bensa G., Pellegrini L. (2002), «Sperimentazioni e innovazioni gestionali in Ita-

²⁰ Ricerca condotta in collaborazione con la Seconda Università di Napoli

- lia: primi risultati di un'indagine conoscitiva a cura dell'ASSR», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, EGEA.
- Cappellaro G., Marsilio M. (2007), «Le collaborazioni pubblico privato per la gestione dei servizi sanitari: alcune riflessioni alla luce della ricognizione delle esperienze a livello internazionale e nazionale» *Mecosan*, 16(63), pp. 9-35.
- Cavazza M., Fiorini M. (2002), «Le esperienze di collaborazione pubblico privato in Emilia Romagna», Convegno AIES 2002, Bologna.
- Cuccurullo C. (2005), «Le collaborazioni tra pubblico e privato in sanità. Meccanismi di *governance*», Padova, Cedam.
- Fiorentini G. (2000), «Società a capitale misto nell'offerta di servizi sanitari», *Mercato Concorrenza e Regole*, 2(1), pp. 85-111.
- FORMEZ – Ufficio stampa e editoria (2007), I sistemi di *Governance* dei Sistemi Sanitari Regionali, *Quaderno FORMEZ 57*, disponibile <http://www2.ares.piemonte.it/cms/letture/risorse-web.html>.
- Hart O. (2003), «Incomplete contracts and public ownership: Remarks, and an application to public-private partnerships» *Economic Journal*, 113(486).
- Klijn E. H. e Teisman G. R. (2003), «Institutional and strategic barriers to public-private partnership: an analysis of Dutch cases», *Public Money and Management*, 23(3), pp. 137-146.
- Parker D. e Hartley K. (2003), «Transaction costs, relational contracting and public private partnerships: a case study of UK defence», *Journal of Purchasing and Supply Management*, 9(3), pp. 97-108.
- Preker A. S., Harding A. e Travis P. (2000), «Make or buy decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory», *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), pp. 777-790.
- Zangrandi A., Butera D. (2009), «Collaborazioni pubblico-privato in sanità e sperimentazioni gestionali: un'analisi empirica», *Mecosan*, 71 (2009), pp. 129-139.