

***Scuole di Sussidiarietà***

**Nerina Dirindin**

**INTEGRAZIONE PUBBLICO - PRIVATO  
E *OUTSOURCING* NEL SETTORE DELLA SANITÀ:  
PRINCIPI GENERALI, ESPERIENZE  
SIGNIFICATIVE, POTENZIALITÀ E LIMITI**

1. Pubblico e privato in sanità.
  2. Outsourcing: configurazioni e ambiti di applicazione
  3. Outsourcing: giustificazioni, aspettative e risultati
  4. Alcune esperienze significative
  5. Il Private Finance Iniziative nel Regno Unito
  6. Le sperimentazioni gestionali nell'esperienza italiana
  7. Linee guida per l'esternalizzazione dei servizi nel settore pubblico
- Considerazioni conclusive

Allegato – Progetti di Sperimentazione gestionale; indicazioni alle regioni per la presentazione e la valutazione dei progetti

La continua evoluzione del contesto economico e sociale muove i paesi europei a sviluppare nuove strategie di risposta ai bisogni di salute e di *ben-essere* del singolo e della collettività. Con riferimento ai sistemi sanitari, le direzioni di cambiamento sono riassunte, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1996), in quattro principali linee di riforma: un diverso rapporto fra Stato e mercato, il decentramento delle funzioni e delle responsabilità, il rafforzamento dell'autonomia decisionale dei cittadini (*empowerment*, nella terminologia anglosassone), lo sviluppo della sanità pubblica (in quanto insieme delle attività volte a promuovere la salute e a prevenire la malattia).

Il decentramento, inteso come trasferimento di funzioni e responsabilità (nella programmazione e nella gestione dei servizi) a livelli più vicini agli utilizzatori dei servizi, comprende, secondo alcuni osservatori, anche il trasferimento di responsabilità dal settore pubblico al settore privato. Nonostante l'ampio dibattito, soprattutto ideologico, circa i rischi e le opportunità di un ampliamento del ruolo del privato nella produzione dei servizi sanitari (per conto e a carico del sistema pubblico), sono ancora piuttosto carenti gli studi sull'impatto, in termini di efficienza e di equità, delle soluzioni disponibili e delle esperienze più significative (Mills Broomberg 1998). La varietà delle soluzioni adottate, le differenti condizioni di fattibilità presenti nei diversi paesi, il carattere sperimentale di molti progetti rendono la materia ancora più complessa.

Il presente lavoro si propone di raccogliere ed analizzare alcuni aspetti delle principali esperienze in tema di ricorso a fornitori privati da parte delle aziende sanitarie (in particolare, in regime di *outsourcing*), con particolare riguardo alle potenzialità ed ai limiti evidenziati nella letteratura specialistica. L'analisi è preceduta da un paragrafo volto a chiarire gli ambiti all'interno dei quali possono essere esaminati i casi di integrazione pubblico-privato nel finanziamento e nella produzione di servizi sanitari.

## **1. Pubblico e privato in sanità**

Con riferimento al settore sanitario, la distinzione fra pubblico e privato richiede alcune precisazioni di carattere preliminare.

In primo luogo, è necessario osservare che nel settore sanitario operano almeno due mercati: il mercato dei servizi sanitari e il mercato delle coperture assicurative. La presenza, nella gran parte dei paesi europei, di sistemi assicurativi che coprono un'ampia gamma dei rischi connessi alle spese per la salute rende difficile l'analisi dei caratteri distintivi dei due diversi mercati, anche perché i meccanismi di funzionamento (o di malfunzionamento) dell'uno e dell'altro sono spesso strettamente correlati. Ad esempio, il *moral hazard*, ovvero il fenomeno per cui l'assicurazione riduce gli incentivi a utilizzare i servizi sanitari in maniera appropriata, produce effetti sia sul mercato delle *coperture assicurative* (aumentando i costi amministrativi e le richieste di rimborso) sia sul mercato delle *prestazioni* (favorendo la crescita della domanda). Per cercare di ridurre ogni possibile fonte di equivoci è quindi opportuno, quando si parla di rapporto pubblico - privato, tenere distinto almeno sul piano dell'analisi il settore assicurativo da quello dei servizi sanitari.

Per entrambi i settori è inoltre necessario distinguere il lato del *finanziamento* (ovvero, la natura, pubblica o privata, delle risorse attraverso le quali sono finanziati i programmi e i trattamenti) dal lato della *produzione* (ovvero, la natura, pubblica o privata, del soggetto che mette in atto l'attività produttiva).

In questa sede, si considera solo il mercato delle prestazioni sanitarie.

Con riferimento a tale mercato, la varietà delle soluzioni pubblico - privato è schematizzata nella matrice a doppia entrate di cui alla tavola 1. Nelle righe sono riportate le due diverse modalità di produzione: pubblica e privata. Nelle colonne sono riportate le modalità di finanziamento, ove alla classica distinzione fra pubblico e privato è aggiunta una terza alternativa, la soluzione mista. Ogni casella corrisponde a un diverso mix pubblico-privato<sup>1</sup>. La casella A, che chiameremo del *pubblico puro*, comprende tutte quelle attività prodotte da strutture pubbliche (presidi ospedalieri, dipartimenti di prevenzione, ecc.) e finanziate attraverso risorse pubbliche (prelievo fiscale). La casella D, area del *privato accreditato*, comprende l'assistenza prodotta da soggetti privati (case di cura private, medici liberi professionisti, centri diagnostici, ecc.) e finanziata attraverso risorse pubbliche (ad esempio, l'assistenza ospedaliera erogata da soggetti privati accreditati che hanno sottoscritto con il servizio pubblico un accordo contrattuale). La casella F riguarda il *privato puro*, ovvero l'assistenza prodotta da soggetti privati e finanziata con risorse private, direttamente dal consumatore o indirettamente attraverso un terzo pagante privato (farmaci a totale carico del cittadino, visite specialistiche a pagamento, ecc.). La casella C, area dei *servizi pubblici resi nell'interesse di privati cittadini*, comprende le prestazioni a pagamento (a totale carico del beneficiario) prodotte ed erogate da strutture pubbliche (alcuni servizi della medicina veterinaria o alcuni controlli igienico-sanitari per le attività commerciali).

Le caselle B ed E riguardano il finanziamento misto, in parte pubblico e in parte privato. La casella B, area dell'*intra-moenia* e della *compartecipazione*, fa riferimento a prestazioni

---

<sup>1</sup> Uno schema analogo a quello proposto, ancorché semplificato nelle combinazioni esaminate, è discusso in Chernichovsky 2000.

erogate da strutture pubbliche e finanziate con risorse sia pubbliche sia private; si vedano, ad esempio, le attività rese in regime di *intra-moenia* all'interno degli ospedali pubblici da professionisti con rapporto di lavoro esclusivo con il Servizio sanitario nazionale, o ancora i ricoveri in presidi residenziali pubblici che prevedono una compartecipazione ai costi a carico del ricoverato.

tav. n. 1 - Pubblico e privato in sanità: le 6 alternative

		FINANZIAMENTO		
		pubblico	misto	privato
PRODUZIONE	pubblica	A pubblico puro	B intra-moenia e compartecipazione	C servizi resi nell'interesse di privati
	privata	D privato accreditato	E agevolazioni e sussidi	F privato puro

La casella E, area delle *agevolazioni* e dei *sussidi*, fa riferimento a prestazioni erogate da soggetti privati e finanziate con modalità miste; si veda, ad esempio, il caso delle agevolazioni fiscali a favore delle spese private per la salute (l'agevolazione costituisce infatti una sorta di sussidio fiscale al consumo privato) o, ancora, il caso di contributi pubblici per servizi ad elevata valenza sanitaria erogati da case di riposo private a favore di anziani non autosufficienti. Rientrano in tale categoria anche le soluzioni, in via di sperimentazione per lo più a livello locale, che comportano l'erogazione di un contributo pubblico (non necessariamente in moneta, ma anche sotto forma di buoni servizio, o *voucher*: ad esempio, ore di assistenza a domicilio) spendibile presso uno dei soggetti privati accreditati dall'ente locale.

Fin qui con riferimento a quei servizi che, secondo la terminologia economica, sono considerati *finali*, ovvero atti a soddisfare direttamente un bisogno, senza richiedere ulteriori trasformazioni nell'ambito di un successivo processo produttivo. Diverso è il caso di beni e

servizi *intermedi*, ovvero di beni e servizi prodotti da un'impresa, ma destinati a subire ulteriori trasformazioni prima di essere utilizzati dal consumatore. E' il caso dell'acquisizione da parte del settore pubblico di beni e servizi *intermedi* prodotti dal settore privato: si veda, ad esempio, l'acquisto da parte di aziende sanitarie di servizi di supporto prodotti da fornitori esterni.

Lo sviluppo di forme di collaborazione tra soggetti *pubblici* e soggetti *privati* nella produzione dei servizi rende necessario una precisazione con riguardo alla distinzione fra produzione pubblica e privata. La crescente tendenza all'*esternalizzazione* rende infatti sempre più significativa la quota di produzione privata (di tipo intermedio) incorporata nelle prestazioni prodotte dal settore pubblico. Non a caso in tali situazioni è spesso usato, in maniera impropria, il termine *privatizzazione*, con riferimento al solo trasferimento della funzione di produzione di particolari servizi di supporto a imprese private (profit o non profit) allo scopo di consentire alle aziende sanitarie di dedicarsi con maggiore attenzione all'erogazione di quei servizi che per la loro natura sono più consoni alla missione istituzionale del servizio pubblico. Sempre più frequenti sono inoltre i casi di gestione mista, pubblico-privata, di alcuni servizi. Tali situazioni richiederebbero l'inserimento, nella matrice di cui alla figura 1, di una terza riga destinata a ricomprendere i casi di *produzione mista*, in parte pubblica e in parte privata. Ragioni di semplicità espositiva suggeriscono, peraltro, di evitare l'ampliamento delle configurazioni e di limitare l'analisi alle alternative rilevanti per il consumatore finale (relative al prodotto finale)<sup>2</sup>.

Negli studi applicati, l'importanza relativa delle diverse combinazioni pubblico - privato è studiata con riferimento ai casi più rilevanti, in particolare alle caselle A, D e F. In un recente studio sull'evoluzione dal 1960 al 1991 delle modalità di finanziamento e di erogazione dell'assistenza sanitaria nei paesi dell'area Ocse, Besley e Gouveia (1994) individuano tre fondamentali tipologie di sistemi sanitari: 1) privato nel finanziamento e nell'erogazione, 2) pubblico nel finanziamento e privato dell'erogazione, 3) pubblico nel finanziamento e nell'erogazione (ovvero, rispettivamente F, D e A).

Per il nostro Paese, non pare disponibile alcuna stima aggiornata del peso relativo delle diverse modalità di integrazione tra pubblico e privato, fatta eccezione per la - pur significativa - prima distinzione fra finanziamento pubblico e finanziamento privato (Ocde 2000). La carenza è particolarmente rilevante a livello regionale, stante l'importanza del fenomeno ai fini della individuazione di possibili scenari evolutivi in un contesto di federalismo fiscale e di crescente autonomia delle regioni. Il tema potrebbe costituire un importante ambito di approfondimento nell'agenda delle ricerche da programmare per il futuro<sup>3</sup>.

Resta infine un'ultima precisazione. Fino ad ora si è fatto riferimento al finanziamento e alla produzione di beni e servizi che hanno la natura di beni di *consumo* (ovvero di servizi, intermedi o finali, a uso immediato). Diverso è il discorso per quanto riguarda il finanziamento

---

<sup>2</sup> Un'interessante estensione dello schema proposto è dovuto a Chernichovsky (2000), il quale prevede sette diverse opzioni, a secondo delle modalità in base alle quali i finanziatori (insurers) e gli erogatori (service providers) operano: solo contratti pubblici, contratti pubblici e privati, solo contratti privati. L'autore discute, dal punto di vista dell'equità e dell'efficienza, la preferibilità delle diverse opzioni, tenuto conto dei dilemmi posti dalla complessità dei sistemi sanitari moderni.

dei beni di *investimento* (ovvero di beni ad uso ripetuto). In una situazione di carenza di risorse pubbliche e di azioni volte al contenimento della spesa (in particolare di quella in conto capitale, più facilmente comprimibile nel breve periodo), il coinvolgimento del capitale privato nella realizzazione di investimenti pubblici è una prospettiva di crescente interesse per i *decision makers*.

Le soluzioni sono variegate. In alternativa alla tradizionale modalità totalmente "pubblica" (la realizzazione di un progetto pubblico, interamente finanziato con risorse pubbliche e avente esclusiva finalità pubblica) le modalità adottate vanno dal co-finanziamento alle società miste. Tali configurazioni mal si prestano ad essere inserite nella matrice di cui alla figura 1 in quanto, in tale contesto, la dimensione relativa alla produzione (pubblica o privata) perde di rilievo (posto che i soggetti coinvolti concretamente nella realizzazione di un'opera d'investimento sono per lo più soggetti privati), mentre la dimensione del finanziamento dovrebbe essere esplorata più dettagliatamente.

In realtà, la distinzione fra parte corrente e in conto capitale è, in questo contesto, meno agile perché in molti casi il privato interviene sul finanziamento dell'investimento in conto capitale (attrezzature, impianti, tecnologie, edilizia ospedaliera, ecc.), all'interno di un rapporto di partnership con il settore pubblico che prevede anche l'erogazione di servizi, per conto e a carico del sistema pubblico.

Tale indeterminatezza rende difficile l'individuazione di una casistica esaustiva delle forme di integrazione fra pubblico e privato. Per tale ragione, il paragrafo successivo affronta il caso dell'*outsourcing*, modalità che, come si avrà modo di discutere, consente di indagare sia le soluzioni più semplici, quale quella dell'acquisto da fornitori privati di specifici servizi ausiliari, sia le soluzioni più innovative, che prevedono una forte integrazione tra fornitore privato e azienda sanitaria su processi globali (e non solo su singoli servizi). A tal fine, fondamentale appare l'analisi dell'evoluzione in atto nei rapporti fra aziende e fornitori, in analogia con quanto osservato al di fuori del settore sanitario ove si sperimentano modelli strategici di relazioni fra acquirenti e produttori che vanno oltre il semplice obiettivo di riduzione dei costi di produzione.

Sotto un altro profilo, l'acquisto all'esterno di servizi (ausiliari o fondamentali ai fini del raggiungimento degli obiettivi aziendali) prodotti da soggetti privati, ma erogati nell'ambito di un programma pubblico di tutela della salute, costituisce uno degli aspetti più rilevanti in tema di attivazione di forme di competizione amministrata nel settore sanitario. In effetti, il passaggio da un sistema fortemente *integrato* (in cui la produzione e l'erogazione dei servizi sono entrambe in capo ad un unico soggetto pubblico) ad un sistema *non integrato* (che attua la separazione fra erogatori e produttori, e prevede il coinvolgimento di privati) si è di fatto realizzato attraverso un percorso graduale, che ha preso avvio dapprima con la "privatizzazione" di alcune attività ausiliarie, sulla base di semplici considerazioni di convenienza economica, e si è successivamente sviluppato verso forme importanti di separazione fra *purchasers and*

---

<sup>3</sup> Per una stima relativa al 1993 si veda Centro Studi Confindustria, 1994.

*providers*, fino a prevedere il ricorso alla fornitura privata di *servizi globali* o la presenza di importanti produttori privati in competizione con quelli pubblici.

Prescindendo, perché estranee al presente lavoro, dalle forme di competizione *interna* al settore pubblico (mercati interni), le soluzioni dirette a esternalizzare uno o più attività produttive costituiscono uno dei casi di introduzione di elementi pro-competitivi più presenti nella realtà del servizio sanitario nazionale degli anni più recenti (Fiorentini 2000).

D'altro canto, il crescente sviluppo di modalità di esternalizzazione che impongono l'adozione di un approccio di tipo collaborativo fra i soggetti che operano all'interno di una stessa rete (dove i partecipanti - formalmente autonomi - sono sostanzialmente integrati attorno a un obiettivo comune) induce a considerare meno rilevante la tradizionale dicotomia pubblico - privato e a spostare l'analisi sulle interdipendenze, sulla cooperazione e sulle forme di coordinamento che possono essere realizzate fra istituzioni pubbliche e fornitori privati, oltre che fra più istituzioni pubbliche (Meneguzzo 1996).

In un'ottica di analisi di tipo aggregato, la varietà delle soluzioni di collaborazione fra pubblico e privato (public private partnerships, PPPs) adottate nei diversi contesti economici, è sintetizzata in un recente documento sulla situazione del Regno Unito (Ippr 2001) che individua cinque fondamentali schemi di riferimento, attraverso i quali i due settori possono operare nell'erogazione dei servizi:

1. *Public Sector Default*, ove il settore pubblico provvede all'erogazione di tutti i servizi, in assenza di contendenti,
2. *Private Sector Rescue*, ove il settore pubblico provvede a erogare tutti i servizi, ad eccezione di quelli rispetto ai quali si dimostra inefficiente, nel qual caso interviene il privato,
3. *Level Playing Field*, ove è garantita parità di trattamento fra tutti i soggetti pubblici e privati accreditati e l'erogazione è affidata ai soggetti in grado di offrire il miglior servizio,
4. *Public Sector Rescue*, ove il settore privato provvede ad erogare tutti i servizi, ad eccezione di quelli rispetto ai quali si dimostra incapace di funzionare in maniera efficiente, nel qual caso il settore pubblico interviene come ultima istanza,
5. *Private sector Default*, ove il settore privato provvede ad erogare tutti i servizi in assenza di contendenti e sulla base di un accordo contrattuale con il committente pubblico.

Ad ogni configurazione corrisponde un diverso livello di integrazione fra pubblico e privato nella produzione e nell'erogazione dei servizi, a prescindere dal problema del finanziamento (che viene assunto a carico della fiscalità generale, in un contesto di servizio sanitario nazionale).

Con riferimento alla realtà del Regno Unito, i cinque schemi trovano concreta applicazione in differenti settori di intervento; in particolare, nei servizi sociali è frequentemente adottato il modello "*Level Playing Field*", mentre nei servizi sanitari è applicato il modello "*Public*

*Sector Default*<sup>4</sup>. Non sono peraltro chiare le ragioni che favoriscono lo sviluppo di un determinato schema in un settore piuttosto che in un altro (IPPR 2001).

Con riferimento alla realtà italiana, pare possibile affermare che nei servizi sanitari (specialistici in particolare) si sta progressivamente rafforzando il modello “*Level Playing Field*” (attraverso lo sviluppo dell’accreditamento dei soggetti pubblici e privati sulla base di criteri che prevedono – almeno in via teorica – la parità di trattamento), mentre nei servizi sociali è ampiamente diffuso il modello “*Public Sector Rescue*” (stante la nota carenza di interventi pubblici nel settore dell’assistenza).

## **2. Outsourcing: configurazioni e ambiti di applicazione**

La risposta ai bisogni di salute della popolazione richiede la realizzazione di servizi complessi, la cui erogazione implica, dapprima, la produzione di più prestazioni elementari e, quindi, la trasformazione di queste ultime in un prodotto finito il cui valore è diverso dalla semplice somma delle singole parti incorporate. In molte aziende sanitarie, la produzione delle singole prestazioni elementari è spesso affidata a fornitori esterni. Si tratta del noto fenomeno dell’*outsourcing*, il quale può assumere denominazioni, modalità operative e finalità strategiche differenti.

### *Il concetto di outsourcing.*

In linea generale, con il termine *outsourcing* (esternalizzazione) si indica il processo attraverso il quale un’azienda affida un’attività, o un insieme di attività, precedentemente svolte all’interno, a soggetti esterni con i quali stipula un accordo contrattuale, preferibilmente sulla base di un rapporto di *partnership*. Largamente impiegato con riferimento al settore privato, il termine è utilizzato anche nel settore pubblico, ove può assumere diverse configurazioni.

E’ bene innanzi tutto chiarire che l’*outsourcing* non è un concetto statico. Originariamente utilizzato con riferimento alla semplice alternativa *make or buy* (ovvero alla scelta tra produzione diretta o acquisto all’esterno di un servizio ausiliario) è ora sempre più impiegato per designare soluzioni strategiche che implicano il coinvolgimento di un fornitore esterno nel raggiungimento di obiettivi aziendali, attraverso l’affidamento di un insieme di attività (non solo marginali), allo scopo di rafforzare le rispettive posizioni di mercato<sup>5</sup>. Con il crescere delle esperienze, si è quindi passati da una nozione *tradizionale* di outsourcing a una nozione più *innovativa*; nelle esperienze più recenti, l’esternalizzazione non si limita ai servizi ausiliari, ma

---

<sup>4</sup> Al contrario, ad esempio, nel settore della costruzione e della gestione delle carceri è adottato il modello “*Private Sector Default*”.

<sup>5</sup> Per una ampia analisi delle esperienze di integrazione e coordinamento strategico degli acquisti fra pubblico e privato nel settore sanitario si veda Buccoliero Meneguzzo (1999). Per un esame tecnico delle esperienze di contracting out si veda Mills Broomberg 1998.

può coinvolgere anche alcuni servizi essenziali (raramente il *core business*); l'obiettivo non è il semplice contenimento dei costi, ma la ricerca di *partners* in grado di favorire l'innovazione strategica; l'orizzonte temporale non è di breve periodo, ma di medio-lungo; l'effetto non è tanto la completa dismissione dell'attività (e la conseguente riduzione della complessità aziendale) quanto l'attivazione di forme di cooperazione interaziendale.

Ovviamente, l'evoluzione del concetto (e della pratica) di outsourcing non si è verificata con la stessa intensità in tutti i settori e in tutti i paesi.

Nel settore privato, lo spostamento della nozione da quella più tradizionale a quella più innovativa ha coinciso con il passaggio da una prima fase di sviluppo, contraddistinta da elevati tassi di crescita delle esternalizzazioni (per lo più nelle modalità tradizionali, prossime alla semplice scelta fra il *make or buy*), a una successiva fase meno dinamica, anche in relazione alla crescente insoddisfazione derivante dalla mancata realizzazione dei risultati attesi, in termini di contenimento dei costi di produzione. Ma proprio il ridimensionamento delle aspettative sembra aver favorito lo sviluppo di un concetto di *outsourcing* più avanzato, che va oltre il semplice abbandono di parte dell'attività interna e adotta una visione che implica la crescita professionale dei responsabili delle aziende che esternalizzano e un rapporto di cooperazione tra fornitore e azienda.

Per quanto riguarda il settore pubblico, l'*outsourcing* rappresenta una strategia di crescente interesse, anche in relazione alla tendenza a mantenere in capo al soggetto pubblico la sola responsabilità della garanzia del soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e di affidare la concreta erogazione del servizio (o la sua produzione, in tutto o in parte) a un soggetto privato.

Nel settore pubblico, e specificamente in quello sanitario, l'esternalizzazione assume di norma la forma di *contracting - out*, ovvero di affidamento all'esterno, a soggetti privati, della funzione di produzione o di gestione di un servizio, mentre la funzione istituzionale di erogazione dell'assistenza e di risposta ai bisogni di salute rimane rigorosamente in capo all'azienda sanitaria pubblica.

Possono essere inoltre adottate formule del tipo *contracting - in*, ove il servizio è affidato all'esterno ma ad altri soggetti pubblici, o del tipo *partnership*, ove si realizza un rapporto di collaborazione fra pubblico e privato, secondo modalità innovative e in analogia con quanto sperimentato nel settore privato.

Merita infine attenzione la formula, nota nella letteratura con il termine *competitive tendering* (anche nota come *market testing*), diffusa nel contesto britannico, che prevede la scelta dei potenziali fornitori cui affidare il servizio da esternalizzare attraverso un meccanismo che implica anche un'offerta interna, formulata dal centro di gestione precedentemente responsabile dell'attività. L'obiettivo è consentire una valutazione comparativa delle offerte esterne rispetto alla soluzione interna.

Nell'ambito delle esperienze di esternalizzazione nel settore sanitario, crescente attenzione è riservata alla formula nota con il termine *global service* che prevede il totale affidamento all'esterno di una determinata linea di prodotto, attraverso l'offerta, da parte del

fornitore, di soluzioni integrate che comportano la messa a disposizione delle attrezzature e delle tecnologie, la fornitura del servizio di manutenzione e di assistenza tecnica, l'acquisizione del materiale di consumo, la realizzazione dell'intero processo di produzione, la distribuzione dei prodotti, ecc.. Si tratta di modalità ampiamente diffuse nella realtà statunitense soprattutto nel settore della diagnostica di laboratorio e per immagini, ove la nascita di centri di servizi specializzati, in grado di sviluppare rilevanti competenze professionali e di avvantaggiarsi di economie di scala, ha favorito il ricorso da parte di molti ospedali (soprattutto di quelli decentrati) a fornitori esterni. E' opportuno ricordare che tali soluzioni sono state spesso oggetto di attenzione da parte delle autorità antitrust perché destinate ad alterare le condizioni di concorrenza sul mercato, favorendo i grandi gruppi e la concentrazione di poteri.

La varietà delle configurazioni possibili è segno della tensione con cui il settore sanitario pubblico, in tutti i paesi industrializzati, ha sviluppato nel corso degli ultimi decenni soluzioni innovative, spesso di tipo sperimentale, volte a ridurre la complessiva organizzativa e a migliorare l'efficienza dei servizi, anche attraverso un crescente ricorso a soggetti esterni e nella logica della competizione amministrata.

#### *Ambiti di applicazione*

Nel settore sanitario le esperienze di *outsourcing* spaziano dal semplice affidamento di attività relativamente semplici, spesso realizzabili all'interno in modo non efficiente, a vere e proprie relazioni di partnership per la realizzazione di attività più complesse che richiedono elevate professionalità e ingenti investimenti.

In linea generale, i servizi che possono essere affidati all'esterno sono classificabili in tre grandi categorie:

- servizi clinici, direttamente inerenti l'assistenza sanitaria
  - servizi diagnostici e specialistici (procedure e accertamenti radiologici, esami di laboratorio, ecc.)
  - servizi di assistenza primaria (assistenza a domicilio, servizi infermieristici, ecc.)
  - servizi ospedalieri (sterilizzazione, preparazioni farmaceutiche, distribuzione farmaci, ecc.)
- servizi non clinici, strumentali all'erogazione dell'assistenza sanitaria
  - servizi a supporto dell'attività alberghiera (pulizia, mensa, ristorazione ospedaliera, lavanderia, ecc.)
  - servizi di supporto generale (custodia e sorveglianza, raccolta e smaltimento rifiuti, logistica, gestione magazzini, trasporti sanitari urgenti, consegna referti, ecc.)
  - servizi di supporto tecnologico (ingegneria biomedica, manutenzione apparecchiature tecnologiche, ecc.)
  - servizi di supporto infrastrutturale (manutenzione immobili e spazi verdi, impiantistica, ecc.)
- servizi e funzioni di carattere generale

- servizio amministrativo, legale, assicurativo,
- gestione del personale, servizio paghe e contributi,
- attività di aggiornamento e formazione,
- sistemi informativi (progettazione informatica, elaborazione dati, ecc.).

L'elenco è meramente indicativo e mette in evidenza la vastità dei settori nei quali è possibile ricorrere a un fornitore esterno.

Con riferimento ai singoli servizi, la scelta a favore dell'esternalizzazione risente dell'orientamento della direzione aziendale rispetto alle diverse modalità di gestione. In generale sembra potersi rilevare una diffusa propensione a favore dell'affidamento all'esterno dei servizi non clinici, in particolare di quelli di pulizia, gestione rifiuti, lavanderia, ristorazione ospedaliera (Mills Broomberg 1998, Brusafarro et al 1998, Buccoliero Meneguzzo 1999, Oecd 1997).

Una recente ricognizione degli orientamenti e dei comportamenti nelle aziende sanitarie del Veneto e del Friuli Venezia Giulia (Brusafarro et al. 1998) ha evidenziato l'esistenza di un nocciolo duro di attività che le direzioni aziendali ritengono preferibile gestire direttamente all'interno; rientrano in tale categoria, oltre - ovviamente - tutte le attività di tipo strettamente istituzionale, i servizi che rivestono un'importanza strategica all'interno del processo produttivo assistenziale (l'assistenza infermieristica in ospedale o la diagnostica di base) o quelli rispetto ai quali la direzione aziendale può esercitare un ruolo forte di governo e controllo (la gestione degli acquisti, il reclutamento del personale)<sup>6</sup>.

Esiste inoltre una zona *di confine* rispetto alla quale sembra non emergere un chiaro orientamento delle aziende a favore della gestione interna o di quella esterna; si tratta di un ambito sempre più frequentemente oggetto di sperimentazione di forme miste che comprende servizi critici per alcune linee di produzione (trasporti sanitari urgenti, servizio di sterilizzazione), attività ad alto contenuto tecnologico (manutenzione di grandi apparecchiature) o servizi dell'area territoriale (assistenza infermieristica a domicilio); rispetto a tali servizi le aziende sanitarie sembrano combattute fra, da un lato, il desiderio di adottare strumenti in grado di aumentare la flessibilità organizzativa e, dall'altro, la preoccupazione di perdere il controllo di aspetti importanti per l'attività e la reputazione dell'azienda.

### **3. Outsourcing: giustificazioni, aspettative e risultati**

L'analisi delle giustificazioni dell'outsourcing ha come punto di partenza le ragioni che inducono i vertici aziendali del settore sanitario a ricorrere a fornitori privati esterni.

---

<sup>6</sup> L'indagine effettuata da Brusafarro et al (1998) riporta un orientamento forte a favore della gestione interna per i seguenti servizi (in ordine decrescente di preferenza): laboratori diagnostici di base, accettazione amministrativa, Urp, assistenza infermieristica ospedaliera, funzioni di segreteria, gestione acquisti, reclutamento personale, sterilizzazione, marketing.

In linea di massima possiamo ritenere che gli obiettivi perseguiti dalle aziende sanitarie attraverso l'*outsourcing* siano simili a quelli che muovono il resto del mondo produttivo, ovvero:

1. il contenimento dei costi, soprattutto nell'ipotesi di economie di scala non adeguatamente sfruttate nelle aziende di minori dimensioni o di attività la cui esecuzione richiede particolari professionalità non efficientemente utilizzabili dal settore pubblico,
2. il recupero di flessibilità, in particolare nella gestione del personale, che come noto rappresenta uno dei fattori di maggiore rigidità all'interno dell'azienda sanitaria;
3. il miglioramento della qualità dei servizi, soprattutto nei suoi aspetti relazionali e di comfort, attraverso il ricorso a fornitori maggiormente in grado di rispondere alla domanda in modo flessibile e personalizzato;
4. la riorganizzazione della struttura produttiva, grazie alla ridefinizione delle funzioni e la loro focalizzazione sulle attività strategiche.

In ogni caso, l'obiettivo ultimo dovrebbe essere l'aumento della soddisfazione dell'utenza, attraverso una maggiore garanzia di risultato e di continuità del servizio.

I quattro obiettivi strumentali di cui sopra possono essere perseguiti con diversa intensità a secondo della situazione di partenza dell'azienda considerata. In presenza di vincoli stringenti di risorse, l'attenzione sarà rivolta al contenimento dei costi e la scelta potrà essere effettuata avendo come riferimento il criterio del costo complessivo dell'attività. In presenza di perdita di reputazione da parte dell'azienda su specifiche aree di attività, la priorità potrebbe essere assegnata al criterio della qualità, così come in una situazione di carenza di personale (o di difficoltà di gestione) potrebbe essere privilegiato il criterio della riduzione delle rigidità connesse alle politiche delle risorse umane.

Escludendo le ipotesi teoriche (troppo spesso assunte come reali) che presentano l'alternativa dell'esternalizzazione come in grado di assicurare tutti i vantaggi che in condizioni ideali potrebbero prodursi, il giudizio sull'opportunità di affidare all'esterno un servizio è spesso formulato con riguardo ad uno specifico obiettivo, contingente e prioritario nel contesto considerato. In linea di massima, il responsabile aziendale prende la decisione avendo come riferimento un obiettivo prioritario (da massimizzare) e più obiettivi secondari (da considerare come vincoli minimi da rispettare). Tale situazione spiega la parziale apparente incoerenza delle motivazioni indicate dalla dirigenza a sostegno delle proprie scelte rispetto ai risultati, per lo più insoddisfacenti, dichiarati a posteriori.

Appare quindi utile tentare un'analisi dei fattori che guidano i comportamenti dei diversi gruppi di interesse dalle cui spinte dipende lo sviluppo del processo di esternalizzazione, in particolare di chi domanda il servizio esterno (vertici delle aziende sanitarie) e di chi fornisce il servizio (fornitori privati).

Per la dirigenza delle aziende sanitarie pubbliche, l'esternalizzazione presenta motivi di attrazione in quanto percepita come strategia che:

- restringe l'ambito delle responsabilità *dirette* della dirigenza nei processi produttivi, grazie all'abbandono di alcune attività,

- elimina parte delle rigidità legate all'utilizzo del personale, al suo reclutamento, alla conseguente presenza di rilevanti costi fissi; si noti che tale possibile ricaduta è da considerarsi non marginale, posto che la gestione del personale è una delle attività più impegnative per i vertici aziendali,
- aumenta il peso delle scelte discrezionali di competenza dei vertici aziendali, perché sostituisce ad ambiti decisionali interni, in gran parte regolamentati, la contrattazione con l'esterno, per lo più libera da vincoli,
- amplia le possibilità di interazione con il mondo produttivo esterno, con i gruppi locali di interesse, con nuove capacità e culture professionali,
- favorisce la focalizzazione dei responsabili sulla missione dell'azienda, evitando la dispersione delle forze in attività non fondamentali per i fini istituzionali.

Ovviamente, ognuno di tali aspetti positivi può trasformarsi in elemento di preoccupazione e fonte di distorsioni; l'interazione con le imprese esterne può degenerare in comportamenti illeciti, la maggiore discrezionalità dei vertici può aumentare i rischi di accentramento delle decisioni, la riduzione della complessità aziendale può coincidere con la perdita di *know how*, ecc.

La dirigenza aziendale può, in talune condizioni, essere per contro favorevole alla soluzione interna perché:

- evita costosi e delicati cambiamenti organizzativi interni,
- non richiede una continua tensione verso il controllo quali-quantitativo dell'attività affidata all'esterno,
- sottrae l'azienda da possibili conflitti con fornitori eventualmente orientati al contenimento dei costi a scapito della qualità del servizio,
- riduce il rischio di dipendenza da soggetti esterni, in particolare quando il numero di fornitori presenti sul mercato è limitato,
- permette il mantenimento di professionalità e competenze all'interno dell'azienda,
- evita contrasti con le organizzazioni sindacali, preoccupate per il personale addetto ai servizi candidati all'esternalizzazione.

Risulta evidente la difficoltà della scelta; un atteggiamento favorevole all'*outsourcing* può al contempo essere segno di innovazione e disponibilità al cambiamento o, al contrario, di scarsa capacità di governo dei processi interni.

Resta infine da analizzare la possibile posizione del mondo produttivo, ovvero delle imprese che forniscono servizi, le quali non possono che essere interessate allo sviluppo del "privato" nella produzione per il settore sanitario. Ciò in relazione a due diversi ordini di fattori.

In primo luogo, le imprese mirano ad un ampliamento del mercato in *sostituzione* dell'intervento pubblico; l'esternalizzazione, ad esempio, costituisce un potente fattore di crescita per le imprese, locali e non, addette alla ristorazione, alle pulizie, al lavaggio della biancheria, alla sorveglianza, ecc..

In secondo luogo, le imprese puntano ad un aumento *netto* del mercato, ovvero ad un'espansione complessiva dell'attività, in particolare nelle aree con elevate potenzialità di crescita. Si pensi, ad esempio, al settore delle tecnologie o dei sistemi informativi, la cui domanda - in crescita - soddisfa le aspettative di sviluppo del mondo produttivo, a prescindere dalla gestione interna o esterna del servizio. D'altro canto, lo sviluppo di tali servizi è strettamente legato alla capacità delle imprese (che operano per la sanità) di offrire soluzioni innovative, al grado di dinamismo e di aggressività delle stesse, alle possibilità di sviluppo del mercato al di fuori della sanità, alle strategie delle imprese leader e ai livelli di concentrazione del mercato.

Ne discende una probabile maggiore presenza di *outsourcing* nelle regioni ove, dal lato dell'offerta di servizi, le imprese di fornitura sono dinamiche e in grado di esercitare pressioni sulle aziende sanitarie e, dal lato della domanda, i vertici delle aziende pubbliche ambiscono a interagire con il mondo produttivo esterno e a ridurre la complessità interna dell'organizzazione. Una ricognizione delle esperienze nelle diverse realtà delle regioni italiane potrebbe fornire in proposito elementi di conoscenza molto significativi; anche in tal caso si rinvia all'agenda dei futuri progetti di ricerca.

Riassumendo, se si prescinde dalle realtà produttive meno innovative e meno remunerative (dove *l'outsourcing* ha difficoltà ad affermarsi), il fenomeno della esternalizzazione sembra essere destinato a svilupparsi grazie alla possibile convergenza di una pluralità di interessi, tutti favorevoli allo spostamento di alcune attività all'esterno delle aziende sanitarie; l'interesse dei direttori dell'azienda sanitaria (tesi a esercitare concretamente l'ampia autonomia decisionale di cui sono depositari), quello del mondo della produzione (desideroso di preconstituire le condizioni per un ampliamento degli sbocchi del mercato), quello della classe politica (ansiosa di trovare spazi di azione per i gruppi di interesse che sostengono le loro posizioni), quello dei fautori della privatizzazione della sanità (che guardano alla esternalizzazione come una forma progressiva di riduzione del ruolo dello Stato), quello dei sostenitori del rafforzamento del servizio pubblico (consapevoli della necessità di un recupero di efficienza).

In realtà, la convergenza di interessi è solo parziale perché deve fare i conti con le valutazioni di convenienza economica e di governabilità delle soluzioni di esternalizzazione, fra le quali si ricorda la difficoltà di controllo dell'*outsourcer* (con conseguenti rischi di comportamenti opportunistici a danno dell'*outsourcee*, ovvero dell'azienda che esternalizza), la perdita di motivazione da parte dei dipendenti, la presenza di costi di transazione.

In tali condizioni, quali le prospettive di sviluppo nell'*outsourcing* nel settore sanitario? Una prima previsione può essere fatta sulla base delle tendenze in atto negli altri settori produttivi, dove *l'outsourcing* si è sviluppato prima e più intensamente. In tali realtà, dopo un periodo caratterizzato da una crescente adesione, le tendenze più recenti sembrano indicare un'evoluzione verso un ricorso meno acritico, anche in relazione alla diffusa consapevolezza dei

costi, in particolare di transazione, connessi all'esternalizzazione e alla difficoltà a realizzazione miglioramenti in termini di efficienza.

Di qui due ipotesi per la sanità: l'una ottimistica e l'altra pessimistica. E' possibile che la sanità tenti di beneficiare del *vantaggio di arrivare per ultimi*, ovvero del vantaggio di bruciare alcune tappe dell'evoluzione naturale del fenomeno, apprendendo dall'esperienza degli altri. Le linee guida che da più parti (vedi infra e, per tutti, Ocse 1997) si stanno predisponendo sono un primo motivo di speranza in tal senso. E' per contro possibile che la sanità, in quanto settore in alcuni circostanze meno capace di cogliere e sfruttare le sollecitazioni esterne, prosegua nella strada intrapresa e continui a esternalizzare a ritmi relativamente elevati e a condizioni subottimali.

Fin qui con riferimento alle aspettative e alle giustificazioni dell'affidamento all'esterno di parte dell'attività svolta dalle aziende sanitarie. Si discutano ora i risultati con riferimento alle analisi disponibili nella letteratura specialistica.

Le esperienze internazionali, in particolare anglosassoni e statunitensi, di *outsourcing* consentono prime indicazioni circa i risultati raggiunti (Ocse 1997, Mills Broomberg 1998, Quiggin 1995). Le analisi più significative si riferiscono alla realtà ospedaliera e riguardano in gran parte l'esternalizzazione di servizi non clinici.

Gli studi indicano che, in linea di massima, l'affidamento di un servizio all'esterno è in grado di garantire un contenimento dei costi di produzione.

Tale affermazione va peraltro qualificata con riferimento ad una serie di elementi: le dimensioni del contenimento (spesso oggetto di controversie), l'orizzonte temporale (che deve essere esteso oltre il breve periodo), le tipologie di servizi (con riguardo a quelli che presentano maggiori possibilità di risparmio), i fattori che contribuiscono a spiegare il contenimento dei costi (distinguendo fra miglioramenti di efficienza produttiva e riduzione dei prezzi di acquisto dei fattori produttivi), i soggetti sui quali ricadono i vantaggi del contenimento dei costi (l'azienda che esternalizza o il fornitore del servizio esternalizzato?), l'entità dei costi di transazione (connessi al nuovo contesto contrattuale), la qualità del servizio reso al consumatore finale (nei suoi contenuti tecnici ma anche negli aspetti relazionali e di comfort) e, più in generale, le ricadute sul sistema produttivo (livelli di occupazione, condizioni di lavoro, potenzialità di sviluppo di specifici settori produttivi, ecc.).

Si noti che nella maggior parte dei casi la scelta di esternalizzare non discende da rigorose analisi economiche<sup>7</sup>. Spesso le decisioni sono prese sulla base di considerazioni parziali perché limitate quanto a priorità da affrontare, tipologie di costi e benefici esaminati, orizzonte temporale considerato, alternative identificate ai fini della comparazione, prospettiva di analisi, ecc.. Per tale ragione di seguito ci si limita a una sintesi delle indicazioni più significative che emergono dalle esperienze disponibili, ponendo l'accento sugli aspetti degni di maggiore

---

<sup>7</sup> Per una chiara esposizione del percorso metodologico da seguire ai fini della valutazione complessiva delle alternative disponibili e della relativa convenienza economica si veda Battaglia 1994.

attenzione da parte di un lettore potenzialmente interessato a conoscere i rischi e le opportunità insiti nel passaggio a un fornitore esterno privato di un'attività.

In linea generale, gli studi indicano risparmi significativi, nel breve periodo, per tutti quei servizi che richiedono operazioni semplici e ripetitive e che prevedono l'impiego di personale a bassa qualificazione e facilmente reperibile sul mercato; si vedano, in particolare, i servizi di raccolta rifiuti, pulizia, manutenzione edilizia e degli spazi verdi, ristorazione (Mills Broomberg 1998). I risparmi sono riconducibili sia ad un aumento della produttività del lavoro (grazie ad una migliore organizzazione dell'attività, alla riduzione dell'assenteismo e all'aumento dei ritmi di lavoro), sia all'abbattimento del costo unitario del fattore lavoro (grazie al ricorso a contratti di lavoro e a forme di collaborazione meno onerose per il datore di lavoro).

La dimensione dei risparmi è oggetto di dibattito; le valutazioni oscillano fra pochi punti percentuali e riduzioni anche del 30-40%.

Le divergenze sono in parte spiegabili in relazione all'orizzonte temporale considerato. L'esperienza insegna che gli effetti di breve periodo tendono a ridursi nel medio periodo. L'evoluzione della struttura del mercato, il formarsi di posizioni dominanti, la creazione di barriere all'entrata, la migliore specificazione delle condizioni contrattuali, sono tutti fattori che sembrano favorire, nel tempo, la riduzione dei vantaggi iniziali. Da notare che l'iniziale contenimento dei costi è talvolta realizzato a spese del fornitore, che in taluni casi registra perdite consistenti a fine esercizio (Quiggin 1995).

Sotto un altro profilo, si osserva un peggioramento delle condizioni di lavoro degli occupati nelle industrie che forniscono il servizio esternalizzato. L'esternalizzazione può incoraggiare il ricorso (da parte dei fornitori) a modelli organizzativi poco attenti alla sicurezza nei luoghi di lavoro, può estendere l'impiego di lavoratori irregolari o comunque disposti a lavorare in ambienti insicuri; può moltiplicare le opportunità di evasione contributiva e fiscale<sup>8</sup>. Ciò può verificarsi, in particolare, in quei paesi dove la normativa è meno stringente o dove è meno puntuale il rispetto delle regole. Di qui la necessità di intensificare i controlli proprio nei settori più esposti a tali rischi. D'altro canto, l'esperienza australiana degli anni '80 sembra indicare che la lotta all'evasione fiscale è in grado di incidere, fra l'altro, anche sulle possibilità di risparmio derivanti dal *contracting out* (Quiggin 1995).

Si tratta di ricadute indirette, non strettamente imputabili al processo di *outsourcing*, ma certamente non trascurabili da parte del settore pubblico nel momento in cui opta per l'affidamento all'esterno di un insieme di attività. Le condizioni del mercato dei servizi da esternalizzare, la situazione del mercato del lavoro e i comportamenti dei diversi soggetti costituiscono importanti elementi ai fini della valutazione della desiderabilità sociale di un processo di progressivo abbandono da parte del settore pubblico di alcune aree di attività.

---

<sup>8</sup> Il fenomeno è studiato con riferimento alla salute e alle condizioni di lavoro degli occupati nelle industrie che erogano servizi al settore privato (Mayhew e Quinlan 1999). Per il settore pubblico, ricadute in gran parte analoghe sono riportate in Quiggin (1995).

Con riguardo ai fattori che spiegano il contenimento dei costi, i risultati indicano che i risparmi sono in gran parte riconducibili all'abbattimento del costo unitario del fattore lavoro, a parità di produttività. In generale, emerge una maggiore possibilità di risparmio in presenza di un mercato locale del lavoro caratterizzato da un eccesso di offerta e da una modesta forza sindacale.

Si noti che la possibilità di utilizzo di lavoro a basso costo è l'elemento che spiega le scelte dei fornitori a favore della rinuncia all'impiego di modalità produttive a maggiore intensità di capitale, nonostante le possibili economie di scala. Il fenomeno è inoltre da ricondurre all'incertezza circa la durata del contratto di fornitura, che induce l'imprenditore a rinviare investimenti in attrezzature costose, soprattutto in prossimità della scadenza del contratto, e a preferire una combinazione produttiva con un maggior impiego di lavoro. Ne discende un maggior impatto sul mercato del lavoro, di aumento dei livelli di occupazione, soprattutto a livello locale e relativamente alle forze di lavoro meno qualificate.

In breve, l'esternalizzazione sembra essere in grado di favorire il contenimento dei costi dei servizi, grazie alla riduzione dei salari e al peggioramento delle condizioni di lavoro verso livelli inferiori a quelli garantiti ai dipendenti pubblici e ai lavoratori regolari.

Gli effetti complessivi sul mercato del lavoro dipendono naturalmente dall'importanza relativa delle attività privatizzate rispetto all'insieme delle attività produttive. Dal punto di vista dell'efficienza economica a livello macro, la riduzione del prezzo di un fattore produttivo (il lavoro) che la rigidità del mercato mantiene a livelli superiori a quelli che si realizzerebbero in condizioni di concorrenza produce una riduzione delle distorsioni e della perdita di benessere.

Ovviamente tali risultati sono osservabili principalmente con riguardo ai servizi la cui produzione richiede l'impiego di personale meno qualificato (pulizie, raccolta rifiuti, lavanderia, cucina, ecc.). Diverso è il caso dell'esternalizzazione di servizi clinici direttamente connessi all'assistenza sanitaria, quali ad esempio i servizi diagnostici, ove le possibilità di utilizzo di personale a basso costo sono molto ridotte e il contenimento dei costi è in gran parte riconducibile ad un maggiore impiego del fattore capitale (in sostituzione del fattore lavoro).

Fin qui con riferimento ai costi di produzione del servizio, a prescindere dai costi connessi all'attivazione della procedura di affidamento all'esterno e di monitoraggio di attività dell'azienda. L'introduzione di rapporti contrattuali con fornitori esterni genera costi di transazione difficilmente quantificabili. Analisi puntuali sono disponibili con riferimento all'introduzione dei quasi mercati nel Regno Unito. I risultati indicano un significativo aumento dei costi amministrativi e del personale, di dimensioni peraltro controverse (Glennester Le Grand 1995).

Le analisi comparative fra gestione interna e gestione esterna dei servizi tendono spesso a trascurare i maggiori oneri connessi al processo di esternalizzazione. A giudizio di chi scrive, spesso non si tratta solo di mancata contabilizzazione di specifiche voci di costo, ma più frequentemente di mancata attivazione delle attività che dovrebbero accompagnare il processo di *contracting out*. Spesso le aziende pubbliche ignorano completamente i cambiamenti che

inevitabilmente si dovrebbero apportare all'organizzazione interna in occasione dell'affidamento all'esterno di un insieme di attività. Non a caso uno degli aspetti più carenti, che - fra l'altro - contribuisce a spiegare il frequente divario fra risparmi potenziali e risparmi effettivi, è l'incapacità dei vertici aziendali a progettare una adeguata reingegnerizzazione (per usare un termine brutto, ma efficace) dei processi interni, sviluppando apposite professionalità in grado di gestire attività nuove e delicate quali, ad esempio, la selezione e il controllo dei fornitori esterni.

Fra i costi *indiretti* connessi all'affidamento all'esterno di alcune attività produttive vanno infine attentamente valutati quelli legati alla possibile perdita di competenze e di informazioni cruciali per le strategie aziendali (*know how*), alla difficoltà di controllo dell'*outsourcer* (con conseguenti rischi di comportamenti opportunistici a danno dell'azienda che esternalizza) e alla perdita di motivazione da parte dei dipendenti, fonte di preoccupazione in un contesto sempre più competitivo, che punta sul senso di appartenenza del personale e sul rafforzamento dell'immagine dell'azienda.

Con riguardo agli effetti dell'*outsourcing* sulla qualità del servizio, positive sembrano in generale le valutazioni con riferimento ai servizi non clinici; nella maggior parte dei casi si osserva una maggiore attenzione ai temi della qualità che, con il tempo e il crescere delle esperienze, favorisce un graduale miglioramento dei livelli di soddisfazione dell'utente e produce un effetto di emulazione anche nelle attività gestite all'interno dell'azienda.

In generale gli studi disponibili indicano che i risultati dipendono dalla capacità delle aziende pubbliche di agire in modo efficiente, analogamente a quanto farebbe un contraente razionale ed esperto che sceglie se e quando esternalizzare, come specificare le condizioni contrattuali e come monitorare i risultati. In particolare, il soggetto che affida all'esterno parte dell'attività deve possedere al proprio interno professionalità in grado di pianificare, effettuare una analisi economica, disegnare e negoziare un contratto, utilizzare il sistema informativo a fini decisionali.

Infine i risultati sono strettamente legati a fattori contingenti, a partire dalle condizioni dei mercati nei quali sono scambiati i fattori produttivi e le materie prime immessi nei diversi processi di produzione.

Concludendo, la strategia di trasferire progressivamente all'esterno parte delle attività tradizionalmente svolte all'interno dell'azienda presenta luci e ombre che devono essere attentamente valutate prima di ogni possibile decisione. Le esperienze indicano buone opportunità di contenimento dei costi e di miglioramento della qualità dei servizi, a condizione che il processo di esternalizzazione non sia considerato fine a se stesso e non sia adottato in modo acritico<sup>9</sup>. Al contrario una rigorosa valutazione preliminare dei fattori a favore e contro la soluzione esterna sono condizione necessaria, anche se insufficiente, per il successo di qualunque iniziativa.

---

<sup>9</sup> E' inoltre necessario "sterilizzare il tema dai pregiudizi ideologici " (Battaglia 1994), a favore e contro la esternalizzazione, e procedere con pragmatismo alla valutazione puntuale delle diverse ipotesi

Ne sono conferma, ad esempio, le indicazioni dell'"American Society of Health System Pharmacists (1998) la quale fornisce un elenco dei fattori a favore e contro l'esternalizzazione dei servizi farmaceutici, sotto forma di linee guida da seguire a cura del decisore al fine di favorire una valutazione complessiva su tutti gli elementi rilevanti prima di ogni scelta definitiva. In particolare, il documento elenca per ognuno degli aspetti considerati (organizzazione dei processi produttivi, personale, controllo dei costi, qualità del servizio, regolamentazione, competitività<sup>10</sup>) le possibili ricadute positive e negative.

Un discorso a parte merita il tema dell'affidamento all'esterno di un progetto di investimento, per il quale si rinvia al paragrafo sull'esperienza della *Private Finance Initiative* del Regno Unito.

#### **4. Alcune esperienze significative**

Di seguito si descrivono sinteticamente alcuni casi di integrazione fra pubblico e privato e di innovazione nel finanziamento di progetti di investimento in sanità.

##### *Progetti di razionalizzazione energetica*

Numerosi studi hanno dimostrato che le strutture ospedaliere possono contenere la spesa per consumi energetici e ridurre le emissioni di sostanze inquinanti attraverso interventi di ammodernamento degli impianti di produzione e di trasferimento dell'energia (Botti 2000). Esperienze di successo in tal senso sono osservabili negli Stati Uniti, in Canada, in Spagna, in Germania; la Comunità Europea ha adottato una strategia di sostegno al miglioramento dell'efficienza energetica promuovendo l'utilizzo di specifici strumenti finanziari (FTT, Finanziamento tramite terzi). La formula più diffusa è l'affidamento della fornitura globale a un'impresa di servizi energetici (una *Esco, energy service company*) la quale riceve come corrispettivo il risparmio reso possibile dall'investimento. L'azienda sanitaria non sostiene alcun costo diretto, posto che l'investimento è realizzato completamente dalla Esco, la quale assume il ruolo di società di progetto. Le dimensioni del progetto richiedono di norma l'intervento di un finanziatore, il quale si trova nella condizione di dover valutare la bontà del progetto (e non tanto l'affidabilità dell'azienda). La remunerazione del capitale investito avviene attraverso i risparmi sui costi energetici dell'ospedale; la durata del contratto è almeno pari al periodo di ammortamento finanziario dell'investimento, al termine del quale l'impianto diviene di proprietà dell'azienda sanitaria.

---

<sup>10</sup> A favore dell'outsourcing sono elencati, ad esempio, il superamento di inefficienze interne e di difficoltà di copertura dell'organico. Contro l'outsourcing sono elencati, ad esempio, la perdita di capacità di governo delle decisioni sul servizio farmaceutico nel medio-lungo periodo e la difficoltà a ri-attivare soluzioni alternative in caso di insuccesso dell'outsourcing.

I risultati conseguiti in alcuni ospedali europei rivelano elevati margini di redditività e una buona utilizzabilità nelle aziende sanitarie<sup>11</sup>. Con riferimento ai sette casi esaminati, Botti (2000) stima un periodo di recupero dell'investimento di circa 5 anni e un tasso medio di rendimento interno dei progetti di circa il 17%. Il punto debole è la rischiosità del progetto, soprattutto in relazione ad alcune variabili economiche, quali il prezzo dell'energia (che, in caso di diminuzione, riduce il risparmio realizzabile) e i tassi di interesse (che, in caso di crescita, rendono più oneroso l'indebitamento).

La scarsa diffusione, in Italia, di questo strumento è riconducibile a più fattori: la bassa conoscenza delle opportunità esistenti da parte delle aziende sanitarie, la mancanza di società con capacità tecniche e finanziarie sufficienti a realizzare tali interventi, la limitata sensibilità delle istituzioni finanziarie verso tali progetti, le difficoltà legate alla normativa (Botti 2000).

L'esperienza della Regione Piemonte è particolarmente significativa. L'amministrazione regionale ha provveduto fra l'altro alla predisposizione di uno *Schema di capitolato per l'appalto di fornitura del servizio-energia e di realizzazione di interventi di efficienza energetica in regime di Finanziamento Tramite Terzi* per le aziende sanitarie locali ed ospedaliere nel quadro delle previsioni della Direttiva CEE n. 93.76 e del DPR 412/1993<sup>12</sup>.

#### *Esternalizzazione dei servizi di pulizia in Danimarca*

La Danimarca ha una lunga tradizione di esternalizzazione di servizi pubblici.

A partire dalla seconda metà degli anni '80, il governo ha promosso numerose iniziative volte a favorire il ricorso all'affidamento all'esterno di servizi garantiti dall'amministrazione pubblica. Per esplicita dichiarazione del governo, lo sviluppo del *contracting out* non è un obiettivo di per sé, bensì uno strumento per rafforzare la competizione dal lato dell'offerta allo scopo di migliorare l'efficacia degli interventi.

Un caso di *best practice* riportato nella rassegna dell'Ocse (1997) è quello relativo alla esternalizzazione dei servizi di pulizia del National Hospital of Denmark. Nel 1991 i vertici dell'ospedale avviarono un'analisi, in stretta collaborazione con il personale interno, volta a valutare la possibilità dell'affidamento all'esterno di alcuni servizi ausiliari.

Il modello di analisi sviluppato prevede:

1. una descrizione delle attività suscettibili di affidamento all'esterno, con l'obiettivo di rispondere alle seguenti domande: quali funzioni sono richieste? in che quantità sono richieste? con quale livello di qualità? a quali costi possono essere prodotte?
2. una valutazione preliminare volta a selezionare le attività in grado di garantire un risparmio di almeno il 10% rispetto ai costi interni.

---

<sup>11</sup> Fra i casi più significativi si segnalano gli ospedali Queen Elizabeth II di 460 posti letto in Inghilterra, l'ospedale Marques de Valdecilla e l'ospedale Generale di Guadalajara in Spagna (Botti 2000).

<sup>12</sup> Il materiale è consultabile nel sito [www.icie.it](http://www.icie.it).

Il modello include la decisione di esternalizzare tutti quei servizi che rispondono ai criteri previsti. Il servizio di pulizia fu giudicato esternalizzabile. Si noti che il mercato danese dei servizi di pulizia è particolarmente evoluto e competitivo.

La valutazione della convenienza economica fu fatta sulla base delle indicazioni del Ministero delle Finanze le quali prevedono, fra l'altro,

- la valutazione preliminare (prima dell'acquisizione delle offerte dall'esterno) del costo complessivo dell'attività, tenuto conto dei costi diretti (personale, materiale di consumo, ecc.) e indiretti (quota parte di costi generali, ammortamenti ecc.) sopportati dalla struttura interna,
- la valutazione dei costi connessi alla gestione del contratto di fornitura (la valutazione è effettuata una volta note le offerte esterne), da sommare ai costi previsti dal fornitore esterno.

La scelta del fornitore è fatta sulla base di un processo di pre-qualificazione volto a verificare - fra l'altro - l'affidabilità delle imprese partecipanti. Nel caso in esame, la pre-qualificazione ha portato alla selezione di tre offerte: due esterne (fra le quali una sorprendentemente bassa) e una interna (la più elevata). L'offerta più conveniente, inferiore di oltre il 40% rispetto alla più elevata, fu accettata.

L'avvio dell'attività da parte del vincitore della gara è stato preceduto da una serie di incontri informativi e organizzativi con il personale dell'ospedale. In forza di norme volte a garantire il personale interno, parte degli addetti al servizio dismesso fu trasferita all'impresa esterna; ad altri furono offerte soluzioni alternative. Un periodo di forti tensioni sindacali segnò l'inizio della collaborazione.

L'esperienza del National Hospital of Denmark si caratterizza per la dettagliata specificazione dell'oggetto del contratto. Sono previsti standard di servizio (frequenza e qualità dell'attività) per ogni singola stanza dell'ospedale e per l'intero edificio. Il fornitore dispone di limitati margini di flessibilità.

L'esperienza è stata considerata positiva sotto tutti i punti di vista. Dopo un iniziale caduta della qualità del servizio, seguita dall'introduzione di un meccanismo di controllo concordato fra i due contraenti, la qualità è progressivamente migliorata. I risparmi sono stati consistenti. Il tasso di assenza per malattia del personale addetto al servizio si è ridotto da circa il 22% al 5%.

Secondo l'Ocde, l'esperienza danese insegna che è possibile contenere i costi senza ridurre la qualità del servizio. Appare evidente che i risultati dipendono dall'accuratezza con la quale è realizzato l'intero processo di valutazione delle opportunità e dal grado di coinvolgimento del personale in ogni momento del percorso.

#### *Formule innovative di acquisto di beni e servizi*

In molti paesi, compreso il nostro, l'obiettivo del contenimento dei costi ha favorito la graduale sperimentazione di formule innovative di acquisto di beni e servizi.

Le soluzioni più frequenti sono le *unioni di acquisto*, ove più aziende si mettono insieme per avere una maggiore forza contrattuale nei confronti dei fornitori di determinati prodotti (per un'ampia rassegna delle esperienze italiane e straniere, si veda Buccoliero Meneguzzo, 1999).

Altre formule rispondono all'esigenza dell'azienda di interagire con un unico interlocutore, in grado di assicurargli (non necessariamente di fornirgli direttamente) un'insieme di beni e di servizi, anche molto eterogenei (dalla fornitura di attrezzature all'erogazione di interventi di formazione, dall'assunzione di compiti gestionali alla esecuzione di opere edili). Tale soluzione prevede il ricorso a un *main o general contractor* o, in prospettiva, a *grandi rivenditori transnazionali* in grado di approvvigionarsi dei prodotti di tutte le marche (fattore essenziale in un settore dove ogni professionista reputa determinante la disponibilità di uno specifico prodotto, con un dato marchio di fabbrica) e di fornire soluzioni *chiavi in mano* per qualunque problema (in teoria, per rispondere a qualunque bisogno del cliente e non solo per fornire singoli beni)<sup>13</sup>. Il *general contractor* (sperimentato, secondo modalità molto differenti, in alcune realtà italiane) presenta il vantaggio di ridurre il numero di interlocutori dell'azienda, ma espone quest'ultima ad un maggior grado di dipendenza dal fornitore unico. Da parte sua, il contraente unico fronteggia, in un contesto incerto e in evoluzione, rilevanti difficoltà e rischi d'impresa, anche in relazione alla necessità di interagire con un numero e una varietà di soggetti appartenenti a diversi settori produttivi.

Il ricorso a soluzioni *chiavi in mano* è ampiamente diffuso nella diagnostica di laboratorio, un settore che presenta ampie possibilità di miglioramento in termini di riorganizzazione e centralizzazione dei processi produttivi. In Europa, e in particolare in Germania, esistono numerosi esempi di società in grado di fornire non soltanto la tecnologia, ma anche l'assistenza tecnica, la manutenzione, la risoluzione di problemi logistico-strutturali, fino alla prestazione dell'intero servizio al paziente. Un altro settore interessato alla esternalizzazione del tipo *chiavi in mano* è il servizio di sterilizzazione, ove l'ospedale può affidare all'esterno la completa gestione dell'attività, dalla ristrutturazione della centrale, all'acquisizione delle apparecchiature e del materiale di consumo, fino al reclutamento del personale specializzato e alla validazione e certificazione delle attrezzature e dei percorsi in base alle normative in vigore. In Italia, le prime esperienze in tale direzione sono ancora oggetto di sperimentazione.

Tali soluzioni sono prossime a quelle che implicano il coinvolgimento del capitale privato nella realizzazione di progetti di investimento particolarmente rilevanti, del tipo *project finance*, rispetto ai quali si riporta di seguito l'esperienza del regno Unito.

## **5. Il *Private Finance Initiative* nel Regno Unito**

---

<sup>13</sup> Sulla base del rapido sviluppo osservato negli Usa, gli esperti prevedono una crescita significativa del *general contractor* e, a medio termine, dei rivenditori transnazionali anche in Europa e in Italia.

Il *Private Finance Initiative* (PFI) è lo strumento, introdotto nel Regno Unito nel 1992, attraverso il quale il settore privato è coinvolto nel finanziamento di progetti pubblici di investimento, al fine di ridurre la pressione sulla finanza pubblica degli interventi in conto capitale. La normativa prevede che tutti i progetti di investimento siano normalmente considerati da finanziare con il capitale privato; nel caso in cui l'apporto privato non possa essere praticato, l'ufficio regionale valuterà la possibilità di finanziamento, ma non sarà in nessun caso tenuto a finanziarlo, anche in presenza di un potenziale ritorno sugli investimenti accettabile<sup>14</sup>.

L'obiettivo dichiarato è rilanciare gli investimenti in infrastrutture sociali e sanitarie al fine di favorire l'ammodernamento di un patrimonio immobiliare e tecnologico particolarmente vetusto e causa di inefficienze.

La formula normalmente utilizzata è quella nota come DBFO, *design, build, finance and operate*, secondo la quale il settore privato (di norma un consorzio, un raggruppamento di imprese, ecc.) è responsabile della progettazione (sulla base delle specifiche indicate dal servizio sanitario nazionale), della costruzione (nei tempi e ai costi prestabili), del finanziamento (da remunerare attraverso la messa a disposizione dell'infrastruttura) e della gestione di una struttura sanitaria.

La realizzazione di un progetto attraverso il PFI richiede lo sviluppo delle seguenti fasi:

- precisazione del contesto strategico e identificazione delle opportunità di cambiamento,
- identificazione dell'opzione preferita e specificazione dei risultati attesi,
- predisposizione delle procedure di gara e specificazione dettagliata degli outputs, degli outcomes e dei rischi,
- pubblicazione della gara nella Gazzetta ufficiale della Comunità Europea; identificazione dei potenziali concorrenti,
- negoziazione con i concorrenti selezionati, identificazione dell'offerta migliore e predisposizione definitiva del Business Case, in termini comparativi,
- approvazione, implementazione e avvio del monitoraggio del progetto.

Il percorso è indicato nella figura 2 (DHO 2000).

Le esperienze hanno consentito di sviluppare e perfezionare schemi innovativi, in taluni casi anche piuttosto complessi, la cui adozione richiede competenze e capacità innovative. La documentazione tecnica di supporto è estremamente dettagliata e composita.

Tralasciando in questa sede i modelli adottati, ci si soffermi sulle argomentazioni economiche a sostegno dello sviluppo del PFI. Esse sono sostanzialmente due. La prima volta a sottolineare la necessità di evitare "spurious constraints" sulle spese in conto capitale del settore pubblico, semplicemente a causa di difficoltà di bilancio e in presenza di investimenti valutati positivamente dal punto di vista dell'efficienza (Flemming e Mayer 1997). La seconda

---

<sup>14</sup> Per una analisi delle prime esperienze di project finance nel Regno Unito e delle sua applicabilità alla realtà italiana si veda Amatucci (1997). Per un esame delle esperienze internazionali di coordinamento degli acquisti, compreso il ricorso al project finance si veda Buccoliero Meneguzzo (1999). Per un esame del materiale informativo sul *Private Finance Initiative* si veda la ricca documentazione contenuta nel sito del Department of Health del Regno Unito ([www.doh.gov.uk/pfi](http://www.doh.gov.uk/pfi)).

argomentazione fa riferimento al diverso sistema di incentivi, in relazione al differente costo del capitale, rispettivamente nel settore pubblico e nel settore privato, e del conseguente divario nella capacità di utilizzo del capitale investito (Sussex 2001).

Le posizioni critiche nei confronti del PFI, in gran parte sostenute dalle organizzazioni professionali, riguardano la responsabilità del PFI nelle scelte di programmazione sanitaria (di volta in volta, a favore o contro particolari strategie), la scarsa trasparenza degli accordi, i rischi per il Ssn nel lungo periodo (Dawson 2001).

La letteratura specialistica di tipo economico ha recentemente posto l'accento su alcuni aspetti relativi all'orizzonte temporale dei progetti realizzati con il PFI.

In primo luogo, il problema dei costi di lungo periodo. Il rapido sviluppo tecnologico e i possibili cambiamenti nelle strategie di politica sanitaria sono sufficienti a spiegare la riluttanza del settore privato a partecipare a progetti di investimento di durata pari ad almeno 30-50 anni (nel settore ospedaliero)<sup>15</sup>. Il governo inglese ha tentato di superare tali difficoltà attraverso una serie di interventi volti a garantire l'investitore privato rispetto a ogni mutamento di politica sanitaria, o a ogni evoluzione della domanda di servizi, di dimensioni tali da rendere obsoleto l'investimento in infrastrutture ospedaliere (Dawson 2001). Tali provvedimenti, propri della seconda metà degli anni '90, se da un lato hanno favorito lo sviluppo del PFI<sup>16</sup>, dall'altro hanno aperto il dibattito (tecnico e politico) sugli effetti e sui costi della protezione degli investitori privati contro i rischi di mutamenti nella domanda. Si noti che il confronto con altri paesi in cui è ugualmente sviluppato il modello di partnership pubblico privato (PPP) non è immediato perché, anche laddove non sono previsti analoghi meccanismi di salvaguardia contro i rischi di mutamenti del mercato, gli investitori privati godono di agevolazioni fiscali, di particolari condizioni di accesso al credito, di fondi di garanzia che riducono comunque i rischi per il capitale privato.

Un ulteriore aspetto riguarda il problema della regolazione. La necessità, in occasione di mutamenti non previsti al momento della definizione del contratto iniziale, di rinegoziare le condizioni che regolano i rapporti fra PFI e Servizio sanitario nazionale NHS può risultare particolarmente onerosa. Di qui il tentativo di sostituire la negoziazione bilaterale con meccanismi di regolazione, simili a quelli sperimentati in altri servizi pubblici (ad esempio, nel settore della fornitura dell'acqua a livello locale, esperienza fra le più positive).

La questione ha peraltro contribuito a sollevare il quesito circa la preferibilità di un sistema che non riesce a trasferire i rischi dal settore pubblico al settore privato. Il dibattito è vivace e aperto, ma il ricorso al capitale privato attraverso la formula del PFI ha reso possibile l'avvio di un grande numero di progetti di investimento altrimenti destinati a non trovare alcuna possibilità concreta di realizzazione attraverso il finanziamento pubblico.

---

<sup>15</sup> Ciò spiega il modesto sviluppo del PFI nei primi anni di avvio del progetto.

<sup>16</sup> A partire dal 1997, l'85% dei fondi destinati a progetti di investimento nel servizio sanitario inglese proviene da PFI.

## 5. Le Sperimentazioni gestionali nell'esperienza italiana

Forme di collaborazione pubblico - privato sono espressamente previste dalla normativa italiana in materia sanitaria. Il tema è disciplinato dall'articolo 9/bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall'articolo 10 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, secondo il quale le regioni possono proporre "programmi di sperimentazione aventi a oggetto nuovi modelli gestionali, che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato".

Nell'ambito della recente revisione dei rapporti fra programmazione e mercato, il legislatore ha previsto lo sviluppo di forme di collaborazione pubblico privato là dove il "privato è interessato a operare *insieme* e non *in sostituzione* del pubblico", allo scopo di favorire il "perseguimento degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e regionale"; la collaborazione rappresenta quindi un'occasione per "convogliare risorse private nella produzione e nell'erogazione dei servizi pubblici" (Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, 2000, d'ora innanzi Conferenza Stato Regioni)

La normativa prevede che le regioni esplicitino le motivazioni che le spingono a ricercare collaborazioni con i soggetti privati, con riguardo a "convenienza economica e miglioramento della qualità dell'assistenza"<sup>17</sup>. Le ragioni economiche devono essere analizzate in termini comparativi, in modo da dimostrare "la superiorità dello strumento organizzativo proposto rispetto a potenziali forme alternative di soluzione al problema dichiarato" (Conferenza Stato Regioni, 2000).

Particolare attenzione è dedicata al caso in cui la sperimentazione gestionale sia "motivata da problemi di accesso al capitale". In tale contesto, la valutazione comparativa della economicità deve essere effettuata rispetto alle opzioni possibili in base alla normativa vigente, fra le quali il documento della Conferenza Stato Regioni indica espressamente:

- la valorizzazione delle risorse *interne* dell'azienda e del sistema, attraverso il contenimento dei costi, l'aumento dei ricavi da entrate proprie (ticket, donazioni, sponsorizzazioni, sviluppo di attività collaterali, ecc.), la valorizzazione del patrimonio aziendale da reddito e le anticipazioni del tesoriere;
- il ricorso a capitale di debito: i) sul mercato pubblico, attraverso accordi di programma (art. 5/bis, d. lgs 502/92 e successive modificazioni e integrazioni) e ii) sul mercato privato, con il limite del 15% delle entrate proprie correnti e di durata non superiore a 10 anni (art. 2, comma 2 sexies, d. lgs 502/92 e successive modificazioni e integrazioni).

---

<sup>17</sup> Cfr. articolo 9/bis, comma 2 del d. lgs 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.

In un'ottica di medio-lungo periodo, il progetto deve inoltre elaborare un'analisi degli effetti sul sistema regionale con particolare riguardo alle ricadute sulla struttura dell'offerta, sulla contendibilità dei mercati, sull'equilibrio economico del sistema sanitario e, ove opportuno, sulla finanza pubblica.

E' inoltre precisato che la proposta deve essere coerente con le previsioni del Piano sanitario regionale e deve evidenziare "gli elementi di garanzia" assicurati ai cittadini (art. 9/bis, comma 2, d. lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni).

La costituzione di società autonome destinate alla produzione di servizi che afferiscono all'organizzazione sanitaria pubblica è subordinata alla individuazione degli ambiti che possono essere oggetto di esternalizzazione. In proposito, la normativa prevede che la Conferenza Stato-Regioni possa autorizzare, in base all'articolo 90 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, sperimentazioni gestionali "in deroga alla normativa vigente e nel rispetto dei livelli uniformi e dei relativi finanziamenti", "ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti da soggetti singoli, istituzioni di associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi"

Pare opportuno notare come le indicazioni contenute nella normativa italiana sono in gran parte allineate con quelle raccomandate a livello internazionale; merita in particolare attenzione l'enfasi posta su elementi quali l'orizzonte temporale di medio-lungo periodo, la valutazione comparativa rispetto alla soluzione interna, la specificazione di almeno una alternativa percorribile, l'enfasi sullo sviluppo di forme di collaborazione fra i diversi soggetti coinvolti, la collocazione all'interno della programmazione regionale.

Le esperienze in atto nel nostro Paese sono ancora difficilmente valutabili. I percorsi compiuti sono in taluni casi relativamente promettenti ed in altri del tutto fallimentari. D'altro canto sembra necessaria una ricognizione a tappeto delle esperienze di integrazione pubblico - privato operanti nelle diverse realtà regionali, anche al di fuori delle autorizzazioni di cui alla normativa in esame. E' probabile infatti che, al di là delle poche sperimentazioni autorizzate a livello nazionale ai sensi dell'art. 9-bis del d. lgs 502/92 e successive integrazioni e modificazioni, i casi di soluzioni innovative siano piuttosto numerosi. Per una breve sintesi delle esperienze di società a capitale misto costituite in via sperimentale in Emilia Romagna, si veda Fiorentini (2000).

Con riguardo alle argomentazioni a favore della costituzione di società a capitale misto, si riportano le principali motivazioni che emergono dall'analisi delle esperienze in atto (Fiorentini, 2000):

1. *l'imperativo dell'innovazione*, proprio di un mercato aperto alla competizione e con una domanda in continua evoluzione, che spinge le aziende sanitarie a innovare i *processi* e i *prodotti*. I fondi pubblici sono infatti talvolta insufficienti a consentire l'avvio di progetti di

riorganizzazione e di innovazione, tanto più che questi presentano economie di scala tali da richiedere dimensioni non irrilevanti,

2. *le esigenze di flessibilità*, in particolare il superamento di procedimenti con alti costi di transazione, quali le procedure ad evidenza pubblica per l'acquisizione di fattori produttivi e servizi ausiliari, al fine di ridurre i tempi di realizzazione, gli adempimenti amministrativi, i vincoli operativi, le rigidità delle regole che assillano gli amministratori pubblici,
3. il desiderio di *liberarsi* di quei servizi che, in quanto non direttamente rispondenti alla missione di servizio pubblico, distolgono l'attenzione e riducono la gratificazione dei responsabili dell'azienda sanitaria: è il caso dell'affidamento all'esterno di servizi di supporto (non *core business*),
4. l'orientamento *ideologico* a favore di una *maggiore presenza privata nel settore sanitario*, attraverso il graduale inserimento di capitale privato e di soggetti privati nel sistema di offerta,
5. le *ambizioni degli amministratori pubblici* che, con le società a capitale misto, riescono spesso a mantenere una posizione di forte controllo delle risorse evitando peraltro le procedure di valutazione comparativa,
6. la necessità di *superare i rischi finanziari e le incertezze istituzionali* che scoraggiano la partecipazione dei capitali privati alle iniziative di riorganizzazione e innovazione; la società a capitale misto presenta infatti il vantaggio di garantire il socio privato nei confronti di mutamenti negli orientamenti di programmazione dell'azienda sanitaria pubblica.

In breve, la spinta alle società miste potrebbe essere più facilmente osservabile nelle realtà dinamiche, attente alle esigenze del mercato e alle opportunità economicamente più vantaggiose, con dirigenti ambiziosi, professionalmente qualificati e competitivi. Non è d'altra parte un caso che le prime e più significative esperienze italiane siano osservabili nelle regioni più sviluppate dal punto di vista economico e più vivaci dal punto di vista imprenditoriale: Lombardia ed Emilia Romagna.

## **6. Linee guida per l'esternalizzazione dei servizi nel settore pubblico**

Nel settore pubblico, l'adozione di strumenti volti a affidare all'esterno la produzione o l'erogazione di alcuni servizi è considerato uno strumento volto a ridurre i costi e a migliorare la qualità del servizio.

L'Oecd (1997) ha recentemente promosso uno studio sulle migliori esperienze (*best practice*) di *contracting out* al fine di identificarne i fattori di successo e gli elementi di difficoltà<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Linee guida operative e strumenti tecnico-documentali finalizzati a supportare le aziende sanitarie nei processi di esternalizzazione dei servizi di supporto sono stati predisposti da alcune regioni e organismi

Di seguito sono riportate le indicazioni dell'Oecd, con riferimento agli aspetti e alle raccomandazioni particolarmente significativi per il settore dei servizi sanitari. L'obiettivo è quello di fornire una breve sintesi dei principali punti di forza e di debolezza delle strategie di *contracting out*. Le raccomandazioni dell'Oecd sono integrate, ove possibile, con quelle desumibili da altri documenti di analisi delle esperienze più significative.

Secondo l'Oecd, il successo del *contracting out* nel settore pubblico dipende dalla capacità delle amministrazioni di:

1. coinvolgere i vertici dell'azienda e incoraggiare la re-ingegnerizzazione dei processi,
2. dimostrare sensibilità ai problemi del personale,
3. specificare i servizi in termini di outcome,
4. sorvegliare i risultati e incoraggiare la cooperazione,
5. sviluppare la cultura del confronto,
6. valutare offerte interne,
7. sviluppare mercati concorrenziali,
8. sviluppare e mantenere le necessarie professionalità.

Di seguito si esplicitano i contenuti delle 8 raccomandazioni.

#### *1. coinvolgere i vertici dell'azienda e incoraggiare la re-ingegnerizzazione dei processi*

La dirigenza aziendale deve essere in grado di guardare alla esternalizzazione come a un'occasione per rivedere le funzioni e i processi adottati, per re-ingegnerizzare l'intera organizzazione, in altri termini per integrare l'esternalizzazione nella strategia complessiva di modernizzazione dell'azienda.

Il successo dell'esternalizzazione è infatti strettamente dipendente dalla capacità dell'azienda di imparare a svolgere un ruolo nuovo, quello di committente, anziché quello di produttore, di servizi.

E' altresì importante prevenire e affrontare in modo attivo le ricadute dell'*outsourcing* sull'organizzazione preesistente, posto che possono essere fonte di tensioni all'interno dell'azienda.

#### *2. dimostrare sensibilità ai problemi del personale*

L'esternalizzazione non è solo una questione di contenimento dei costi e/o di miglioramento della qualità dei servizi; è anche un problema di personale. L'incertezza delle ricadute sull'occupazione, che inevitabilmente accompagna ogni ipotesi di *outsourcing*, impone che il personale sia coinvolto, con estrema chiarezza, sin dal primo momento in cui viene presa in considerazione l'eventualità della fornitura esterna. I vertici aziendali devono dimostrarsi sensibili ai problemi dei lavoratori e sviluppare un dialogo franco con le rappresentanze

---

tecnici (si veda, ad esempio, il progetto di ricerca finanziato dal Ministero della Sanità e gestito dalla regione Basilicata).

sindacali. E' opportuno esplicitare e valorizzare le possibilità di crescita delle capacità professionali interne, grazie allo stimolo al confronto con l'esterno

Particolare attenzione deve essere riservata al rischio di reazioni avverse da parte di quei dirigenti che associano *l'outsourcing* a minori possibilità di carriera, e da parte di quei lavoratori che lo associano alla disoccupazione.

### *3. specificare i servizi in termini di outcome o di output*

Un ulteriore aspetto riguarda la capacità di stipulare contratti ottimali, quanto a oggetto e sistemi di remunerazione. I servizi affidati ai fornitori esterni devono essere specificati nel modo più completo possibile, in termini di *output* o di *outcome*, non in termini di *input*. A tal fine, preliminare è ovviamente la conoscenza effettiva di ciò che si vuole esternalizzare (*che cosa*) e non solo del processo attraverso il quale viene realizzato (*come*).

Devono essere definite misure soddisfacenti di risultato e di qualità del servizio e deve essere individuato un sistema di incentivi (contrattuali) in grado di incoraggiare il raggiungimento di un determinato livello di servizio.

L'analisi delle caratteristiche del mercato in cui è scambiato il servizio da esternalizzare, dal lato dell'offerta (numero di fornitori e strategie di comportamento) e dal lato della domanda (andamento e consistenza quali-quantitativa degli appalti promossi dalle aziende sanitarie), contribuisce all'individuazione di soluzioni funzionali alle esigenze dell'azienda.

### *4. sorvegliare i risultati e incoraggiare la cooperazione*

Esternalizzare un servizio non vuol dire diminuire la responsabilità dell'azienda nell'erogazione di quel determinato servizio. L'azienda deve regolarmente controllare le performance del fornitore in modo da garantire il raggiungimento dei livelli di servizio desiderati.

Inoltre, al di là delle caratteristiche della relazione contrattuale, è necessario che entrambe le parti (azienda sanitaria e fornitore) riconoscano la loro mutua dipendenza, il loro comune interesse a sviluppare forme di cooperazione. Per entrambi i soggetti, l'incompletezza dei contratti è infatti fonte di incertezza e stimolo ad una continua revisione delle clausole contrattuali (per lo meno in occasione di nuovi affidamenti).

L'azienda sanitaria deve poter controllare eventuali comportamenti opportunistici messi in atto dal fornitore; dal canto suo, il fornitore dovrebbe essere attento agli effetti sulla sua reputazione di eventuali azioni sleali nei confronti del committente. In particolare, l'azienda sanitaria dovrebbe poter evitare l'adozione, da parte del fornitore, di un livello sub ottimale di investimenti in innovazioni tecnologiche e organizzative, scelta sempre possibile, soprattutto in prossimità della scadenza del contratto, dato il rischio di affidamento ad altri del servizio.

### *5. sviluppare la cultura del confronto*

Qualunque decisione circa l'esternalizzazione di un servizio richiede un'attenta valutazione delle alternative praticabili. L'approccio deve riflettere un principio di fondo:

l'esternalizzazione non deve mai essere intesa come una *scelta obbligata*, bensì come *una delle scelte* che l'azienda può attivare in modo consapevole al fine di affidare uno o più servizi a soggetti esterni qualificati<sup>19</sup>.

A tal fine è innanzi tutto necessario una chiara conoscenza delle condizioni attuali di produzione del servizio che si assume poter esternalizzare: quanto costa, quante persone occupa, quanti lavoratori possono trovare diversa collocazione, quali i livelli di produttività, quale il grado di soddisfazione della domanda, quali i costi da recuperare, ecc.

In secondo luogo, va considerata prioritariamente l'alternativa della ristrutturazione dell'attività attuale e il conseguente mantenimento del servizio all'interno dell'azienda. Ciò al fine di evitare di accettare aprioristicamente l'ipotesi di superiorità della soluzione dell'esternalizzazione. Al contrario, l'ipotesi va sottoposta a verifica attraverso una corretta applicazione dell'approccio costi benefici, il che implica l'analisi dei costi e dei benefici di almeno *due* alternative, una delle quali può sicuramente essere lo *status quo* (o una sua variante). Devono essere considerati (non necessariamente *quantificati*, ove oggettivamente infruttuoso) tutti i costi rilevanti (compresi quelli della gestione delle procedure di gara e del contratto di fornitura) e tutti i benefici (quali, ad esempio, quelli derivanti dall'eventuale introduzione di innovazioni tecnologiche), diretti e indiretti (compresi quelli legati all'incompletezza dei contratti) e devono essere attentamente valutati tutti i rischi, compreso quello legato alla possibile dipendenza da un unico fornitore esterno o all'eventuale collusione tra i partecipanti.

#### 6. valutare offerte interne

Il caso dell'offerta interna si verifica quando l'unità operativa precedentemente responsabile del servizio destinato ad essere affidato all'esterno presenta un'offerta, in contrapposizione a quella presentata dai fornitori esterni. Si tratta del caso noto come *competitive tendering*. I criteri per ammettere un'offerta interna devono essere chiari ed espliciti. Deve essere garantita l'assoluta parità di trattamento: nelle condizioni di presentazione delle proposte (compresa la documentazione circa la presenza di requisiti di qualità), nella valutazione delle diverse offerte (compresa l'accuratezza delle stime dei costi interni) e nella verifica dell'attività svolta (in caso di affidamento all'interno del servizio).

Da notare che il personale interno è in genere nella migliore posizione per identificare le opportunità di miglioramento, per giudicarne la fattibilità di un progetto di riorganizzazione, per proporre soluzioni integrative e/o alternative rispetto a quelle formulate dal fornitore esterno. A tale posizione di vantaggio relativo, non sempre corrisponde peraltro una reale disponibilità a mettere in discussione le precedenti modalità di lavoro e ad accogliere la sfida implicita in una ipotesi di esternalizzazione.

---

<sup>19</sup> La raccomandazione è contenuta nelle "Linee guida outsourcing" di cui al programma di ricerca finanziato dal Ministero della Sanità, ex art. 12, d. lgs 502/92, "Modelli e strumenti innovativi per l'esternalizzazione dei servizi di supporto tecnologico degli ospedali" e consultabile sul sito del Ministero.

### *7. sviluppare mercati concorrenziali*

La competizione dal lato dell'offerta dei servizi da esternalizzare è elemento fondamentale per il successo dell'outsourcing. Il settore pubblico è quindi interessato a stimolare lo sviluppo di mercati concorrenziali, in primo luogo attraverso un'attenta valutazione della durata e dell'oggetto dei contratti di esternalizzazione. Valgano in proposito alcuni esempi. Contratti di breve durata e di modesta entità non stimolano l'interesse delle imprese e quindi non incoraggiano la competizione; contratti di lunga durata e di grandi dimensioni riducono la competizione a poche grandi imprese.

La complessità della procedura da seguire per la presentazione dell'offerta è un fattore che opera a detrimento della concorrenza: il numero di imprese in grado di sostenere i costi di una procedura di gara particolarmente complessa è sicuramente inferiore a quello ipotizzabile in condizioni più semplici.

L'eventuale eccessiva specificazione delle modalità operative con le quali deve essere svolta l'attività, in alternativa alla sola precisazione del servizio da produrre, scoraggia la partecipazione di fornitori in grado di proporre soluzioni innovative.

### *8. Sviluppare e mantenere le necessarie professionalità*

Infine, ma non per ultimo, l'aspetto forse più rilevante.

La gestione di contratti di *outsourcing* richiede specifiche professionalità, spesso non disponibili presso le aziende sanitarie, tradizionalmente orientate alla produzione diretta del servizio e non all'acquisizione dall'esterno in un mercato competitivo. Di qui la necessità, già sottolineata al precedente punto 1, di formare adeguatamente i vertici aziendali sotto un duplice punto di vista: da un lato, la capacità di governare tutti gli aspetti del processo di acquisizione dall'esterno di parte delle attività da erogare agli assistiti e, dall'altro, la capacità di svolgere pienamente il ruolo di tutela della salute, ruolo che in presenza di una crescente esternalizzazione deve essere riempito di nuovi contenuti, perché sempre più centrale nell'attività del soggetto pubblico. Anzi, a ben vedere, proprio questo è l'obiettivo che il processo di distinzione tra produttori ed erogatori di assistenza mira a realizzare.

D'altro canto, le aziende che affidano all'esterno parte delle attività devono comunque mantenere le competenze e le conoscenze tecniche relative al settore. Ciò al fine di monitorare efficacemente il fornitore e valutare le sue performance. L'opportunità di affidare la responsabilità della verifica del contratto di *outsourcing* al personale precedentemente coinvolto nell'erogazione interna del servizio è dibattuta; pare inappropriata nel caso in cui l'offerta interna sia stata giudicata inferiore a quelle esterne.

### **Considerazioni conclusive**

L'esperienza in settori extrasanitari e nel settore sanitario a livello internazionale indica che è opportuno che il settore pubblico guardi alla esternalizzazione con grande cautela, valutandone attentamente i pro e i contro e analizzandone rigorosamente le potenzialità.

In particolare, il successo delle diverse iniziative è legato alla capacità delle aziende di resistere alla tentazione di considerare aprioristicamente preferibile la soluzione dell'affidamento all'esterno, in quanto soluzione *rapida, avanzata, economica, riproducibile e senza rischi*, e di considerare *l'outsourcing* lo strumento principale con il quale rispondere alle difficoltà organizzative interne e ai problemi di efficienza produttiva.

Un tale atteggiamento sarebbe infatti destinato ad annullare in partenza tutte le possibili ricadute positive e a perpetuare le inefficienze e le rigidità che si intendono superare.

Al contrario, la dirigenza della azienda sanitaria deve essere consapevole che *l'outsourcing* non è una soluzione *rapida*, perché richiede il tempo necessario per trasformare i diversi centri di decisione da responsabili della produzione di servizi a responsabili dell'acquisizione di servizi fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali di cui è investita la struttura pubblica.

Non è una soluzione *avanzata*, se si limita alla semplice funzione di acquisto e non comporta un rinnovamento delle capacità manageriali e operative, la crescita di una specifica cultura imprenditoriale e di una nuova professionalità dell'operatore pubblico. Non è una soluzione avanzata se non è accompagnata da una strategia volta a sostenere la riallocazione delle risorse e delle priorità verso le politiche di promozione della salute, in particolare verso lo sviluppo di forme di integrazione fra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale e, più in generale, fra interventi sociali e interventi sanitari.

Non è una soluzione *economica*, se non è in grado di evitare il rafforzamento del potere di mercato dei fornitori o la subordinazione delle scelte alle pressioni delle *lobby* locali, se non si accompagna a un nuovo ruolo forte, e per molti aspetti originale, per i livelli decisionali delle aziende.

Non è una soluzione *senza rischi*, se comporta la perdita di competenze e di professionalità strategiche.

Non è una soluzione *riproducibile*, perché ciascun caso va valutato nel contesto specifico in cui si manifesta, rispetto alle condizioni del mercato - anche locale - dei fornitori, tenuto conto degli obiettivi strategici del servizio sanitario regionale e dei conseguenti criteri prioritari attraverso i quali valutare la scelta dell'esternalizzazione.

In conclusione, anche con riferimento *all'outsourcing* è chiaro che non esistono soluzioni facili.

## Bibliografia

- American Society of Health-System Pharmacists, *ASHP guidelines on outsourcing pharmaceutical services*, Am. J. Health.Syst Pharm. 1998; 55:1611-7,
- AA.VV. a), *Società e Joint-ventures nella gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari*, Università di Bologna, Spisa, 1997
- AA.VV. b), *L'esternalizzazione nella gestione delle aziende sanitarie*, in *Organizzazione sanitaria*, 1997, n. 6, numero monografico
- Amatucci F., *Il project finance nel settore ospedaliero: l'esperienza in Gran Bretagna e possibilità applicative in Italia*, in *Mecosan*, n. 22, pp. 129-139, 1997
- Amatucci F., *Applicabilità del modello del project finance in sanità*, in *Mecosan*, n. 27, pp. 1998
- Barbetta G.P., *Sul contracting-out nei servizi sociali*, in Borzaga et al, a cura di, 1996
- Besley T., Gouveia M, *Alternative systems of health care provision*, Economic Policy, 1994, October , 200-258
- Borzaga C., Fiorentini G., Maticena A. (a cura di), *Non Profit e sistemi di Welfare. Il contributo dell'analisi economica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1996
- Botti A., *Creare valore mobilizzando capitali privati: ipotesi di outsourcing e di razionalizzazione dei consumi energetici nelle aziende sanitarie*, in *Mecosan*, n. 34, pp. 167- 176, 1000
- Brusaferro S., Proclemer B., Gasparini V., *Orientamenti e comportamenti rispetto alla esternalizzazione dei servizi nelle aziende sanitarie del Veneto e Friuli - Venezia Giulia*, in *Mecosan*, n. 28, 1998, pp. 91-96
- Buccoliero L. Meneguzzo M., *Allearsi per comperare. Politiche di acquisto dei network di aziende sanitarie*, Egea, Giuffrè , Milano, 1999
- Centro Studi Confindustria, *Sanità e mercato*, Previsioni dell'economia italiana, n. 2, 1994
- Chernichovsky D., *The public-private mix in the modern health care system – concepts, issues and policy options revisited*, NBER, Working Paper 7881, 2000
- Conferenza Permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, *"Indicazioni alle regioni per la presentazione e la valutazione dei progetti di sperimentazione gestionale presentati dalle regioni stesse ai sensi dell'art. 9/bis del d. lgs. 502/92, come sostituito dall'art. 10 del d. lgs. 229/99"*, Gruppo permanente di lavoro, Repertorio atti n. 880, 10 febbraio 2000
- Conferenza Permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, *Documento recante ulteriori indicazioni alle regioni per la presentazione e la valutazione dei progetti di sperimentazione gestionale*, Gruppo permanente di lavoro, giugno 2001
- Dawson D., *The Private Finance Initiative: a Public Finance Illusion?*, in *Health Economics*, 2001, 10: 479-486

- Department of Health, *Public Private Partnership in the National Health Service: the Private Finance Initiative*, London 2000
- Dugato M., *Società e Joint-ventures nella gestione dei servizi sanitari*, in *Sanità pubblica*, n. 5, 1998
- Enrietti A., Lanzetti R., *Outsourcing*, Ires Piemonte, StrumentIres, 2001
- Fiorentini G., *Società a capitale misto nell'offerta di servizi sanitari*, in *Mercato concorrenza regole*, n. 1, 2000, pp. 85-111
- Flemming J., Mayer C., *The Assessment: Public-Sector Investment*, in *Oxford Review of Economic Policy*, 1997, n. 4, pp. 1-11
- Glennester H Le Grand J, *The development of quasi-markets in welfare provision in the United Kingdom*, in *International Journal of Health Services*, 1995, 2, 203-218
- IPPR, Institute for Public Policy Research, *Building Better Partnerships, The Final Report from the Commissione on Public Private Partnerships*, London, 2001
- Jensen W., *Contracting out building cleaning services at the National Hospital of Denmark*, in *Oecd*, 1997
- Mayhew C. Quinlain M., *The effects of outsourcing on occupational health and safety*, in *International Journal of Health Services*, 1999, 1, pp. 83-107
- Meneguzzo M., *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, Egea, Milano, 1996
- Meneguzzo M., *Dal Piano straordinario poliennale alla finanza di progetto. Modalità innovative di finanziamento degli investimenti delle A.S.L. negli anni '90*, in *Mecosan*, n. 29, pp. 35-44, 1999
- Merli G. Loni M., *Comarkership. Clienti e fornitori: come fare business insieme*, ISEDI, Utet, Torino, 1997
- Mills A. and Broomberg J., *Experiences of Contracting: an Overview of the Literature*, WHO, *Macroeconomics, Health and Development Series*, Geneva, 1998
- Ministero della sanità, *Linee guida n. 2/96: profilo aziendale dei soggetti gestori dei servizi sanitari"*, G.U. n. 126 del 31/5/96
- Oecd, *Contracting out Government Services. Best Practice Guidelines and Case Studies*, Oecd Occasional Papers, n. 20, Paris, 1997
- Podestà R., *Il recupero di efficienza e di efficacia mediante l'esternalizzazione e la certificazione di qualità*, in *Organizzazione sanitaria*, 1998, n. 1, pp. 31-42
- Sussex J., *The Economics of the Private Finance Initiative in the NHS*, Office of Health Economics, London, 2001
- World Health Organization, *European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996

*Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano*

## **PROGETTI DI SPERIMENTAZIONE GESTIONALE**

### **Indicazioni alle Regioni per la presentazione e la valutazione dei progetti**

**Art. 9 bis d. lgs. 30.12/1992 N° 502, come sostituito dall'art.10 del d. lgs. 19/6/1999 N° 229**

#### **Premessa**

Il Gruppo permanente di lavoro, costituito dalla Conferenza Stato-Regioni con atto del 5 agosto 1999 (Atto repertorio n. 741), per l'espletamento delle attività istruttorie correlate all'esercizio delle competenze attribuite alla Conferenza Stato-Regioni dai commi 1 e 3 dell'art. 9/bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dall'art. 10 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, si è riunito il 20 dicembre 1999, il 24 gennaio e il 1° febbraio 2000.

Nelle suddette riunioni ha convenuto sulla opportunità di sottoporre all'approvazione della Conferenza Stato-Regioni, tenuto conto dei criteri indicati dal comma 2 del richiamato articolo 10, il seguente documento.

Lo sviluppo di forme di collaborazione fra soggetti pubblici e soggetti privati, in cui il privato è interessato ad operare insieme e non in sostituzione del pubblico per il perseguimento degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e regionale, rappresenta una occasione per convogliare risorse private nella produzione e nella erogazione dei servizi pubblici. Tali risorse sono frequentemente di natura finanziaria, ma possono riguardare anche competenze professionali specialistiche e/o gestionali presenti nel settore privato e difficilmente acquisibili sul mercato.

L'art. 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dall'art.10 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, prevede la possibilità di sperimentare nuovi modelli gestionali che realizzino forme innovative di collaborazione fra strutture del Servizio Sanitario Nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste.

Obiettivo del programma è valutare l'impatto di soluzioni innovative nella gestione dei servizi sanitari, trasferibili alle diverse realtà regionali, per identificare con quali modalità e per quali servizi la collaborazione fra pubblico-privato si dimostri in grado di migliorare la qualità dell'assistenza e/o l'efficienza gestionale rispetto alle forme tradizionali di gestione, attraverso l'introduzione di elementi significativi di innovazione organizzativa, di processo e/o di prodotto, anche grazie all'apporto di capitali privati e/o all'integrazione delle competenze gestionali e/o professionali dei partner. L'art. 9 bis prevede in particolare che i progetti di sperimentazione siano preventivamente autorizzati dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (comma1), che ha anche il compito (avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali) di verificare annualmente i risultati conseguiti dai progetti autorizzati, nonché dalle collaborazioni eventualmente in atto fra soggetti pubblici e soggetti privati per la gestione di compiti diretti di tutela della salute (comma 3).

Scopo di questo documento è di fornire alle Regioni ed alle Aziende sanitarie indicazioni per la predisposizione dei progetti da sottoporre alla autorizzazione della Conferenza Stato-Regioni, al fine di rendere più rapida e completa la loro valutazione tecnica e più agevole ed efficace il successivo monitoraggio. I criteri di valutazione, che riflettono anche le esperienze maturate con il primo ciclo di sperimentazioni gestionali del SSN, riguardano esclusivamente l'analisi della innovatività, economicità e qualità del servizio previsti dal progetto e potranno essere progressivamente approfonditi e meglio specificati con l'ulteriore sviluppo delle esperienze.

Le prime indicazioni riguardano in particolare: 1) la definizione degli ambiti in cui i progetti di sperimentazione richiedono la preventiva autorizzazione della Conferenza; 2) la valutazione comparativa del progetto rispetto a forme alternative di gestione aziendale e di collaborazione fra soggetti pubblici e soggetti privati; 3) gli elementi di garanzia che devono essere previsti per regolare la particolare forma di collaborazione pubblico-privato proposta; 4) le modalità di presentazione del progetto e per il monitoraggio del suo svolgimento.

#### **1. AMBITI DI APPLICAZIONE E OGGETTO DELLE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI**

Le procedure e le regole previste dall'articolo 9 bis si applicano allo sviluppo di collaborazioni pubblico-privato per il perseguimento dei fini istituzionali del SSR, relative cioè allo svolgimento di compiti

diretti di tutela della salute, che comprendono attività e servizi che impegnano il personale del SSN nella produzione e/o nella erogazione di prestazioni nell'ambito della prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie e delle disabilità. In questo ambito, la costituzione di società a capitale misto pubblico e privato e il project financing si evidenziano in particolare fra le forme di collaborazione pubblico-privato che devono essere sottoposte alla preventiva autorizzazione della Conferenza Stato-Regioni.

Restano invece escluse dal procedimento di autorizzazione le forme di collaborazione fra pubblico e privato inerenti le attività strumentali e di supporto quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, quelle alberghiere (mensa, lavanderia, pulizie...); amministrative, ivi comprese l'accettazione, la prenotazione delle prestazioni e la riscossione dei corrispettivi; tecniche di progettazione e di manutenzione; attività di esclusivo supporto diagnostico che non comportino contatto con il paziente, quali ad es. determinazioni analitiche su campioni di liquidi organici.

## 2. ELEMENTI DI VALUTAZIONE

Al fine di rendere più rapida e completa la valutazione, il progetto deve:

- a) definire gli obiettivi specifici, precisando se l'attività prevista riguarda l'erogazione di servizi innovativi, non disponibili dalle strutture pubbliche o private già presenti nell'ambito territoriale di riferimento, ovvero processi di disinvestimento e riconversione verso altri servizi. Nel caso in cui il progetto proponga la costituzione di una società mista, a questo dovrà conseguire una puntuale definizione dell'oggetto sociale.
- b) Esplicitare le motivazioni che hanno indotto alla ricerca di collaborazione con soggetti privati, precisando se queste riguardino principalmente il conferimento di capitale finanziario ovvero l'acquisizione di specifiche competenze tecnico-professionali e/o gestionali, difficilmente reperibili sul mercato.
- c) Indicare i benefici di ordine economico, organizzativo, gestionale e/o di qualità del prodotto che hanno indotto alla scelta della soluzione proposta dal progetto.
- d) Motivare la superiorità dello strumento organizzativo proposto rispetto a potenziali forme alternative di soluzione al problema dichiarato, nelle diverse situazioni di contesto. Il progetto dovrà in particolare contenere gli elementi necessari per permettere la verifica comparativa della convenienza economica e della qualità del prodotto atteso rispetto a quanto si sarebbe potuto ottenere ricorrendo agli strumenti previsti dalla normativa vigente, valutati rispetto all'attuazione del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.

L'appropriatezza delle diverse soluzioni ai problemi di investimento o di disinvestimento dovrà essere valutata in riferimento a quattro grandi categorie di condizioni al contesto, relative rispettivamente a: 1) tipo di attività; 2) stato dell'offerta pubblica e privata nel settore specifico di attività previsto; 3) durata prevista/ottimale della collaborazione; 4) entità e specificità dell'investimento iniziale richiesto ed aspettative di ritorno sul capitale investito.

Va preliminarmente considerato che la forma innovativa di collaborazione organica fra pubblico e privato, proposta nel progetto, non può sostituirsi agli "accordi contrattuali" di cui all'art. 8 quinquies del d.lgs. 229/99 con i soggetti privati accreditati; particolare attenzione dovrà quindi essere posta alla valutazione comparativa fra la particolare forma di collaborazione proposta dal progetto e gli "accordi contrattuali" per definire i contratti di servizio con le strutture accreditate.

Qualora il progetto sia motivato principalmente da problemi di accesso al capitale, particolare attenzione dovrà essere posta alla valutazione comparativa della economicità della soluzione proposta rispetto a forme alternative di acquisizione del capitale necessario, con particolare riguardo a valorizzazione delle risorse proprie dell'azienda; accesso ad anticipazioni o a capitale di debito, pubblico o, previa autorizzazione regionale, privato.

Di seguito sono indicate, in modo estremamente schematico, i principali elementi relativi alle possibili opzioni possibili in base alla normativa vigente, che dovrebbero essere valutate comparativamente rispetto alle diverse forme di collaborazione pubblico-privato:

*valorizzazione delle risorse "interne"/proprie della Azienda e del sistema*

- riduzione dei costi e/o riorganizzazione della produzione;
- valorizzazione del patrimonio aziendale da reddito (v. art. 5 comma 5, lettera f)/229);
- aumento dei ricavi da entrate proprie (riscossione dei diritti sanitari e dei ticket; sviluppo di attività imprenditoriali "collaterali"; bar; parcheggio; donazioni; marketing e sponsorizzazioni);
- anticipazioni del tesoriere (fino al massimo di 1/12 dell'ammontare annuo dei ricavi iscritti nel bilancio preventivo annuale, v. art.2-sexies, lettera g)/229).

*ricorso a capitale di debito*

- sul mercato pubblico, attraverso accordi di programma (v. art. 5-bis/229);
- sul mercato privato direttamente da parte dell'azienda, con il limite del 15% delle entrate proprie correnti, di durata non superiore a 10 anni, previa autorizzazione regionale (art. 2, comma 2-sexies, lettera g)/229).

- e) Definire il piano economico-finanziario del progetto o della società, con particolare riguardo a:

- necessità di capitalizzazione previste nel progetto di sviluppo;
  - stima dei costi e dei benefici indiretti, derivanti dalle eventuali riconversioni nella utilizzazione dei fattori direttamente ed indirettamente interessati (incluse le risorse umane);
  - stima del volume e della tipologia dell'attività prevista, nonché dell'evoluzione della domanda dei servizi che costituiscono l'oggetto sociale (inclusa la valutazione della quota derivante dalla mobilità infra-e interregionale), con particolare attenzione ai rischi derivanti dalla valutazione della mobilità dei pazienti;
  - definizione del livello e dei tempi di raggiungimento del punto di pareggio, inclusa la valutazione del possibile impatto di modificazioni delle condizioni al contesto, relativi al sistema tariffario e agli indirizzi della programmazione sanitaria nazionale e regionale nell'arco temporale della collaborazione.
- f) Elaborare l'analisi dell'impatto a medio-lungo termine sul sistema regionale, con particolare riguardo agli effetti su: contendibilità del mercato; struttura dell'offerta; equilibrio economico del sistema sanitario ed, eventualmente, della finanza pubblica.

### 3. RIDUZIONE E DISTRIBUZIONE DEI RISCHI; CRITERI DI GARANZIA

L'ingresso di partner privati a fianco dell'ente pubblico nella gestione del servizio comporta l'elaborazione di un progetto o la costituzione di una compagine societaria i cui partner presentano interessi eterogenei. Questo richiede la puntuale definizione di ulteriori elementi di reciproca garanzia rispetto a quelli già previsti dalla normativa vigente, alcuni dei quali sono indicati (in modo non esaustivo e con riferimento a forme diverse di collaborazione) nel comma 2 dell'art. 9 bis. Gli obiettivi generali del sistema delle garanzie, che dovranno essere tradotti in appropriate forme di governo societarie e di relazioni con le altre aziende e la regione riguardano essenzialmente: la tutela della continuità del pubblico servizio; la puntuale distribuzione delle responsabilità e dei rischi fra i partecipanti alla sperimentazione; la prevenzione del rischio di conflitti di interesse e/o di riduzione della contendibilità della offerta.

Il privilegio conferito al coinvolgimento di organizzazioni non lucrative di utilità sociale (punto a) nella costituzione di società miste ha lo scopo di ridurre l'eterogeneità degli interessi e di facilitare il raggiungimento degli obiettivi societari, tenuto anche conto del particolare trattamento fiscale e della destinazione vincolata degli utili. L'obiettivo prioritario è comunque che il partner privato coinvolto favorisca qualificate competenze professionali o gestionali e/o risorse finanziarie adeguate a quanto richiesto dal progetto.

Il progetto dovrà fornire gli elementi utili per valutare se la scelta del partner e le modalità di affidamento del servizio non comportino violazioni della normativa *antitrust* (ad esempio, attraverso la scelta di partner altrimenti attivi nel mercato dei prodotti sanitari; stabilendo rapporti di collaborazione che garantiscono rendite di posizione di durata indefinita, ecc.). Il rapporto di collaborazione che si intende instaurare fra i partner dovrà essere disciplinato da garanzie esplicitamente dichiarate negli atti di costituzione della società e/o di affidamento dei servizi, a seconda della forma di collaborazione proposta (ad es. nel caso della società di capitali, negli atti costitutivi, statuti e patti parasociali e nel caso del project financing nel contratto di concessione). Pertanto, il progetto dovrà indicare esplicitamente la composizione della compagine societaria e la qualificazione dei partner coinvolti, ovvero le condizioni ed i requisiti per la partecipazione alla gara ad evidenza pubblica eventualmente indetta per la selezione dei partner.

Il progetto dovrà fornire inoltre gli elementi essenziali per valutare i criteri di distribuzione dei rischi fra i soci pubblici e privati ed il conseguente sistema delle garanzie, con particolare riguardo alla\*:

- definizione degli obblighi e delle responsabilità di tutti i soggetti partecipanti alla sperimentazione (lettera e);
- definizione della durata della collaborazione, compatibile con i tempi necessari alla remunerazione del capitale investito; indicazioni di eventuali clausole specifiche al suo compimento, con particolare riguardo alle condizioni per la prosecuzione del rapporto di collaborazione, e alla destinazione delle risorse umane, strutturali, tecnologiche e strumentali eventualmente acquisite dalla società;
- modalità di affidamento di contratti di servizio alla società mista o al partner privato da parte dell'azienda sanitaria, fermo restando che il nuovo soggetto giuridico deve sottostare a quanto previsto dalle norme vigenti;
- clausole di eventuale risoluzione del rapporto di collaborazione, in caso di mancato raggiungimento del risultato previsto, correlate ad un sistema di verifica periodica attraverso strumenti predefiniti (lettera f), garantendo comunque la continuità della erogazione delle prestazioni;
- esclusione del ricorso ad appalti o subappalti per la fornitura di opere o servizi direttamente rivolti all'assistenza alla persona (lettera e);
- individuazione di strumenti attraverso cui comporre eventuali controversie.

In più, limitatamente alle società di capitale, con riguardo alla\*:

---

\* Fra parentesi è indicato il riferimento a punti specifici del comma 2 dell'art. 9-bis

- soglia di partecipazione di tutti i soggetti privati coinvolti non superiore al 49% per tutto l'arco della durata della sperimentazione ( punto b);
- definizione equa, all'atto di costituzione della società, di tutti conferimenti da parte di tutti i soggetti partecipanti, ivi compresi i conferimenti intangibili;
- clausole che garantiscano agli enti pubblici di nominare amministratori e sindaci (art.2458 del Codice Civile);
- precise indicazioni sulla composizione del Consiglio di Amministrazione;
- indicazioni relative al diritto di prelazione sull'acquisto in caso di cessione delle quote o di aumento di capitale (punto c);
- modalità di formulazione del gradimento, da parte del soggetto pubblico, circa la cessione di azioni o quote da parte del soggetto privato (punto c);
- modalità di destinazione degli eventuali utili e responsabilità della copertura delle eventuali perdite.

#### **4. MODALITA' DI PRESENTAZIONE DEL PROGETTO**

**Soggetto proponente:** La Regione competente per territorio.

**Soggetti di diritto pubblico che possono attivare forme di collaborazione con i soggetti privati:**

le aziende unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico, i policlinici universitari e le aziende miste e le loro trasformazioni ai sensi del d. lgs. 517/99.

**Iter procedurale del progetto**

1. Il soggetto pubblico iniziatore assume, con propria deliberazione, e sottopone all'approvazione del competente organo regionale la proposta di progetto di sperimentazione gestionale, corredato del modello di presentazione di sua competenza
2. Il competente organo regionale approva la proposta di progetto la trasmette alla Conferenza Stato-Regioni per la valutazione, unitamente alla documentazione di presentazione (modello A e modello B) completa del progetto approvato.
3. Le Regioni proponenti ed i soggetti pubblici che hanno approvato il progetto sono in ogni caso responsabili della corrispondenza di contenuto fra i modelli presentati ed il progetto.
4. Il gruppo di lavoro permanente della Conferenza, istituito per l'espletamento delle attività istruttorie all'autorizzazione e monitoraggio del progetto da parte della Conferenza Stato Regioni, esprime le proprie valutazioni entro 90 giorni dalla data di arrivo della documentazione di proposta, ritenuta ricevibile e completa.  
La Regione proponente, attraverso il suo riferimento tecnico, assicura al Gruppo il supporto necessario allo svolgimento dell'attività istruttoria, fornendo gli eventuali chiarimenti, approfondimenti e integrazioni.
5. La Conferenza Stato Regioni autorizza/non autorizza il progetto in base alla valutazione di coerenza dei contenuti, espressi nei modelli A e B. La Conferenza può richiedere, prima dell'espressione definitiva, modifiche od integrazioni del progetto alla Regione proponente.
6. L'organo regionale competente adotta il progetto definitivo con specifico provvedimento.  
Il soggetto pubblico titolare dell'iniziativa assume, a sua volta con specifico provvedimento, il progetto e gli dà attuazione.
7. I tempi relativi al monitoraggio annuale del progetto decorrono dalla data di assunzione del progetto definitivo da parte dell'organo regionale competente.

**Monitoraggio del progetto**

La Conferenza Stato-Regioni, avvalendosi dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, verifica annualmente i risultati conseguiti anche in base ai report semestrali presentati dalla Regione circa indicatori, risorse, modalità, strumenti e tempi espressi nel progetto approvato e contenuti nei modelli di presentazione. Gli indicatori, i risultati, i tempi e il piano economico-finanziario dovranno comunque evidenziare i loro valori attesi alla conclusione del primo triennio, indipendentemente dalla durata della sperimentazione.

La Regione proponente, attraverso il suo riferimento tecnico, è tenuta a soddisfare il debito informativo necessario per l'attuazione delle attività di verifica e di monitoraggio.

Nel caso in cui la sperimentazione autorizzata comporti la costituzione di una società mista pubblico-privato, la Regione dovrà comunque tempestivamente segnalare alla Conferenza qualsiasi modificazione dell'oggetto sociale, della compagine societaria e delle quote di partecipazione dei soci.

## **ULTERIORI INDICAZIONI ALLE REGIONI PER LA PRESENTAZIONE E LA VALUTAZIONE DEI PROGETTI DI SPERIMENTAZIONE GESTIONALE**

Art. 4, c 6, l. 30/12/1991, n. 412; art. 9 bis d.lgs. 30/12/1992, n. 502, come sostituito da art 10 d.Lgs. 19/6/1999, n. 229

Il Gruppo permanente di lavoro, costituito dalla Conferenza Stato-Regioni con atto del 5 agosto 1999 (Atto repertorio n. 741), per l'espletamento delle attività istruttorie correlate all'esercizio delle competenze attribuite alla Conferenza Stato-Regioni dai commi 1 e 3 dell'articolo 9/bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dall'articolo 10 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, si è riunito il 14 giugno 2001.

Nella suddetta riunione ha convenuto sulla opportunità di sottoporre all'approvazione della Conferenza Stato-Regioni, tenuto conto dell'evoluzione del quadro normativo vigente in tema di sperimentazioni gestionali, il seguente documento che integra quello precedentemente approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10 febbraio 2000 (repertorio atti n. 880).

Il presente documento si pone l'obiettivo di fornire un quadro di maggiore organicità e chiarezza rispetto ai diversi atti normativi che sono intervenuti dopo la costituzione del suddetto Gruppo di lavoro e all'approvazione, da parte della Conferenza Stato-Regioni, nella seduta del 10 febbraio 2000, (repertorio atti n. 880) del documento di "Indicazioni alle Regioni per la presentazione e la valutazione dei progetti di sperimentazione gestionale presentati dalle Regioni stesse ai sensi dell'articolo 9/bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dall'articolo 10 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229", e anche quello di fornire elementi più puntuali e circostanziati di indirizzo alle Regioni e alle Province autonome.

L'articolo 9/bis, così come modificato dal successivo articolo 10 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, prevede che "la Conferenza Stato-Regioni autorizzi programmi di sperimentazione aventi a oggetto nuovi modelli gestionali, che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato".

Tale norma, non operando più un espresso richiamo all'articolo 4, comma 6 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, lasciava aperti spazi interpretativi sulla perdurante vigenza del citato articolo che prevedeva che potessero essere effettuate sperimentazioni gestionali "anche in deroga alla normativa vigente e nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza e dei rispettivi finanziamenti".

Tale incertezza normativa è venuta meno con l'introduzione dell'articolo 90 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, che richiama la sussistenza di quanto già definito nell' articolo 4, comma 6, della legge 30 dicembre 1991 n. 412, e cioè: "In deroga alla normativa vigente e nel rispetto dei livelli uniformi di assistenza e dei rispettivi finanziamenti, sono consentite sperimentazioni gestionali, ivi comprese quelle riguardanti modalità di pagamento e di remunerazione dei servizi, quelle riguardanti servizi e prestazioni forniti da soggetti singoli, istituzioni ed associazioni volontarie di mutua assistenza aventi personalità giuridica, consorzi e società di servizi".

A seguito di quanto sopra riportato, viene pertanto a ripristinarsi il riferimento alla fonte originaria delle sperimentazioni e cioè il già citato articolo 4, reintroducendo quindi la possibilità di presentare progetti di sperimentazione gestionale, con la richiesta di operare in "deroga alla normativa vigente" purché ne siano rispettati i livelli uniformi di assistenza e i relativi finanziamenti".

Nello stesso tempo viene confermata la competenza della Conferenza Stato-Regioni ad esprimere valutazioni e autorizzazioni così come stabilito dall'articolo 9/bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dall'articolo 10 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.

Si pone pertanto la necessità di prendere atto che gli ambiti di intervento della Conferenza, sono riferiti, oltre che alle tipologie di sperimentazioni gestionali già individuate dal richiamato articolo 9/bis, anche a quelle più generali stabilite dall'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991 n. 412, con la possibilità di deroga alle normative vigenti.

Il presente documento integra quello precedentemente approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10 febbraio 2000, che si intende modificato per tutte le parti che dovessero prevedere criteri e modalità di presentazione dei progetti di sperimentazione non coerenti con quanto previsto dalle norme vigenti e riportato nel presente documento.

Alla luce di quanto sopra delineato, si propone altresì di integrare i compiti affidati al Gruppo permanente di lavoro per l'espletamento delle attività istruttorie, correlate all'esercizio delle competenze attribuite alla Conferenza Stato-Regioni dai commi 1 e 3 dell'articolo 9/bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, come sostituito dall'articolo 10 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, e di meglio precisarli nei seguenti termini: a) esame e istruttoria dei

progetti di sperimentazione gestionale, di cui all'articolo 4, comma 6 della legge 30 dicembre 1991 n. 412 e di cui all'articolo 9/bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dall'articolo 10 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229; b) valutazione e verifica annuale dei risultati conseguiti sia sul piano economico che su quello della qualità dei servizi; c) valutazione e verifica al termine del primo triennio di sperimentazione dei progetti, sulla base dei risultati conseguiti, ai fini dell'adozione da parte del Governo e delle Regioni dei provvedimenti conseguenti.

Roma, 14 giugno 2001